



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**DIFERENCIAS ENTRE LOS SEGUROS DE
SALUD PÚBLICA Y PRIVADA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
A C T U A R Í A**

**PRESENTA:
TERESITA CHÁVEZ ARRIAGA**



**DIRECTORA DE TESIS:
ACT. LAURA MIRIAM QUEROL GONZÁLEZ**

2004



**FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO NACIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

"Diferencias entre los seguros de salud pública y privada"

realizado por Teresita Chávez Arriaga

con número de cuenta 097568522 , quien cubrió los créditos de la carrera de: Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis		
Propietario	Act. Laura Miriam Querol González	<i>L. M. Q. 9</i>
Propietario	Act. María Aurora Valdés Michell	<i>[Firma]</i>
Propietario	Act. Marina Castillo Garduño	<i>[Firma]</i>
Suplente	Act. Felipe Zamora Ramos	<i>[Firma]</i>
Suplente	Act. Benigna Cuevas Pinzón	<i>[Firma]</i>

Consejo Departamental de Ciencias



[Firma]
Act. Jaime Vázquez
FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

Agradecimientos

Ante todo gracias mamá, por tu infinito amor, apoyo y dedicación ya que sin ti nunca hubiera llegado hasta donde estoy, gracias por que has hecho de mi una persona que ama la vida y que valora todo lo que Dios le dio, por todo lo que me das sin esperar nada a cambio, nuevamente y de todo corazón gracias, esta tesis es tuya.

A mi querido hermano Roberto que no le importo tener que madrugar para llevarme a la escuela después de grandes desvelos y que siempre ha estado dispuesto a protegerme

A mi querida hermana Marisela que nunca le ha importado dejar de hacer sus cosas para ayudarme, nunca olvidare lo solidaria que es.

No me pudo tocar mejor familia que ustedes.

A mis grandes amigos Fany y Omar con los que he vivido tantos gratos momentos que hicieron que mis pasos por la facultad fueran inolvidables.

A Juan mas que mi amigo mi confidente, por todas las veces que se ha sentado a mi lado para sacarme de apuros tanto en lo personal como en lo académico, por los consejos, las palabras de aliento y la ayuda que me ha ido ofreciendo en las distintas etapas de mi vida, y lo que más le agradezco es la infinita paciencia que me ha tenido.

A todos aquellos amigos Selene, Odin, Ivan, Alma,... no terminaría de nombrarlos a todos pero saben que les agradezco a todos los grandes momentos que hemos pasado.

A mi directora y propietarios que sin ellas no podría haber concretado este sueño.

Introducción	<i>i</i>
CAPITULO I	<i>1</i>
Nociones Preliminares	<i>1</i>
I. Antecedentes Históricos de la Seguridad Social	1
II. Definición de la Seguridad Social	3
III. Seguro Social	3
IV. Asistencia Social	4
V. Tipos de prestaciones	5
a) Prestaciones financiadas por el Estado	5
b) Cajas de Previsión	5
c) Prestaciones proporcionadas por los empleadores	6
CAPITULO II	7
Seguros de Salud en el Mundo	7
a) Europa	7
b) Estados Unidos	8
c) Latinoamérica	9
✓ Brasil	9
✓ Ecuador	9
✓ Bolivia	10
✓ Colombia	10
✓ Uruguay	11
✓ Paraguay	12
✓ Argentina	12
✓ Chile	12
✓ México	13
CAPITULO III	15
Seguros de Salud en México	15
I. Seguros de Salud Pública	15
II. Seguros de Salud Privada	16
Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES)	16
A. Antecedentes	16
B. Regularización de las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud	17
1. Consulta con un médico general	35
1.1 Honorarios	35
1.2 Apoyos de diagnóstico	35
1.3 Medicamentos	36
2. Consulta de especialidad	36
2.1 Honorarios	36
2.2 Apoyos de diagnóstico	36
2.3 Medicamentos	37
3. Atención Dental	37
3.1 Honorarios	37
3.2 Procedimientos	37
4. Hospitalización	38
4.1 Honorarios	38
4.2 Gastos Generados indicados por el médico tratante y previamente autorizados, por concepto de:	38

5.	Urgencia medica	38
5.1	Honorarios	38
5.2	Gastos Generados por la atención de la urgencia	39
6.	Maternidad	39
6.1	Honorarios	39
6.2	Gastos Generados por la Asegurada, indicados por el médico tratante y previamente autorizados, por concepto de:	39
6.3	Gastos Generados por la atención al recién nacido, indicados por el médico tratante y previamente autorizados, por concepto de:	40
7.	Fisioterapia	40
7.1	Fisioterapia	40
7.2	Inhaloterapia	40
8.	Otros servicios	40
8.1	Servicio de ambulancia de traslado	40
8.2	Ortesis, Prótesis y Ortopedia	40
C.	Hipótesis demográficas y financieras	42
I.	Parámetros de Cálculo	42
II.	Hipótesis Demográficas y Financieras	43
	La metodología utilizada para el cálculo de estas hipótesis se basa principalmente en la información de la AMIS y SSA de Enero a Diciembre de 2002, por rango de edad y sexo.	43
a.	Bases de Frecuencia	43
b.	Bases de Montos Medios	45
c.	Inflación	47
d.	Copagos	50
e.	Factor de Ajuste por Copago	51
f.	Factor de Ajuste de Montos Medios por Tipo de Red	52
D.	Procedimientos Técnicos	53
I.	Cálculo de la Prima de Riesgo	53
II.	Hipótesis de Gastos y Margen de Utilidad	54
a.	Gasto de Administración	54
b.	Gasto de Adquisición	54
c.	Margen de Utilidad	54
d.	Asignación de Gastos	55
III.	Cálculo de la Prima de Tarifa	56
a.	Actualización de Primas	56
IV.	Reservas Técnicas	57
a.	Reserva de Riesgos en Curso	57
b.	Reserva de Siniestros por Obligaciones Pendientes de Cumplir (OPC)	58
c.	Reserva de Siniestros Ocurredos pero No Reportados (OPNR)	59
	CONCLUSIONES	61
	ANEXOS	63
	GLOSARIO	90
	BIBLIOGRAFIA	93

Introducción

La salud de las personas es, y ha sido por mucho tiempo una de las principales preocupaciones, sin embargo es marcada la tendencia que existe por olvidarnos de ella o por lo menos disminuir su prioridad en nuestra vida cotidiana cuando gozamos de buena salud. De este fenómeno se desprenden frases que escuchamos día a día como "Es que yo siempre he sido muy sano", "Eso no me va a pasar" o "Que mala suerte tuvo por haberse enfermado de...".

Lo anterior trae consigo como consecuencia que al momento en que ocurre un evento que afecta nuestra salud (y no necesariamente en forma grave, crónica o catastrófica) solemos asistir a los esquemas de atención de la salud en forma desordenada, con una esperanza de curación basada en recomendaciones y sobre todo se caracteriza por no importar el precio que se paga con tal de recuperar la salud.

Estos esquemas de resolución de problemas de salud, traen consigo la problemática que se expone en los siguientes puntos:

- Una marcada tendencia a incrementar el costo de los servicios incluso por encima de indicadores como el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) o el Salario Mínimo.
- Como una consecuencia del punto anterior, el acceso a los servicios privados de salud cada vez se restringe más dado el poder adquisitivo de las personas o cada vez se vuelve más riesgoso desde el punto de vista económico contraer una enfermedad, dado el desequilibrio que sufre la familia cuando ocurre un evento de este tipo.
- Cada vez se relaciona más la calidad de los productos y servicios médicos con su costo, que con los resultados obtenidos por éstos.
- Por último, el desconocimiento o desinformación que tiene la persona, aunada a la necesidad prioritaria de resolver su problema de salud, en combinación con el rápido desarrollo tecnológico que ha tenido la medicina, ofrece a los proveedores de servicios médicos diferentes alternativas para la resolución del problema. Desafortunadamente se toma el camino de resolución del caso en base a los incentivos económicos o personales del proveedor y no de acuerdo a las necesidades del paciente (incluyendo en este punto el aspecto económico).

Estos antecedentes han marcado la tendencia del mercado asegurador en los últimos años, donde partimos de esquemas en Gastos Médicos Mayores, con cobertura puramente financiera (a través de reembolsos); pasando por esquemas e incentivos a la programación de cirugías y a los reportes hospitalarios con el fin

de poder hacer negociaciones con los proveedores durante el evento; y hasta llegar a la situación actual, con esquemas que recomiendan proveedores para la prestación de servicios, lo cual ha permitido la negociación con éstos incluso antes de conocer el evento.

Por otro lado tenemos los esquemas de salud pública que existen en México, los cuales son:

- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- ISSSTE: Instituto Seguridad Social para Trabajadores del Estado
- SSA: Secretaría de Salud
- ISSFAM: Fuerzas Armadas

Los cuales han mostrado un gran problema de atención a los asegurados, no sólo es la escasez de recursos sino también el trato que se recibe de parte de los encargados de proporcionar el servicio ya que si el trato fuera amable los asegurados se sentirían mejor.

Derivado a estos problemas la gente se ve en la necesidad de acudir a esquemas de salud privados, llevando con esto a incurrir en un doble costo, ya que deben hacer por un lado sus aportaciones al seguro social obligatoriamente, así como también pagar la prima de su seguro privado.

Hoy en día nos hemos dado cuenta que esto no es suficiente, ya que en la gran mayoría de las ocasiones conocemos los eventos cuando estos ya tienen un grado de desarrollo y atención, o cuando ya es inminente un evento mayor. Esto ha llevado al mercado a la creación de los Seguros de Salud, en donde se busca abarcar integralmente desde la prevención hasta la resolución de los problemas de salud a través del concepto de "Salud Administrada".

Estos esquemas de "Salud Administrada" buscan en todo momento apoyar a los usuarios en el conocimiento y decisión de los programas y servicios médicos que, no solo lo ayuden a recuperar su salud, sino que además se basen en procesos, protocolos y procedimientos científicamente aprobados y reconocidos por las academias médicas a nivel internacional, y con una estricta supervisión en la utilización de los servicios, siempre con la consigna de ofrecerle al cliente el mantener o recuperar su estado de salud al mejor costo.

Por lo anterior, realizaré una comparación tanto de costo como de beneficios entre los seguros de salud pública y privada, consciente de la importancia y trascendencia que adquiere con la oferta de este tipo de seguros.

Dado lo anterior se establecerá un comparativo entre los seguros de salud pública y privada para poder determinar que tan compatibles son.

En el primer capítulo estableceré las nociones preliminares, es decir, los antecedentes históricos de la seguridad social para con ello poder conocer las necesidades que se enfrentaron nuestros antepasados para crear los diferentes tipo de seguros de salud que existen.

En el segundo capítulo nos enfocaremos en los diferentes tipos de seguros de salud que existen actualmente y así poder determinar cual es el nivel del seguro de salud que se maneja en México

Por último en el tercer capítulo analizaremos los seguros de salud que se manejan en México tanto de forma pública como privada y una vez obtenida dicha información podremos ver si es más confiable un seguro de salud pública o privada dada la normatividad que se maneja en cada caso así como la forma de administrar cada caso.

Con este trabajo trato de medir si en realidad es más caro un seguro de salud privada que un seguro de salud pública.

CAPITULO I

Nociones Preliminares

I. Antecedentes Históricos de la Seguridad Social

Los países que hoy calificamos de industrializados pasaron por las diversas fases de la revolución industrial, que transformó a Europa y fue una de las principales influencias que plasmaron a los Estados Unidos y tuvieron que hacer frente a las consecuencias sociales y económicas de ese proceso.

Esta evolución creó toda clase de problemas, entre los cuales ninguno era más patente que el de la pobreza extrema en medio de la abundancia, la necesidad al lado de un sinnúmero de recursos no utilizados, de la indigencia vecina de la riqueza.

Mucho antes de que se admitiera explícitamente que era indispensable una acción de la comunidad, el alivio de la pobreza se consideraba ya como una obligación de los particulares: fundaciones religiosas proporcionaban a los pobres algún refugio provisional y cierto sustento, y los gremios medievales ayudaban a sus miembros en la adversidad y a sus familias. A partir de estos modestos comienzos en algunos países se fue elaborando una legislación de beneficencia cuyo objeto era aliviar los sufrimientos de los pobres y proporcionarles algún alojamiento, legislación que tuvo el merito de reconocer la responsabilidad del Estado en este campo, sentar el principio de sufragar la acción en él con fondos públicos y ser de aplicación universal.

Ninguna ayuda se concedía a un pobre que no había agotado aún totalmente sus recursos personales o que era socorrido por sus parientes. Por lo demás, muy pocos se resignaban a la humillación de aceptar la ayuda prevista en las leyes de beneficencia.

En las economías no monetarias, la defensa tradicional contra la pobreza había sido siempre la solidaridad de la familia, del clan o de la tribu, pues cada generación aceptaba el deber de cuidar a los ancianos y a los débiles, pero la industrialización acarrió el abandono gradual de la economía pastoral y de la agricultura de subsistencia, y esa forma de protección sancionaba por la tradición no se adaptaba a la nueva situación.

OTROS REMEDIOS

La industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores: la de los obreros de las fábricas, que dependían por completo para su sustento del cobro regular de sus salarios y que, si dejaban de percibirlos al quedar desempleados, o caer enfermos, o sufrir un accidente de trabajo, o alcanzar una edad demasiado avanzada para trabajar, podían muy bien verse reducidos a la indigencia. Los intentos de protegerse de caer en la indigencia, los trabajadores adoptaron diversas formas: cajas o bancos de ahorro patrocinados por el Estado, disposiciones que imponían a los empleadores la obligación de mantener a los trabajadores que se encontraban enfermos o heridos, difusión de asociaciones de ayuda mutua que proporcionaban una modesta ayuda en la enfermedad y vejez, así como pólizas de seguro de vida y ayuda para costear los gastos de funeral ofrecidas por compañías de seguros privadas.

Todo esto era útil, pero sólo hasta cierto punto. Uno de los principales errores del pensamiento social de la época fue la persistencia de la optimista idea de que, si se permitía a los trabajadores solucionar por sí mismos sus dificultades, demostrarían disposición, capacidad y suficiente imaginación para cubrir sus riesgos, sea cada uno por su lado, sea a merced de algún régimen colectivo voluntario. Habría debido saltar a la vista que se trataba de un error: los trabajadores estaban totalmente enfrascados en su lucha por sobrevivir hasta el día siguiente y apenas si tenían tiempo para pensar en riesgos relativamente alejados en el tiempo; hacer frente a los gastos que con seguridad deberían hacer hoy, era más importante para ellos que ahorrar para protegerse contra lo que tal vez podía reservarles el futuro y, de todos modos, poco o nada podían ahorrar para defenderse incluso de peligros tan reales e inmediatos como la enfermedad y el desempleo.

Paulatinamente, ciertos grupos políticos y sociales dejaron sentir su influencia en las políticas que se aplicaban; en algunos países la reacción fue más rápida que en otros, y esta evolución recibió un fuerte impulso de las grandes crisis que sacudieron al mundo, en particular durante los períodos de reconstrucción que siguieron a las dos grandes contiendas mundiales y en el curso de la lucha contra la gran depresión económica de los primeros años del decenio de 1930.

Se organizaron diversos regímenes de prestaciones, hasta que en los países industrializados su cobertura llegó a ser prácticamente total tanto por lo que se amenazaban los salarios e ingresos, como por el nivel y la calidad de la vida de los hombres y mujeres que trabajan. La expresión que se escogió para describir esta nueva situación fue la de **SEGURIDAD SOCIAL**.

II. ***Definición de la Seguridad Social***

La seguridad social tiene un significado más amplio en algunos países que en otros, pero en lo esencial puede interpretarse como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

III. ***Seguro Social***

El primer régimen amplio de seguro social fue instituido en Alemania por el Gobierno de Bismarck entre 1883 y 1889, si bien a partir de unos treinta años antes varios estados alemanes ya ayudaban a sus municipios a establecer cajas de enfermedad a las que los trabajadores podían ser obligados a contribuir, por consiguiente el principio del seguro obligatorio ya se aplicaba.

El primer elemento del régimen fue el seguro de enfermedad, que comenzó en 1883 y era administrado por mutualidades ya existentes.

El seguro social, como su nombre indica, se financiaba mediante cotizaciones. La afiliación era obligatoria para todos los asalariados a los que estaba destinado: varones y mujeres, jóvenes y ancianos. Todos ellos que hasta entonces no habían tenido casi ningún recurso de que echar mano, salvo la legislación de beneficencia, estaban protegidos por un régimen de prestaciones garantizadas y liberados del temor del asilo y de la necesidad de tener que comprobar que carecían de recursos para poder tener acceso a dichos beneficios.

El principio del seguro fue una expresión de la solidaridad entre trabajadores, pues las aportaciones que periódicamente abonaban todos servían para sostener a cualquiera de ellos en un momento de necesidad.

En Europa y otros continentes se siguió el ejemplo de Alemania, y al promediar el decenio de 1930 el seguro social se había extendido a América Latina, los Estados Unidos y Canadá, implantándose después de la segunda guerra mundial en muchos países de África y el Caribe que se independizaron entonces.

Entre los distintos regímenes existen ciertas diferencias, pero hay elementos que caracterizan al seguro social y que pueden resumirse como sigue:

- ✓ El financiamiento se asegura mediante aportaciones, por lo general de los empleadores, trabajadores, contribuyendo a veces el Estado con un subsidio o aporte adicional del erario
- ✓ La afiliación es obligatoria, salvo contadas excepciones
- ✓ Las aportaciones ingresan en cajas especiales a cuyo cargo está el pago de las prestaciones
- ✓ Los fondos que no se necesitan para pagar las prestaciones corrientes se invierten a fin de que produzcan ingresos suplementarios
- ✓ Una persona adquiere derecho a las prestaciones en virtud de las aportaciones que ha pagado, sin que deba demostrar para ello su carencia de recursos
- ✓ El monto tanto de las aportaciones como de las prestaciones guarda a menudo relación con los ingresos que el afiliado percibe o percibía
- ✓ Los regímenes de seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional son por lo regular financiados en su totalidad por los empleadores, aunque a veces hay un aporte de fondos públicos

IV. *Asistencia Social*

En algunos países, en particular los escandinavos, la seguridad social comenzó con regímenes de lo que hoy se llama "asistencia social", financiados por el erario nacional y no mediante aportaciones de los afiliados y prestaciones cuyos montos se ajustaban según los recursos de que dispusieran los beneficiarios.

Los ancianos fueron los primeros a quienes se protegió de esa manera, extendiéndose después la asistencia a los enfermos, los inválidos, los sobrevivientes y los desempleados, en este orden.

Por lo general la protección dada por el Estado por conducto de la asistencia social fue reemplazada con el tiempo por un régimen contributivo de seguro social, si bien en algunos países, Australia y Nueva Zelanda por ejemplo, se instauraron regímenes completos de seguridad social mediante la unificación de una serie de programas de asistencia social.

Aún en ciertos países que han implantado el seguro social existe algún tipo de asistencia social que hace las veces de cuerda salvavidas para aquellas personas que por una u otra razón quedan excluidas del campo de aplicación del seguro o que perciben de éstas prestaciones insuficientes para satisfacer sus necesidades.

Las principales características de la asistencia social son:

- ✓ El gobierno, nacional o local, que administra el régimen sufraga la totalidad de su costo
- ✓ La percepción de las prestaciones es un derecho reconocido por la ley cuando se dan los casos de necesidad prescritos

- ✓ Al evaluar la necesidad se tienen en cuenta los otros ingresos que percibe la persona y los recursos que posee, si bien algunos de estos últimos, como unos ahorros razonables, pueden no tomarse en consideración
- ✓ Las prestaciones que se conceden tienen por objeto aumentar el total de ingresos de los beneficiarios hasta cierto mínimo fijado por la sociedad, también se toman en cuenta diferentes factores como el tamaño de la familia y determinadas obligaciones fijas ineludibles, el pago del alquiler por ejemplo
- ✓ Las prestaciones no guardan relación con las ganancias anteriores de los beneficiarios ni con sus niveles de vida normales
- ✓ Por último, la asistencia social en el sentido en que se utiliza aquí la expresión, presenta indudables similitudes que se llevan a cabo por medio de asistentes sociales, dado que entra en acción sólo al presentarse determinados problemas y que, a diferencia del seguro social, puede ejercerse cierta discreción al fijar el monto de sus prestaciones, aunque, claro está, dentro de los límites impuestos por los derechos reconocidos por la legislación.

V. *Tipos de prestaciones*

A continuación se mencionaran a grandes rasgos los tipos de prestaciones que se manejan en el mundo así como quién es el que cubre los gastos.

a) Prestaciones financiadas por el Estado

Hay países que han escogido otra forma de seguridad social: la financiación directa por el Estado, en su totalidad o al menos en una fuerte proporción, de prestaciones para todos los residentes del país que pertenezcan a categorías prescritas.

Las prestaciones pueden consistir, por ejemplo, en una pensión para todos los ancianos, inválidos, huérfanos o viudas residentes. De manera análoga, en algunos países existe un servicio nacional de salud gracias al cual todos pueden recibir asistencia médica sin estar sujetos al pago de aportación alguna y sin tener que pagar determinado porcentaje de los honorarios de dentistas, oculistas y otros especialistas, mientras que otras categorías están eximidas de esta obligación.

b) Cajas de Previsión

Diversos países en desarrollo que abordaron en fechas relativamente reciente el problema del establecimiento de un régimen completo de seguridad social y optaron por un sistema que a su juicio era sencillo de administrar crearon un tipo de caja de previsión del Estado que es un medio para encauzar el ahorro obligatorio: los trabajadores y también los empleadores, pagan aportaciones periódicas a la caja las cuales se registran en las cuentas individuales de cada

trabajador así como los intereses correspondientes. Cuando ocurre alguna contingencia como por ejemplo, cuando el interesado alcanza determinada edad, queda inválido o fallece, el total que tiene acreditado en su cuenta en ese momento se le paga a él o a sus sobrevivientes, según sea el caso.

Algunas cajas de previsión permiten que se retiren fondos antes de tales contingencias en caso de enfermedad o de desempleo o para ciertos fines, como la adquisición de una vivienda.

Las cajas de previsión, obligan a ahorrar periódicamente a fin de hacer frente a contingencias que deben o pueden presentarse en el futuro, promoviendo el concepto de ayudarse a sí mismo. No hay duda que una prestación que se recibe una sola vez puede resultar muy útil en ciertas ocasiones como en el momento de jubilarse, si se hace uso de ella con prudencia y sensatez.

Una caja de previsión no se puede considerar como un elemento de la seguridad social tradicional, pues su finalidad no es reemplazar con pagos periódicos los salarios que dejan de percibirse al jubilarse o quedar invalido. En realidad, una prestación de estas cajas representa en parte una prima de fin de carrera y poco tiene que ver con la edad del beneficiario o con las circunstancias en que termina su vida activa. Tampoco los trabajadores afiliados hacen frente a los diversos riesgos solidariamente.

Como cuando existe inflación las aportaciones pierden buena parte de su poder adquisitivo hasta el momento en que finalmente se recuperan como prestaciones, casi siempre que se establece una caja de previsión se trata de transformarla en una caja de seguro social, pero esta transformación es menos simple de lo que pudiera creerse, y por lo que toca a la sencillez de su administración, si nos atenemos a lo que ha podido verificarse en la práctica, hay que admitir que las diferencias entre las cajas de previsión y los regímenes de seguro no son muy grandes; no obstante, si existen, la ventaja está más bien del lado de estos últimos.

c) Prestaciones proporcionadas por los empleadores

Los empleadores tienen la responsabilidad de proporcionar prestaciones a sus empleados desde finales del siglo XIX y estaban dirigidas principalmente a cubrir los riesgos de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Aún hoy en día, en muchos países, tanto industrializados como en desarrollo, los empleadores tienen la obligación legal, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, de pagar una indemnización y el costo de la asistencia médica necesaria.

Pero las prestaciones que deben proporcionar los empleadores se han extendido considerablemente con el correr de los años. En algunas legislaciones nacionales, deben conceder licencia pagada de enfermedad hasta por un determinado número

máximo de días de ausencia de un trabajador por este motivo cada año o por las primeras semanas de cada enfermedad, y también licencia pagada de maternidad (en algunos países la legislación obligó a los empleadores a conceder estas prestaciones incluso antes de imponerles las de accidente de trabajo y enfermedad profesional).

Existen igualmente leyes laborales que dan a los trabajadores el derecho a recibir una indemnización al ser despedidos sin causa justificada o por causa de una reducción de personal, así como brindarles asistencia médica, la cual puede ser sólo para sí mismo como para sus familiares, la cual va a ser costeada por el empleador.

En algunos países también cuentan con planes de pensiones que algunas empresas crean para sus trabajadores, planes cada día más numerosos y variados y que pagan pensiones que se suman a la seguridad social del Estado o las reemplazan en parte. Si bien establecerlos no es obligatorio y a menudo sus características se conciben de manera que se adapten especialmente a la política de personal de la empresa de que se trate, lo normal es que estos planes se conformen de modo tal que armonicen con el régimen de pensiones del Estado y suelen ser promovidos por éste mediante la concesión de desgravaciones impositivas.

CAPITULO II

Seguros de Salud en el Mundo

Algo importante que analizar en este estudio, es tomar en cuenta la forma en que opera el seguro de salud a nivel mundial, y para ello se tomarán como referencia algunos países con economías importantes para conocer el Sistema de Salud con que cuenta cada uno de ellos.

a) Europa

Podemos catalogar los sistemas que se han establecido en Europa en:

SISTEMAS ALTERNATIVOS:

En ellos, el Seguro Privado cubre el riesgo de salud para determinadas categorías socio-profesionales de la población. En estos casos la normativa legal del país permite a determinados ciudadanos elegir entre el Asegurador Privado o la Seguridad Pública para cubrir los riesgos de la Salud. Este sistema se desarrolla en países como Alemania y Holanda, y se hace a través de reembolso de gastos.

SISTEMAS COMPLEMENTARIOS:

Son en los que la Sanidad Pública cubre hasta un nivel de garantías y el resto puede ser garantizado por entidades aseguradoras privadas.

Al igual que en los supuestos anteriores la figura aseguradora que se desarrolla es el reembolso de facturas, siendo Francia un claro exponente de este sistema.

SISTEMAS SUPLEMENTARIOS:

En este caso el sector público lo cubre todo y a toda la sociedad, pero la suscripción, además de un seguro privado de Salud, lleva consigo importantes deducciones fiscales. Nos encontraríamos en esta situación si viviéramos en Inglaterra.

b) Estados Unidos

En 1929 un grupo de profesores de la Universidad de Baylor, en Texas, consiguió un contrato de atención hospitalaria a cambio de 0.50 USD mensuales; pocos imaginaron que sería el inicio del sistema de salud estadounidense que funciona a través de aseguradoras desde finales de los años sesenta.

El sistema más tradicional y extendido en Estados Unidos es el Seguro de Reembolso de Gastos. No obstante, a partir de 1985 se empezaron a crear sociedades que, movidas por los desequilibrios que se venían originando en los Seguros de Reembolsos de Gastos, comenzaron a desarrollar la cobertura de estos riesgos, en régimen de prestación de servicios bien concertándolos con los hospitales o bien formando parte del hospital.

A principios de los 80's, en los Estados Unidos empezaron a proliferar los grupos que daban "paquetes" de servicios médicos, hospitalarios, HMOs, PPOs, etc.

PPO: Preferred Provider Organizations

Esta formado por un conjunto de doctores y/o hospitales que proveen servicios médicos a un grupo o asociación en particular, los cuales pueden ser proporcionados por la compañía de seguros, por empleadores u otro tipo de organizaciones, otorgando el servicio con descuentos e implementando controles de utilización para reducir los costos, deducibles y copagos limitados, donde los miembros no tienen que usar a los médicos de la red del PPO, aunque existen fuertes incentivos financieros para hacerlo y si deciden acudir con médicos que no sean de la red se aplica el deducible previsto.

HMO: Health Maintenance Organizations

Consiste en el financiamiento de los servicios así como también provee directamente dichos servicios, doctores, hospitales y aseguradores que participan en el negocio de las HMO's. Estás proveen tratamiento médico a cambio de un pago fijo mensual de sus aseguradores, sin importar que tantos servicios se otorgan en el mes, los asegurados reciben el tratamiento con los doctores y facilidades de la red de la HMO, se elige un médico de atención primaria quien debe ser consultado para ver especialistas, se usan los copagos, sin aplicar deducible.

POS: Point Of Service Plans

En este plan se pagan copagos mínimos y no aplican deducibles si se usan proveedores de red, se elige un médico de atención primaria y se requiere utilizar servicios de proveedores de la red, o si se requiere acudir con un médico externo funciona como una PPO, ya que se pagan deducibles y copagos, en este plan existe libertad de elegir al proveedor de servicios médicos.

c) Latinoamérica

A continuación analizaremos la forma en que se ha desarrollado el sector salud y los seguros privados en Latinoamérica, países que podríamos comparar o tomar como referencia de acuerdo al crecimiento de nuestra economía.

✓ Brasil

En 1974 se crea el Ministerio de Previsión de Asistencia Social, se apoya en el Hospital Público y de Comunidades y en el Privado. En 1990 se creó el Instituto Nacional del Seguro Social.

La medicina prepagada surge en 1960 para atender empresas industriales, no tienen relación con la Seguridad Social. El seguro de salud privado fue instituido en 1966.

✓ Ecuador

En los 70's se desarrollaron planes de prevención de enfermedades, construcción de hospitales y educación para la salud. Se crea el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Institución Autónoma regida por un Consejo Superior conformado por el Gobierno, industriales, empleadores, fuerzas armadas y jubilados que se mantienen hasta la fecha. Se desenvuelve la atención privada con muy bajo costo hasta la década de los 80's.

A partir de 1978 aparece la medicina prepagada que no tiene ninguna relación con la seguridad social. La tendencia actual de la Seguridad Social en materia de Salud, es la privatización de los Servicios. Esto se debe al deterioro al que ingresó el sector público.

✓ **Bolivia**

En 1956 se crea la Ley del Seguro Social Obligatorio. El gobierno ve con preocupación la situación de la salud y educación y se encuentra avocado a grandes transformaciones.

En 1993 dentro de la reestructuración se crean dos entidades, una dependiente del Ministerio de Hacienda, es el Instituto Nacional de Seguro de Salud. Esta entidad será encargada de normalizar tanto a los seguros públicos como privados, entendiéndose dentro de este sistema a los prepagados.

La medicina prepagada se inicia hacia 1987. En general con asociados que a su vez contribuyen a la Seguridad Social. Tienen como presiones contrarias las de las compañías aseguradoras que desean encuadrarlas en la Superintendencia de Seguros. Estas empresas ofrecen pólizas de atención de la salud desde mediados de la década de los 80´s.

✓ **Colombia**

En 1948 se crea el Ministerio de Higiene y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

La medicina prepagada se inicia en 1975 a través de una única empresa que subsiste 3 años y quiebra. En 1980 otra empresa inicia al camino y se da un crecimiento de la actividad. En 1993 se reforma la Seguridad Social en materia de pensiones y salud.

Su espíritu es fomentar la competencia entre el Seguro Público y Privado a través de la libertad de elección.

En diciembre de 1993, Colombia reorganizó su sistema de servicios de salud incluyendo en el esquema la prevención financiera mediante las aseguradoras, esto debido a que la cobertura de salud sólo abarcaba el 25% de la población, se desea llegar al 95%, pero a la fecha apenas llega a un 61.5% de los 42.3 millones de habitantes.

El sistema opera bajo dos regímenes:

EL REGIMEN CONTRIBUTORIO

En este se encuentran las empresas promotoras de salud (EPS), las cuales son entidades que pueden ser públicas o privadas, cuentan con un registro de afiliados, se recaudan sus cotizaciones a través del Fondo de Solidaridad y Garantía: los cuales son recursos de cuatro subcuentas: compensación, solidaridad, promoción de salud y riesgos catastróficos de la prestación de servicios a sus afiliados y beneficiarios.

EL REGIMEN SUBSIDIARIO

En este se encuentran las Administradoras del Régimen Subsidiario, que son entidades que pueden ser Empresas Solidarias de Salud o Cajas de Compensación, las cuales cuentan con un proceso de afiliación al Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios que se encarga del recaudo de cotizaciones a las alcaldías, organización de la prestación de servicios a sus afiliados y beneficiarios.

Recientemente la Academia Nacional de Medicina Colombiana, elogió el esfuerzo del Gobierno por llegar a los sectores más vulnerables de la población, pero también criticó la baja en la calidad de los servicios en las que las empresas promotoras de salud privadas han incurrido en los últimos años.

✓ *Uruguay*

La seguridad social, originada a finales del siglo pasado con exclusiva cobertura para invalidez vejez y/o muerte se consolidó en los años 30.

En la década de los 60, el acceso a los trabajadores a la atención médica colectivizada, pasó a ser un beneficio laborar altamente valorado por los gremios e incluidos en las negociaciones. Se dictaron leyes creando los seguros por enfermedad para varias ramas de la actividad.

En 1983 se normaliza la incorporación, asegurándose la libertad de elección. Las antiguas sociedades mutualistas han ido desapareciendo por su escaso desarrollo gerencial y graves dificultades financieras; sus beneficios, fueron absorbidos por nuevas instituciones, principalmente Cooperativas Médicas.

En los últimos años se debilita la asistencia médica colectiva. Las Instituciones Mutualistas se han fortalecido creando un sistema dentro del macrosistema del país como infraestructura, tecnificación profesionales, no obstante, están apareciendo grupos médicos independientes.

✓ **Paraguay**

En 1943 fue creado el Instituto de Previsión con aportes de empleado y empleador.

La medicina prepagada surge en 1980 a través de una Compañía Aseguradora que no tiene relación con la Seguridad Social.

Las poblaciones surgen de la clase media-alta en forma de ingresos directos y de poblaciones de empresas.

Existen formas de seguro con reembolso de pago directo. El prepago tiende al crecimiento, en tanto la Legislatura analiza la posibilidad de incorporarlo al Sistema de Previsión Social, pero con concepto de inviabilidad: Cobertura Total Control de Precio.

✓ **Argentina**

Cuando en el caso de los obreros asalariados, logran junto a su aporte la contribución del empleador, se marca la diferencia entre la Mutual y el nacimiento de las Obras Sociales.

Por diferentes decretos, se declara obligatoria la contribución de las empresas y sus dependientes para el Fondo de Asistencia y Previsión Social de las entidades sindicales reconocidas, con profundas diferencias, aún con el mismo personal del Estado.

La medicina prepagada surge en la década de los 60's, tratando de dar cobertura a las poblaciones no cubiertas de la seguridad social. Se daba incremento de costo, crecimiento de la población asegurada y de la oferta profesional.

La ampliación de la población alentó a las obras sociales a desarrollar infraestructura que resultó antieconómica optándose por la contratación del sector privado (recuperación). Esta ley se reglamenta en 1993, después del decreto denominado de desregulación. El decreto reglamentario modifica aspectos sustantivos de la Ley.

✓ **Chile**

La seguridad social se inicia con los aportes de trabajadores y empleadores, posteriormente tiene participación el Estado. En 1974 se inicia la racionalización informando prestaciones y en 1980 se producen las reformas a los regímenes de prestaciones y de salud.

En 1980 la Constitución Política de la República de Chile, contemplando el derecho a la protección de la salud y el rol subsidiario del Estado, a través del Dictado de Ley se pone en práctica el financiamiento individual, reservándose el Estado en su rol subsidiario, y la función de garantizar el nivel de mínimo de protección a los trabajadores.

En 1981 se lanza una iniciativa para desincorporar los servicios de salud, decretado por el entonces presidente Augusto Pinochet.

La medida fue vista en diferentes perspectivas, según los defensores de estas tenía dos ventajas: la libre elección de los médicos por parte de la población y lograr una atención de mayor calidad.

Cada empleado debe aportar un porcentaje de su salario para el pago para poder recibir estos beneficios de atención médica.

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) llamadas así, funcionan desde entonces bajo dos esquemas: las abiertas de libre contratación para particulares, que actualmente tiene el 95% del mercado y las contrataciones cerradas las cuales son para dar atención a los trabajadores de una empresa determinada.

Las Instituciones de Salud Previsional ofrecen gran variedad de beneficios y planes, las tarifas dependen de la experiencia de acuerdo al sexo, edad, etc. Muchas tienen sus propios grupos de médicos o centros médicos.

Al principio el gobierno militar aportó el 7% del costo de la atención de cada asegurado. Durante los primeros 11 años de funcionamiento, las instituciones de salud previsional tuvieron un auge explosivo de hasta 18% anual.

En 1992 el crecimiento se estancó, fue cuando entonces el nuevo presidente Eduardo Frei, elimino el 2% del subsidio por cada afiliado.

En los últimos 3 años, el sector vivió un proceso de desafiliación equivalente a 5.2% de sus contratos. Las instituciones de salud previsional redujeron su nivel de rentabilidad de 7.3% en 1990 a sólo 1.8% en el 2000.

Actualmente los sistemas privados de salud atienden a casi el 65% de los trabajadores activos.

✓ **México**

La salud es fundamental en el desarrollo económico y social del país; donde el financiamiento de la salud requiere de un avance tecnológico; así como en la infraestructura de las instituciones que se dedican a este rubro.

Los cambios demográficos son agentes principales en este desarrollo, pero lamentablemente la desigualdad geográfica crea ciertas limitaciones para mejorarlo, ya que al tener un dato como el de que los cinco estados más pobres de la República Mexicana, tienen el doble de mortalidad infantil de los más ricos, nos refleja un crecimiento nada equitativo del desarrollo del sector salud.

Estudios realizados por Instituciones encargadas en la medición de la calidad de los Hospitales en México, sólo el 30% de los Hospitales privados cuenta con más de 50 camas y sólo el 8% con más de 30 camas. Hoy en día la cobertura del sector privado aún no alcanza los niveles que se desearían para poder ofrecer una cobertura médica tan grande como la del sector salud.

En México los servicios privados de salud han empezado a tener grandes transformaciones ya que las aseguradoras han comenzado a incursionar en un nuevo tipo de seguro que complementará a los ya conocidos Gastos Médicos Mayores, este tipo de seguro incluye el gasto frecuente de los servicios de salud, cuando las aseguradoras incursionen en su administración.

El sistema esta enfocado a la atención y prevención médica a través de las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES).

Las ISES muestran una gran similitud al ramo de enfermedades y maternidad del Seguro Social, ya que cubre toda la atención médica tanto de prevención como de curación (gastos médicos mayores y menores)

En el siguiente capítulo explicaremos más a detalle en que consisten las ISES.

CAPITULO III

Seguros de Salud en México

I. Seguros de Salud Pública

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, se encuentran a principios de este siglo, en los últimos años de la época porfiriana: en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara "de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares".

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa del seguro obrero suscitó la inconformidad de los empleadores que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.

En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición

de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.

II. Seguros de Salud Privada

Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES)

A. Antecedentes

El Honorable Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997 en donde la operación del ramo de Accidentes y Enfermedades se dividió en Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud, quedando reflejado en el artículo 8, en el que se define el ramo de Salud como:

“Los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de los servicios para prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado”

En el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999 se modificó la definición de Operación activa de Seguros en el caso de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud; también se da la creación de las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES) y sobre todo la participación de la Secretaría de Salud (SSA) en aspectos médicos.

Al siguiente año se da un protocolo de entendimiento celebrado entre la Honorable Cámara de Senadores, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, donde se deriva la iniciativa del Senado aprobada por la H. Cámara de Diputados especificándose los siguientes puntos

- Principales requisitos de los dictámenes de la Secretaría de Salud.
- Incorpora la figura del Contralor Médico
- Las ISES deberán informar a los asegurados cambios en red Hospitalaria.
- Las ISES deberán ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos fuera de la red.

B. Regularización de las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud

Dada la problemática que ha existido en los últimos años sobre la propagación de los servicios médicos prepagados, los cuales son combinados con la atención médica relacionada con la ocurrencia de riesgos, antes de las modificaciones hechas a la LGISMS, no existía el concepto de "operación activa de seguros" y en este concepto el daño se resarcía únicamente con recursos propios, algunas actividades que por su dimensión no implicaban un alto impacto social quedaron fuera de la regulación, aunque se ajustaban a lo que técnicamente definía el concepto como: servicios funerarios o servicios médicos prepagados con cierto riesgo, sin embargo debido a la propagación existente de clínicas, empresas y despachos que se encuentran realizando lo que se ha denominado operación activa de seguros a la luz de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se han establecido las reglas para la operación de los seguros que ofrecen la cobertura de salud.

REGLAS DE OPERACIÓN

Disposiciones Generales

Las ISES están facultadas para ejercer seguros que tengan por objeto prevenir y restaurar la salud del asegurado.

Para efectos de las reglas de operación se entiende por prevenir, las acciones para fomentar la salud, así como disminuir o eliminar riesgos de salud, dar seguimiento a la salud de los asegurados y prevenir el surgimiento de enfermedades con base a factores de riesgo epidemiológico

Se entiende por restaurar la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud del asegurado.

Las ISES deberán informar y comprobar lo concerniente al ramo de salud en la forma y términos que especifiquen la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público será la encargada de autorizar la operación de las ISES así como la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se encargará de la parte administrativa de las reglas de operación, y la Secretaría de Salud de lo referente a materia de salud.

Requisitos de Autorización

La solicitud de autorización del ramo de salud que deben presentar las ISES deberán presentarse ante la Dirección General de Seguros y Valores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como la relación de accionistas y plan de actividades, donde el plan de actividades debe de contener:

- 1.- El capital inicial y de apoyo para los tres primeros años de operación.
- 2.- Documentación técnica y modelo de contrato del seguro de salud.
- 3.- Presupuesto financiero, incluyendo la construcción de las reservas técnicas y de capital, gastos de administración y adquisición así como las proyecciones del balance del estado de resultados, capital de trabajo y capital mínimo de garantía.
- 4.- Políticas de prevención de riesgos y reaseguro.

Estos puntos son de vital importancia en la parte financiera de las ISES, puesto que el primer punto nos da un parámetro de hasta donde puede hacerse responsable ante las obligaciones de la ISES, el segundo punto nos indica que parámetros de costos se están tomando para los diferentes servicios que ofrece, el tercer y cuarto punto nos dicen como esta administrando el capital la ISES.

- 5.- Programa de Administración, Organización y Control Interno
 - a) Organigrama y estructura administrativa
 - b) Relación de los directivos, hasta de los dos primeros niveles, y del consejo administrativo
 - c) Programas de capacitación a empleados y agentes
 - d) Especificar como se va a otorgar el servicio
 - e) Atención a quejas y pago de reclamaciones
 - f) Sistemas de control, registro y reporte estadístico del seguro de salud
 - g) Sistemas de control, registro y reporte contable
 - h) Sistema para la evaluación de reservas técnicas
- 6.- Forma y términos en los que la institución prestará los servicios relacionados con los contratos.
- 7.- Mecanismos o modalidad que la institución prestará para respaldar su responsabilidad civil en caso de necesitarlo.

Estos puntos del plan de actividades nos hablan un poco más sobre las ISES como institución de salud y no como en los puntos anteriores que nos hablan de las ISES como instituciones de seguros.

CAPITAL MÍNIMO PAGADO

El importe del capital mínimo pagado deberá estar totalmente suscrito y pagado a más tardar el 30 de junio de cada año. El cual puede estar constituido hasta en un 60% por gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmueble propiedad de las ISES, excepto los que digan la LGISMS en el artículo 67.

Si el capital social excede al capital mínimo pagado, deberá estar pagado, cuando menos, en un 50%, siempre que la aplicación del porcentaje no resulte menor al mínimo establecido.

El capital contable en ningún momento debe ser inferior al monto del capital mínimo pagado.

Si esto no se cumple se le otorgará un plazo específico de tiempo a las ISES para cumplirlo; de no ser así, se aplicará lo señalado en el artículo 74 de la LGISMS.

Como una de las definiciones de Capital Contable nos dice, que el capital contable es igual al capital social (aportaciones de los socios o accionistas) más las utilidades menos los gastos, es decir, el capital con que realmente cuenta la empresa. Nos estaría dando la explicación de porque el capital contable no puede ser inferior al mínimo de garantía, porque de serlo, podría ocurrir que sus futuras obligaciones fueran superiores al capital del cual dispone.

Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual

Las ISES deberán presentar los dictámenes respectivos emitidos por la SSA para efectos de su autorización, así como la verificación anual que mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios de salud.

Los dictámenes deben de cumplir con:

- 1.- Que los recursos materiales y humanos, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar, con una proyección a 3 años.
- 2.- En caso de tener contratos o convenios con un tercero para la prestación de servicios en el ramo de salud, se debe de garantizar una oferta adecuada en cuanto a calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica para el cumplimiento con los asegurados.
- 3.- Que cuente y cumpla en forma adecuada con su programa de control de la utilización de servicios médicos.

- 4.- Que cuente con los mecanismos para comunicar a los asegurados de los cambios en las instalaciones para prestar los servicios de salud.
- 5.- Ya sea en sus instalaciones o en las de los terceros, las ISES deben cumplir con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia, al momento de prestar servicios.
- 6.- Que los profesionistas que presten los servicios de salud, cuenten con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnicos, en caso de que exista el consejo de certificación de especialidad, mantener dicha certificación vigente.
- 7.- Que la infraestructura hospitalaria cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General.
- 8.- Que los planes de salud que comercialicen la ISES se basen en el juicio clínico del médico directamente responsable de la atención del paciente.
- 9.- Que las ISES cuenten con planes que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus asegurados.
- 10.- Que cuente con mecanismos de información a sus asegurados que contemplen sus derechos y obligaciones, a fin de que los consumidores preserven su libertad de elección de acuerdo a lo pactado en el contrato de seguro.
- 11.- Que cuenten con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados.
- 12.- Que tengan un programa para la mejora continua en la prestación de servicios, que contemple la elevación de la calidad de la atención.
- 13.- Que cuente con los manuales de organización y procedimiento respecto de las prestaciones de servicios de salud que ofrecen.
- 14.- Que las ISES en prestación directa de los servicios médicos o a través de terceros derivado de un contrato de seguros, cuente con los siguientes mecanismos para preservar los derechos del paciente:
 - a) Tendrá la misma oportunidad de acceso libre a los servicios
 - b) En todo momento el paciente deberá ser tratado con respeto y dignidad
 - c) Los servicios deberán tener privacidad y la información de los mismos será confidencial
 - d) Se les debe de brindar, durante la atención, seguridad al paciente y a sus acompañantes
 - e) Que la persona que atiende tenga identidad

- f) Tener la información acerca del padecimiento, riesgo, métodos de diagnóstico, los beneficios y alternativas que se ofrecen
- g) Se podrá comunicar en todo momento con sus familiares
- h) Deberá ser comunicado de su padecimiento, tratamiento y riesgo, así como el tendrá el derecho a participar en las decisiones relacionadas con su padecimiento
- i) Tendrá derecho a solicitar otros puntos de vista
- j) Tendrá derecho a negarse a que le practiquen cierto tratamiento
- k) Tendrá derecho a seleccionar al médico y hospital según lo dispuesto en el contrato

Como se puede observar, el contenido del dictamen provisional cuenta con los elementos adecuados para que las ISES cumplan con su objetivo el cual es ofrecer servicios de salud de calidad, oportunidades y con una amplia infraestructura de atención a los asegurados.

Contralor Médico

El contralor médico es el encargado de vigilar que los funcionarios y empleados de las ISES cumplan con la normatividad interna y externa en materia de prestación de servicios médicos que sea aplicable, éste debe ser independiente del responsable del área médica de las ISES.

El contralor médico deberá ser nombrado por el consejo de administración de las ISES y ratificado por la SSA. Dicho consejo podrá suspender, remover o revocar su nombramiento, aunque para ello deberá notificarlo ante la SSA en un plazo de 10 días hábiles, en dicho informe se deberán exponer los motivos, sin que esta acción pueda cambiar la decisión del consejo.

Es importante que el contralor médico a pesar de ser nombrado por el consejo de administración de la ISES, sea independiente del responsable del área médica de las mismas, ya que de no serlo se podría pensar que éste estaría favoreciendo a alguna ISES al realizar su trabajo (aunque no lo hiciera), mermando así, la sana competencia que se supone existe en el sector salud.

La contraparte de lo anterior radica en que la ISES tiene la facultad de cambiar al contralor médico en virtud de que la misma considere que éste la está desfavoreciendo con su criterio.

Por la naturaleza de sus funciones el Contralor Médico deberá tener el nivel de director o gerente dentro de la estructura organizacional de la ISES, sus funciones son las siguientes:

1.- Vigilar que la integración de la red (instalaciones donde se ofrecen los servicios de salud) cumpla con los requisitos establecidos en estas reglas.

- 2.- Vigilar que la cobertura de la red sea apropiada y oportuna.
- 3.- Validar los aspectos médicos de los contratos con los prestadores de servicio de las ISES.
- 4.- Vigilar el cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos de las ISES de las guías clínicas o protocolos médicos, y de la prestación de los servicios médicos.
- 5.- Vigilar las políticas que las ISES definan para garantizar el cumplimiento apropiado de los servicios ofrecidos en los distintos planes de los asegurados.
- 6.- Vigilar que la capacidad de los prestadores y la infraestructura de la ISES sea suficiente para dar el servicio contratado por los asegurados.
- 7.- Vigilar el contenido del programa de mejoramiento continuo en la prestación de servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención definido por la ISES.
- 8.- Conocer los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la SSA.
- 9.- Vigilar el cumplimiento de estas reglas en materia de salud.
- 10.- Formular recomendaciones para la autocorrección en la prestación de los servicios de salud en caso de ser necesario y fijar un plazo para la misma.
- 11.- Cuando no se este de acuerdo en alguna decisión médica, la ISES debe darle seguimiento y resolución a dicha controversia.
- 12.- Vigilar que en la ISES el juicio clínico del médico se ampare durante su practica, siempre y cuando sea basado en evidencias.
- 13.- Informar de sus obligaciones a la CNSF y a la SSA cada 4 meses.

Como se puede observar el papel del contralor médico es muy importante en el seguro de salud, ya que éste verifica que la ISES cuente con la capacidad en materia médica para poder cumplir con los contratos ofrecidos además de vigilar que la ISES cumpla con sus responsabilidades, y es en gran parte responsable de que un dictamen expedido por la SSA sea favorable o no lo sea. Es por ello que un cargo con tanta responsabilidad, deba cumplir con ciertos requisitos para poder ejercerse.

Requisitos para poder ser Contralor Médico.

- 1.- Ser médico con cédula profesional, reconocido prestigio y experiencia profesional en materia médica.
- 2.- Acreditar solvencia moral, especialidad clínica con certificación vigente o demostrada capacidad técnica y administrativa en servicios de salud mediante los estudios correspondientes y una experiencia de cinco años.
- 3.- No haber sido condenado por delito que merezca pena corporal o por delitos patrimoniales, intencionales o relacionados con su actividad médica.
- 4.- No haber sido sentenciado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- 5.- No tener relación de parentesco o vínculo de relación laboral o profesional con:
 - a) Los accionistas de control de la ISES.
 - b) El director de la ISES o algún funcionario con 2 niveles inferiores a este.
 - c) Los accionistas de control de las instituciones prestadoras de servicios de las ISES.
 - d) Los funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los prestadores de la ISES, cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los contratos del seguro de salud.
- 6.- No tener nexo patrimonial con las ISES autorizadas, ni vínculo laboral con las ISES donde sea controlador médico.
- 7.- No ser prestador de la propia ISES o tener algún nexo patrimonial con prestadores de la ISES.
- 8.- Residir en territorio nacional.
- 9.- Contar con la ratificación de la SSA.
El contralor médico también deberá cerciorarse de que las decisiones que se tomen en las sesiones del consejo de administración y comités en que participe se apeguen a la normatividad.

En caso de presentarse irregularidades que no se hayan reparado o que no se puedan reparar, se deberá presentar en un plazo no superior a diez días un informe detallado sobre la situación observada al presidente del consejo de administración, al auditor interno, a la CNSF y a la SSA.

Si el contralor médico no lleva a cabo sus funciones de vigilancia, podrá ser sujeto a remoción o suspensión por parte de la CNSF.

Se puede observar que el contralor médico debe de contar con habilidades tanto médicas como administrativas dado que éste es el mediador entre la ISES y sus reguladores, la CNSF y la SSA, y para evitar favoritismos, es necesario que no tenga relación de parentesco o vínculo de relación laboral o profesional con accionistas dentro de las ISES o de personas que ocupen un puesto importante dentro de las ISES o dentro de las instituciones prestadoras de servicio.

Expedientes Clínicos

Ya sea que las ISES o un tercero preste los servicios, deberán cumplir con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana sobre expediente clínico.

Cuando el asegurado lo indique, un resumen clínico deberá ser transferido a la institución o prestador que el usuario indique, guardando la confidencialidad del caso.

Lo anterior nos habla de la flexibilidad que existe dentro de las ISES para que el usuario pueda ejercer su derecho a consultas y al de selección de médico y hospital.

Control de la Utilización de Servicios

Las ISES deberán contar con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos a su cargo. Dicho programa será vigilado por el contralor médico y deberá apegarse a las disposiciones generales que para este efecto emita la SSA.

El programa deberá incluir los mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como la subutilización, sobreutilización y el mal uso de los mismos; este programa debe ser verificado por la SSA.

Como ya se había mencionado en los puntos del dictamen para que una ISES pueda ejercer el ramo de salud, los programas para el control de la utilización de los servicios médicos son un punto fundamental dentro de los mismos, ya que estos servirán de base para que el controlador médico verifique la eficiencia de las ISES.

Mejora Continua en la Prestación del Servicio

Las ISES deberán mejorar e implementar un programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención y fomente la enseñanza y la investigación médica.

Los programas de mejora continua en la prestación de servicios son tal vez el punto más interesante de los requisitos para el dictamen, pero es difícil determinar cuando algo tiene calidad y cuando no la tiene, es por eso que el programa contemplará el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de servicios de las ISES.

Disposiciones Generales de las Reservas Técnicas

Se deberán de constituir e incrementar las reservas técnicas correspondientes al seguro de salud conforme a lo dispuesto en la LGISMS.

La valuación de las reservas técnicas deberá contener el nombre y firma del actuario responsable de la certificación de las mismas, así como el número de cédula profesional que lo acredite como actuario, o el profesional con la preparación equivalente.

La CNSF dará a conocer la forma, términos, contenido y formatos para realizar la valuación de las reservas técnicas, así como la presentación de las mismas ante la CNSF.

Las reservas técnicas deberán presentarse dentro de los primeros 20 días hábiles al cierre de cada trimestre.

Las reservas técnicas son de suma importancia en las instituciones de seguros, ya que con éstas, las instituciones de seguros hacen frente a las responsabilidades que tienen con los asegurados; es por esta razón que las reservas se deban inspeccionar tan seguido.

Constitución e Incremento de la Reserva de Riesgos en Curso

Las ISES deberán constituir e incrementar la reserva de riesgos en curso de acuerdo a lo establecido en el artículo 46 fracción I y 47 fracción III de la LGISMS; en los cuales se menciona que los métodos, las tasas de interés y las tablas utilizadas para el cálculo de las mismas serán aquellos que especifique la SHCP.

El monto de las reservas se incrementará durante el ejercicio en la forma y con la periodicidad que señale la SHCP, tomando en cuenta la conveniencia de propiciar que las instituciones mantengan las reservas en proporción a las operaciones realizadas, de manera que durante todo el ejercicio cuenten con los recursos necesarios para garantizar sus responsabilidades.

En cuanto al incremento, también se puede mencionar que si durante 2 años consecutivos el interés promedio percibido por la inversión de las reservas resulta ser inferior al tipo de interés usado para el cálculo, para efecto de las pólizas, las

reservas deberán ser ajustadas con los procedimientos actuariales que autorice la CNSF.

Aunque los cálculos llegaran a fallar, las instituciones de seguros deben responder ante sus obligaciones, y es por ello que los cálculos deban ser reajustados para que dichas instituciones no cometan los mismos errores y no lleguen a la quiebra.

Para los contratos superiores a un año, la CNSF establecerá el procedimiento para calcular la reserva de riesgos en curso; de justificarse, las ISES podrán plantear otros procedimientos.

Las ISES deberán resguardar el cálculo de las valuaciones de las reservas de los últimos cuatro trimestres anteriores, para cuando la CNSF lo requiera.

Constitución e Incremento de las Reservas de Previsión.

Las ISES deberán constituir e incrementar la reserva de previsión de acuerdo a lo previsto en el artículo 46 fracción III y el artículo 51 de la LGISMS.

En términos generales, dicen que la reserva de previsión se constituirá con las cantidades que resulten de aplicar un porcentaje a las primas emitidas durante el año deduciendo las cedidas por concepto de reaseguro. Dicho porcentaje variará según el ramo y será determinado por la SHCP tomando en cuenta el análisis estadístico de la siniestralidad registrada en años anteriores.

Esta reserva será acumulativa hasta que a juicio de la CNSF, el monto de la misma reserva de una institución sea suficiente para cubrir las posibles pérdidas por desviaciones estadísticas conforme a su experiencia y siniestralidad. Y sólo podrá afectarse en caso de una alta siniestralidad que provoque un déficit de las reservas técnicas de la institución.

Las cantidades dispuestas deberán reponerse en la forma en que lo determine la CNSF.

Las reservas de previsión deberán constituirse y registrarse cada mes para la elaboración de sus estados financieros al 31 de diciembre de cada año.

La reserva de previsión es una de las características que mejor habla de la solidez de los seguros, ya que como se pudo ver, esta reserva es la que permite que las instituciones de seguros puedan hacer frente a sus obligaciones a pesar de que se presenten imprevistos.

Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir.

Las ISES deberán constituir la reserva para obligaciones pendientes de cumplir conforme a lo establecido en el artículo 46 fracción I y artículo 50 de la LGISMS.

La reserva de SONR y la de gastos de ajuste asignados al siniestro que constituyen las ISES se deberán apegar a lo establecido en el artículo 50 de la LGISMS.

Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:

1.- Por pólizas vencidas y por siniestros ocurridos. El importe total de las sumas que deba desembolsar la institución, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, estimándose de acuerdo a la operación y ramo.

2.- Por siniestros ocurridos y no reportados (SONR). Esta reserva se constituirá en todo caso dentro de los límites que señale la SHCP, con la cantidad que resulte de aplicar los porcentajes mínimo y máximo de las primas netas que al efecto establezca, y sólo podrá afectarse para cubrir siniestros ocurridos en el ejercicio inmediato anterior.

Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir, en el caso de las pólizas vencidas y por siniestros ocurridos nos indican el límite hasta el cual es aún responsable una institución de seguros, ya que reflejan el grado en el que la prima se ha consumido.

En el caso de la reserva SONR, ésta evita que se tomen por utilidades cantidades de dinero que en realidad no lo son, ya que como su nombre lo indica, éstas hacen una estimación de la cantidad de dinero que es necesaria guardar para siniestros que ocurrieron pero que no fueron reportados.

Registro de Bases Técnicas

Las ISES deberán de presentar ante la CNSF:

1.- Las notas técnicas de sus coberturas, planes y primas netas de riesgo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 36-A de la LGISMS.

La CNSF hará del conocimiento esta información a la SSA, con el fin de que le sirva de evaluación para los dictámenes que ésta debe emitir.

2.- Los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de los servicios de salud.

Registro de Documentación Contractual.

Las ISES deberán registrar ante la CNSF los contratos mediante los cuales se formalicen las operaciones de seguros que ofrezca al público en general y en los

que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación del seguro de salud, así como las cláusulas que pueden ser endosadas a dichos contratos según lo establecido en el artículo 36-B de la LGISMS, junto con lo anterior deberán presentar el folleto explicativo para los asegurados.

Al momento de realizar el contrato, las ISES deberán hacer entrega de un folleto explicativo junto con la póliza al contratante. Dicho folleto deberá contar con los siguientes elementos:

- 1.- El plan de seguros.
- 2.- Los planes en que el asegurado pueda elegir médicos distintos a los de la red
- 3.- Forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados.
- 4.- Características relevantes de la póliza, tales como coberturas, limitaciones, exclusiones, períodos de espera, prescripciones, entre otros.
- 5.- Suplemento que contenga todas las clínicas y hospitales empleados por las ISES para la atención de sus asegurados.
- 6.- Descripción de la política y mecanismos internos de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados.
- 7.- Nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado.
- 8.- Otros prestadores de servicio que pueden ser utilizados por el asegurado.

Los folletos explicativos contienen información valiosa como lo es la flexibilidad del seguro de salud al poder elegir distintos médicos a los de la red, la variedad de instalaciones y del servicio médico, unidades y mecanismos para brindar un mejor servicio tanto de salud, como de administración y de información, además de tener la información habitual de un plan de seguros.

Al igual que en las bases técnicas la CNSF hará del conocimiento de la SSA la información de la documentación contractual con el fin de que le sirva de evaluación para los dictámenes que ésta debe emitir.

Reaseguro

Las actividades de reaseguro que realicen las ISES, se harán de conformidad a lo establecido en la LGISMS.

Las instituciones de seguros deben diversificar las responsabilidades que asuman al realizar las operaciones de seguro y de reaseguro. La SHCP determinará los porcentajes de la suma del capital mínimo y de garantía y reserva de previsión de las instituciones en un solo riesgo.

Dichos límites se fijan en cada operación o ramo, los límites de retención de las instituciones en un solo riesgo. Dichos límites se fijarán tomando en cuenta el volumen de sus operaciones, el monto de sus recursos y el de las sumas en riesgo.

Los excedentes que tengan las instituciones sobre sus límites de retención en un solo riesgo asegurado, podrán distribuirlos mediante la participación de coaseguro o bien, cederlos a instituciones de reaseguro.

La operación de reaseguro se hace para poder alcanzar los objetivos siguientes:

- 1.- La seguridad de las operaciones.
- 2.- La diversificación técnica de los riesgos que asuman las instituciones.
- 3.- El aprovechamiento de la capacidad de retención del sistema asegurador.
- 4.- El desarrollo de políticas adecuadas, para la cesión y aceptación de reaseguro interno y externo.
- 5.- La conveniencia de disipar los riesgos que por su naturaleza catastrófica puedan provocar una inadecuada acumulación de responsabilidades y atentar la estabilidad del sistema asegurador.

Capital Mínimo de Garantía

Las ISES deberán determinar, mantener e invertir el capital mínimo de garantía de acuerdo a lo previsto por los artículos 60 y 61 de la LGISMS.

Las ISES deberán presentar, informar y comprobar a la CNSF, el cálculo y cobertura de su capital mínimo de garantía así como su margen de solvencia. En caso de que exista un faltante en el capital mínimo de garantía deberá estar constituido por un monto no menor, a la cantidad mayor que resulte de la suma de las cantidades que se obtengan de aplicar los porcentajes que señala la CNSF.

- 1.- Al importe de las reservas de riesgos en curso, para cada operación, deduciendo a su resultado el monto de la reserva de previsión.
- 2.- A cada uno de los grupos de responsabilidades que puedan asumir las instituciones al celebrar las operaciones para las que estén concesionadas,

tomando en cuenta el grado de riesgo que para las instituciones representen dichas operaciones.

3.- A cada uno de los grupos de activo resultantes de las clasificaciones por seguridad y liquidez.

El capital mínimo de garantía se constituye para alcanzar cualquiera de los siguientes objetivos:

- a) El adecuado apoyo de los recursos patrimoniales y de previsión, en relación a las responsabilidades que asuman por las operaciones que efectúen las instituciones con el público, así como a los distintos riesgos a que están expuestos.
- b) El desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos en la contratación de seguros, así como la cesión y aceptación de reaseguro interno y externo
- c) El adecuado apoyo de recursos patrimoniales, en relación a los riesgos financieros que asuman las instituciones, al invertir los recursos que mantengan con motivo de sus operaciones.

Finalmente se mencionará que el capital mínimo de garantía se constituye para que la institución de seguros tenga una situación financiera adecuada que no ponga en peligro el cumplimiento de las obligaciones a cargo de ésta.

Es por ello que bajo ninguna circunstancia puede presentarse un faltante en el mismo, sin embargo la CNSF puede otorgar un plazo no mayor a seis meses para la reconstitución del capital mínimo y de garantía siempre que la institución de seguros proponga un plan para reponerlo y se apegue a él.

Se puede comprobar que a pesar de lo estricta que es la LGISMS con respecto al capital mínimo y de garantía, también ofrece algo de flexibilidad, para que las instituciones de seguros puedan continuar ejerciendo los seguros por algún tiempo y poder recuperar su estabilidad, sin poner en riesgo el que vayan a faltar en sus obligaciones.

Inversión de las Reservas Técnicas.

Las ISES deberán invertir sus reservas técnicas de acuerdo a lo establecido en la LGISMS; la cual dice que la SHCP determinará las clasificaciones y porcentajes en los cuales las reservas técnicas deberán ser invertidas, señalando plazos para ajustar las inversiones, en caso de presentarse modificaciones a dichas clasificaciones y porcentajes.

Lo anterior se hace con el objeto de que los recursos de las instituciones de seguros mantengan condiciones adecuadas de seguridad y con la liquidez apropiada.

Deberán contar con un comité de inversiones, el cual será responsable de seleccionar los valores que serán adquiridos por la institución.

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

El comité de inversiones deberá sesionar una vez al mes, para cerciorarse de que los valores relacionados con las coberturas de sus reservas técnicas tengan niveles adecuados.

El comité de inversiones deberá dejar constancia de la metodología aplicada para evaluar el riesgo.

El presidente del comité de inversiones deberá informar al director general de las ISES de las decisiones tomadas por el comité, a fin de que las mismas se apliquen oportunamente.

Es importante tener un comité de inversiones competente, ya que las instituciones de seguros manejan sumas de dinero muy elevadas, por las cuales adquieren grandes responsabilidades, y de invertir inadecuadamente estas sumas de dinero, podría llevarlas a la quiebra. Y en el caso de las ISES, podría crear problemas de insolvencia por parte de las mismas para con los prestadores de servicio, lo cual a su vez, repercutiría en la inadecuada atención en la salud.

Calificación de Valores

Las ISES sólo podrán adquirir valores calificados por instituciones calificadoras de valores autorizadas que den a conocer a la CNSF los criterios de calificación que empleen al realizar la calificación respectiva.

Cuando la CNSF considere que la calificación otorgada a ciertos valores que integran las inversiones de la ISES, representan un incremento en los riesgos de las inversiones de la ISES afectada, podrá ordenar su sustitución por otras inversiones, salvo que la propia emisora del valor solicite a otra institución calificadora de valores la valuación y calificación respectiva.

El sector de seguros siempre se ha caracterizado por ser solvente y confiable, y en las normas anteriores se puede observar que la CNSF como institución reguladora

no permite que se ponga en riesgo el bienestar de los asegurados, con una inversión riesgosa por parte de las ISES.

Contabilidad

Las ISES deberán llevar su contabilidad de acuerdo a lo dispuesto por la LGISMS, por las reglas de operación y por las disposiciones administrativas que al efecto emita la CNSF.

La LGISMS establece bases para la estimación de los activos de las instituciones de seguros, tales como créditos y documentos mercantiles, bonos, acciones, bienes o mercancías, etc, señala que los libros y documentos de las instituciones de seguros deberán estar disponibles para efectos de inspección que hiciera la CNSF y dice que las instituciones de seguros deberán publicar sus estados financieros anuales en el Diario Oficial de la Federación.

Se puede observar que en el sector de seguros se tiene un estricto control sobre la contabilidad, lo anterior se hace con objeto de que la CNSF dé su aprobación sobre los estados financieros antes de que se vaya a hacer una mala administración del dinero, considerando utilidades que en realidad no existen, lo cual podría provocar una falta de solvencia por parte de las instituciones de seguros.

Sistemas Estadísticos

Las ISES deberán contar con una base de datos estadísticos y presentar ante la CNSF la información estadística necesaria para la elaboración de las bases estadísticas y actuariales que sustenten las primas de riesgos del ramo de salud, la realización de estudios e investigaciones en materia de salud, así como para el desarrollo del propio sector, la evaluación de aspectos médicos, así como para el análisis de su evolución.

Cuando la información estadística se origine en la prestación de los servicios y esta se realice a través de contratos celebrados con terceros la ISES deberá establecer en estos la obligación de los prestadores de procesar la información estadística que permita dar cumplimiento a las ISES con lo previsto a los sistemas estadísticos.

La base de datos estadístico que concentre la información estará a cargo de la CNSF, quien se encargara de recibir, administrar y procesar la información que proporcionen las ISES.

La CNSF y la SSA darán a conocer información e indicadores relativos a la operación del ramo de salud que orienten al público y contribuyan a la sana competencia y transparencia del sistema.

Las bases de datos estadísticas y actuariales son un factor fundamental en el seguro de salud, ya que sin éstas no se podrían obtener las tarifas que los usuarios deben pagar para obtener los beneficios de dicho seguro.

Operación Comercialización de los Seguros de Salud

Las ISES estarán obligadas a suscribir contratos de seguros, de acuerdo a lo que establecen la LGISMS y la Ley Sobre el Contrato del Seguro, las reglas de operación y las disposiciones administrativas que al efecto emita la CNSF.

En la elaboración de sus planes de seguros, las ISES procurarán incorporar criterios de acciones de fomento, previsión, terapéuticas y de rehabilitación, para las coberturas ofrecidas en los planes. Ya que, como se debe recordar el objetivo del seguro de salud es el de prevenir y restaurar la salud, y las acciones anteriores son necesarias para ello.

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

Dicho de otra manera las ISES no deben de otorgar servicios lejos de sus instalaciones, lo anterior se hace con la finalidad de que las mismas ISES puedan estar al pendiente de que en su red de servicio se cumplan con las normas necesarias para poder seguir ejerciendo el seguro de salud.

Las ISES deberán incluir en sus contratos una cláusula que las obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de urgencia médica, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. La cual es una medida justa, ya que el asegurado no estaría recibiendo un servicio por el cual ya había pagado.

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

Las ISES deberán informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que suceda de los cambios en la red de infraestructura hospitalaria. Lo anterior nos habla una vez más del servicio oportuno que las ISES pretenden dar.

Las ISES deberán ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que

resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

Es importante que exista este tipo de flexibilidad por parte del seguro de salud, ya que muchos pacientes consultan médicos que ya conocen, en los cuales tienen confianza y que no estarían dispuestos a cambiar. A pesar de que se les ofreciera un plan de salud más atractivo del que ya tienen.

Las ISES deberán establecer en sus pólizas si existe o no la renovación obligatoria y especificar la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria, las ISES deberán utilizar criterios establecidos en la nota técnica correspondiente con el objeto de evitar posibles discriminaciones.

Las ISES estarán obligadas a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse la curación o alta médica del padecimiento de que se trate, al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o al concluir el término que se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

A pesar de tener por objeto la restauración y prevención de la salud, el seguro de salud no deja de ser un seguro, y es por ello que se deben establecer límites en cuanto a dinero y tiempo, al igual que en el resto de los planes de seguros.

En los contratos de seguro de salud, se considerará que un padecimiento es preexistente cuando el evento que lo define como tal haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivamente sin ser interrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado.

Como ya se había mencionado, este tipo de seguro permite asegurar eventos que no sean inesperados, es decir, eventos preexistentes y es esta característica especial la que diferencia al seguro de salud del resto.

La propaganda o publicidad de las ISES deberá ser expresada en forma clara y precisa, con el fin de que no se induzca al público a engaño, error o confusión sobre la prestación de los servicios de las ISES.

La CNSF podrá ordenar la modificación o suspensión de la propaganda o publicidad cuando considere que no se sujeta en la LGISMS y a las reglas de operación.

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las ISES deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Sanciones

Las infracciones a lo previsto en las reglas de operación, se sancionarán en los términos de las disposiciones aplicables de la LGISMS; eEn la cual se especifica los motivos por los cuales se sanciona y las multas respectivas.

I. Descripción de Coberturas Manejadas en IMSS

1. Consulta con un médico general

Es la atención proporcionada por cualquier médico de las clínicas, a través de la cual se pretende detectar oportunamente cualquier alteración de la salud, solucionar cualquier malestar y, en caso de ser necesario, direccionar al especialista adecuado.

El médico general podrá direccionar al Asegurado a los servicios que considere necesarios, otorgándole el formato correspondiente, con el cual podrá acceder a dichos servicios.

Quedan incluidos en esta cobertura:

1.1 Honorarios

Es el pago que corresponde al médico general por concepto de la consulta otorgada y por todos los procedimientos que realice dentro de su consultorio.

1.2 Apoyos de diagnóstico

Son los estudios de laboratorio y/o gabinete prescritos al Asegurado por el médico tratante de la Clínica, que sirven como apoyo para la determinación del diagnóstico.

El Asegurado tendrá derecho únicamente a la realización de los estudios y/o análisis prescritos y programados por el médico tratante de la clínica, contra presentación de la credencial vigente de Asegurado.

Estos servicios pueden ser otorgados dentro de las clínicas. En caso de que estos servicios no se encuentren disponibles, se podrán realizar únicamente con proveedores que pertenezcan a la Red Médica.

1.3 Medicamentos

Son los medicamentos que indique el médico de la Clínica para el tratamiento del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho únicamente a los medicamentos indicados por el médico tratante de la Clínica, contra presentación de la credencial vigente de Asegurado.

Este servicio se otorga a través de la farmacia ubicada dentro de las Clínicas. En caso de que los medicamentos no se encuentren disponibles, se podrán surtir únicamente en las farmacias que pertenezcan a la Red Médica.

2. Consulta de especialidad

Es la visita por parte del Asegurado a un médico especializado, para el tratamiento de padecimientos cuya naturaleza requiera de la atención más específica.

El Asegurado necesariamente deberá ser referido a una Consulta de Especialidad, por medio del formato correspondiente otorgado por el médico general.

El médico especialista podrá direccionar al Asegurado a los servicios que considere necesarios, otorgándole el formato correspondiente, con el cual podrá acceder a dichos servicios.

Quedan incluidos en esta cobertura:

2.1 Honorarios

Es el pago que corresponde al médico especializado por concepto de la consulta otorgada y por todos los procedimientos que realice dentro de su consultorio.

2.2 Apoyos de diagnóstico

Son los estudios de laboratorio y/o gabinete prescritos al Asegurado por el médico especialista tratante, que sirven como apoyo para la determinación del diagnóstico.

El Asegurado tendrá derecho únicamente a la realización de los estudios y/o análisis prescritos y programados por el médico tratante de la Red Médica Integral, contra presentación de la credencial vigente de Asegurado y entrega del formato correspondiente para este servicio, el cual deberá ser expedido por el médico tratante.

Estos servicios se pueden otorgar dentro de la clínica Médica Integral. En caso de que estos servicios no se encuentren disponibles, se podrán realizar únicamente con proveedores que pertenezcan a la Red Médica.

2.3 Medicamentos

Son los medicamentos que indique el médico especialista para el tratamiento del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho únicamente a los medicamentos indicados por el médico tratante, contra presentación de la credencial vigente de Asegurado y entrega del formato correspondiente para este servicio, el cual deberá ser expedido por el médico especialista.

Este servicio se puede otorgar a través de la farmacia ubicada dentro de la Clínica. En caso de que los medicamentos no se encuentren disponibles, se podrán surtir únicamente en las farmacias que pertenezcan a la Red Médica.

3. Atención Dental

Es la atención proporcionada por cualquier cirujano dentista de la clínica, a través de la cual se pretende brindar el diagnóstico y tratamiento preventivo y/o curativo de los problemas dentales que el Asegurado presente.

Quedan incluidos en esta cobertura:

3.1 Honorarios

Es el pago que corresponde al cirujano dentista por concepto de la consulta otorgada y por los procedimientos cubiertos que realice dentro de su consultorio.

3.2 Procedimientos

- Profilaxis y programa preventivo
- Aplicación de flúor para menores hasta 12 años de edad
- Selladores de fosetas y fisuras
- Obturaciones con resinas fotopolimerizables y/o amalgamas
- Extracciones de piezas temporales y permanentes (no quirúrgicas)
- Pulpotomías
- Endodoncias
- Parodoncias

Cualquier procedimiento no enunciado anteriormente, **se encuentra excluido**. En caso de que al Asegurado se le realizara cualquier procedimiento no cubierto en las clínicas.

4. Hospitalización

El Asegurado tiene derecho a hacer uso de esta cobertura cuando a juicio del médico general o especialista de las clínicas, así lo amerite. Todas las hospitalizaciones deberán ser previamente autorizadas.

Alcance de la cobertura

Quedan incluidos en esta cobertura los siguientes conceptos, siempre y cuando se generen durante la hospitalización:

4.1 Honorarios

Es el pago que corresponde al médico tratante por concepto de la atención médica - quirúrgica y por los procedimientos cubiertos que realice dentro del hospital.

También están incluidos los honorarios por los servicios de enfermería, ayudantía y anestesia que a juicio del médico tratante, sean necesarios durante la hospitalización.

4.2 Gastos Generados indicados por el médico tratante y previamente autorizados, por concepto de:

- Derecho a quirófano, sala de terapia y sala de recuperación.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Medicamentos.
- Estancia en cuarto estándar.
- Alimentación del Asegurado durante la estancia.
- Otros apoyos necesarios que señale el médico tratante.

5. Urgencia Médica

Los servicios correspondientes a la atención en caso de urgencia médica serán otorgados en hospitales de la Red Médica.

Quedan incluidos en esta cobertura:

5.1 Honorarios

Es el pago que corresponde al médico tratante asignado por la Compañía o por el hospital perteneciente a la Red Médica, por concepto de la atención de la urgencia.

5.2 Gastos Generados por la atención de la urgencia

Son los gastos necesarios para la atención de la urgencia, a juicio del médico tratante de la Clínica o de la Red Médica, previamente autorizados.

La Urgencia y los efectos de esta cobertura se terminan cuando se estabiliza y se controla la condición patológica del Asegurado al expedirse el alta del servicio de urgencia por el médico tratante.

En caso de que la urgencia derive en una hospitalización se aplicarán las condiciones de dicha cobertura.

Cualquier consulta y/o tratamiento posterior al expedirse el alta hospitalaria del Asegurado, no formará parte de este beneficio y el Asegurado deberá ser atendido por médicos de la Clínica o de la Red Médica.

6. Maternidad

Mediante esta cobertura, se proporcionará toda la asistencia obstétrica que se requiera, así como atención al recién nacido mientras éste no haya egresado del hospital. Esta atención deberá ser referida y atendida por el ginecólogo de la Clínica y se otorgará en hospitales de la Red Médica.

Quedan incluidos en esta cobertura los siguientes conceptos, siempre y cuando se generen durante la hospitalización:

6.1 Honorarios

Es el pago que corresponde al médico tratante de la Clínica o de la Red Médica, por concepto de la atención obstétrica que se brinde en el hospital.

También están incluidos los honorarios por los servicios de enfermería, ayudantía, anestesia y pediatría que a juicio del médico tratante de la Clínica o de la Red Médica, sean necesarios durante la hospitalización.

6.2 Gastos Generados por la Asegurada, indicados por el médico tratante y previamente autorizados, por concepto de:

- Derecho a quirófano, sala de terapia y sala de recuperación.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Medicamentos.
- Estancia en cuarto estándar.
- Alimentación de la Asegurada durante el internamiento.
- Atención obstétrica.
- Otros apoyos necesarios que señale el médico tratante perteneciente a la Clínica

6.3 Gastos Generados por la atención al recién nacido, indicados por el médico tratante y previamente autorizados, por concepto de:

- Derecho a quirófano, sala de terapia y sala de recuperación.
- Servicio de cuna.
- Medicamentos.
- Leche

7. Fisioterapia

Los Asegurados tendrán derecho a esta cobertura siempre y cuando sea indicado por el médico general o especialista y se otorguen dentro de las Clínicas, si no estuvieran disponibles, se otorgarán en la Red Médica.

Quedan incluidos en esta cobertura:

7.1 Fisioterapia

Son terapias físicas con base en ejercicios, ultrasonido o terapia con calor. Estas terapias pueden ser postoperatorias o a causa de un accidente

7.2 Inhaloterapia

Son sesiones de aspiraciones de aire o vapor, especialmente con sustancias medicamentosas, aplicadas a causa de un padecimiento.

8. Otros servicios

Es la atención otorgada por las Clínicas o en su caso por proveedores de la Red Médica como apoyo para facilitar la recuperación o rehabilitación del Asegurado.

Alcance de la cobertura

Quedan incluidos en esta cobertura:

8.1 Servicio de ambulancia de traslado

Es el apoyo complementario al tratamiento médico para facilitar el traslado del Asegurado, indicado por el médico tratante, previa valoración y programación de la compañía.

8.2 Ortesis, Prótesis y Ortopedia

Se otorgarán los aparatos de ortesis, prótesis y ortopedia, previa valoración de la Compañía de acuerdo a los tipos, modelos y marcas ya establecidos por la misma.

* *Prótesis*

Se otorgarán en caso de accidentes que sean o no de trabajo o enfermedades profesionales o no. Los aparatos de prótesis se pueden suministrar cuando las limitaciones físico orgánicas impidan al Asegurado desarrollar adecuadamente sus funciones y no cuando sean requeridos con fines estéticos o cosméticos.

El Asegurado absorberá el gasto por mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso del aparato.

* *Ortesis y Ortopedia*

Se otorgará la ayuda de ortesis y ortopedia como: bastones, muletas, andaderas, camas, férulas, collarines, etc., cuando a consideración del médico tratante el Asegurado lo requiera.

Las sillas de ruedas y camas se otorgan únicamente en préstamo a los Asegurados desde el comienzo de la enfermedad y hasta un plazo de 52 semanas. Si el padecimiento lo requiere el plazo se ampliará a otras 52 semanas como máximo. Únicamente podrán otorgarse sillas de ruedas manuales (no motorizadas).

Únicamente los Asegurados en etapa de crecimiento hasta los 16 años de edad, tienen derecho a plantillas médicas.

C. Hipótesis demográficas y financieras

I. *Parámetros de Cálculo*

Dada la naturaleza del ramo de Salud, nos vemos en la necesidad de contemplar algunas consideraciones para la definición de los parámetros técnicos que dan origen al riesgo de este tipo de planes, mismas que se listan a continuación:

- Segmentación del riesgo por los diferentes tipos de servicios que se ofrecen.
- Frecuencia esperada del evento.
- Monto medio esperado de cada uno de los eventos cuando estos se realicen.

Segmentación del riesgo.- Para efecto de la presente Tesis separaremos el análisis de las variables de acuerdo a la siguiente clasificación de coberturas, las cuales se pueden agrupar estadísticamente de una forma representativa de acuerdo a sus características y origen.

- ◆ Consulta de Primer Contacto
 - ◆ Medicamentos generados por consultas de primer contacto
 - ◆ Apoyos de diagnóstico generados por consultas de primer contacto
- ◆ Consulta en RED
 - ◆ Medicamentos generados por consultas en RED
 - ◆ Apoyos de diagnóstico generados por consultas en RED
- ◆ Atención Dental
- ◆ Hospitalización
- ◆ Urgencias

- ◆ Maternidad
- ◆ Fisioterapia
- ◆ Otros servicios

Frecuencia esperada.- Por frecuencia esperada entenderemos el número de eventos esperados con relación al número de asegurados con derecho a hacer uso de esa cobertura por el período de un año. En el caso de medicamentos y apoyos de diagnóstico, se tomará el número de eventos esperados de este tipo, con relación a las consultas esperadas que los generen.

Monto medio.- Por este concepto entenderemos el costo medio esperado por cada uno de los eventos que se den en esa cobertura. En el caso de los seguros privados si se manejan copagos, pero en el seguro de salud pública no.

Una vez analizados los conceptos anteriormente mencionados, definiremos la prima de riesgo de cada una de las coberturas, como el número de eventos esperados multiplicado por el costo medio esperado por evento, quedando como se muestra a continuación:

$$PR_x = F_x \times M_{mx}$$

donde :

- PR_x = Prima de Riesgo de la cobertura x
- F_x = Frecuencia esperada de la cobertura x
- M_{mx} = Costo medio esperado para la cobertura x (descontando el copago de dicha cobertura)

II. Hipótesis Demográficas y Financieras

La metodología utilizada para el cálculo de estas hipótesis se basa principalmente en la información de la AMIS y SSA de Enero a Diciembre de 2002, por rango de edad y sexo.

a. Bases de Frecuencia

Información Estadística

- Experiencia de las bases arriba mencionadas, de Enero a Diciembre del 2002
- Número de personas vigentes por mes, por sexo y rango de edad
- Número de servicios por mes para cada beneficio, por sexo y rango de edad

Sea:

P_{xj} = Personas vigentes promedio con derecho al beneficio x, del sexo j

$$P_{xj} = \frac{\sum_{i=mes_inicial}^{mes_final} P_{xj_i}}{12}$$

En donde P_{xj_i} = número de personas vigentes en el mes i con derecho al beneficio x, del sexo j

Sxj = Número de servicios otorgados de la cobertura x, para personas del sexo j

$$Sxj = \sum_{i=\text{mes_inicial}}^{\text{mes_final}} Sxj_i$$

En donde Sxj_i = número de servicios otorgados en el mes i , correspondiente a la cobertura x , para personas del sexo j

Entonces:

FOxj = Frecuencia anual observada del beneficio x para una persona del sexo j

$$FOxj = \frac{Sxj}{Pxj}$$

Donde:

$$\begin{aligned} x &\in \{\text{Coberturas}\} \\ j &\in \{\text{Hombre, Mujer}\} \end{aligned}$$

Para el caso de Medicamentos y Apoyos de Diagnóstico, se consideró el número de medicamentos o estudios dividido entre el número de consultas que les dieron origen (ya sea de primer contacto o de especialidad):

Sea:

Uyxj = Unidades otorgadas del alcance y de la cobertura x, a personas del sexo j

$$Uyxj = \sum_{i=\text{mes_inicial}}^{\text{mes_final}} Uyxj_i$$

En donde $Uyxj_i$ = número de unidades otorgadas del alcance y de la cobertura x , otorgadas en el mes i a personas del sexo j .

Entonces:

FOyxj = Frecuencia anual observada del alcance y del beneficio x para una persona del sexo j

$$FO_{yxjh} = \frac{U_{yxjh}}{S_{xjh}}$$

Donde:

y ∈ {Medicamentos, Apoyos de diagnóstico}

x ∈ {Consultas}

j ∈ { Hombre, Mujer}

b. Bases de Montos Medios

Para el cálculo de estas hipótesis utilizamos diferentes criterios, según las características de cada cobertura.

- **Atención Hospitalaria.**

Nuevamente para el cálculo de estas hipótesis nos basamos en la información de AMIS y SSA.

Para construir el monto total de servicios pagados, se consideran los gastos erogados por conceptos de honorarios, hospitalización, medicamentos, laboratorio, gastos en clínica, etc.

Sea:

R_{xj} = Número de servicios pagados en red para el beneficio x, para personas del sexo j.

$$R_{xj} = \sum_{i= Enero00}^{Diciembre00} R_{xjh_i}$$

Donde:

R_{xj}= Número de servicios en Red pagados en el mes i, para el beneficio x, para personas del sexo j.

N_{xj} = Monto de servicios pagados en red para el beneficio x, para personas del sexo j.

$$N_{xj} = \sum_{i=mcs_inicial}^{mcs_final} N_{xj_i}$$

Donde:

N_{xj}= Monto de servicios en Red pagados en el mes i, para el beneficio x, para personas del sexo j.

Entonces:

M_{xj} = Monto medio por evento del beneficio x para una persona del sexo j

$$M_{xj} = \frac{N_{xj}}{R_{xj}}$$

Donde:

x \in {Hospitalización, Maternidad, Urgencias}

j \in { Hombre, Mujer}

• **Medicamentos y apoyos de diagnóstico**

Para el caso de Medicamentos y Apoyos de Diagnóstico, se consideró el monto total pagado por este concepto dividido entre el número de medicamentos o estudios realizados, contemplando si fueron generados por consultas de primer contacto o de especialidad.

Sea:

N_{yxj} = Monto pagado del alcance y de la cobertura x, correspondiente a personas del sexo j.

$$N_{yxj} = \sum_{i=mex_inicial}^{mes_final} N_{yxj_i}$$

Donde:

N_{yxj_i} = Monto total pagado del alcance y de la cobertura x, otorgadas en el mes i a personas del sexo j.

Entonces:

M_{yxj} = Monto medio observado del alcance y del beneficio x para una persona del sexo j

$$M_{yxj} = \frac{N_{yxj}}{U_{yxj}}$$

Donde:

y \in {Medicamentos, Apoyos de Diagnóstico}

x \in {Consulta de primer contacto, consulta de RED}

j \in { Hombre, Mujer}

c. Inflación

Con base en la información publicada por AMIS, se obtuvieron los datos de la inflación presentada durante los últimos años, encontrando las siguientes divisiones:

Año	Inflación General	Servicios de Salud
1990	29.93%	36.57%
1991	18.79%	21.23%
1992	11.94%	23.53%
1993	8.01%	11.40%
1994	7.05%	11.72%
1995	51.97%	49.57%
1996	27.70%	21.76%
1997	15.72%	18.81%
1998	18.61%	19.99%
1999	12.32%	18.02%
2000	8.96%	10.86%

La inflación de los servicios de salud esta dividida en:

<i>Año</i>	<i>Medicamentos</i>	<i>Servicios Médicos</i>	<i>Consultas Médicas</i>	<i>Intervención Quirúrgica</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Análisis Clínicos</i>
<i>1990</i>	<i>14.08%</i>	<i>22.01%</i>	<i>21.81%</i>	<i>24.93%</i>	<i>37.45%</i>	<i>27.18%</i>
<i>1991</i>	<i>18.66%</i>	<i>25.04%</i>	<i>27.51%</i>	<i>18.54%</i>	<i>19.66%</i>	<i>25.58%</i>
<i>1992</i>	<i>18.43%</i>	<i>8.98%</i>	<i>13.67%</i>	<i>16.01%</i>	<i>29.56%</i>	<i>38.35%</i>
<i>1993</i>	<i>20.05%</i>	<i>9.92%</i>	<i>13.04%</i>	<i>10.20%</i>	<i>11.79%</i>	<i>14.97%</i>
<i>1994</i>	<i>17.58%</i>	<i>41.99%</i>	<i>39.00%</i>	<i>36.54%</i>	<i>7.50%</i>	<i>13.05%</i>
<i>1995</i>	<i>72.42%</i>	<i>41.99%</i>	<i>39.00%</i>	<i>36.54%</i>	<i>43.63%</i>	<i>38.07%</i>
<i>1996</i>	<i>35.75%</i>	<i>16.53%</i>	<i>14.34%</i>	<i>15.50%</i>	<i>22.05%</i>	<i>16.50%</i>
<i>1997</i>	<i>25.88%</i>	<i>15.78%</i>	<i>12.11%</i>	<i>21.70%</i>	<i>17.70%</i>	<i>16.60%</i>
<i>1998</i>	<i>26.27%</i>	<i>16.87%</i>	<i>17.73%</i>	<i>19.32%</i>	<i>14.51%</i>	<i>17.87%</i>
<i>1999</i>	<i>22.06%</i>	<i>16.14%</i>	<i>18.50%</i>	<i>16.14%</i>	<i>12.53%</i>	<i>16.12%</i>
<i>2000</i>	<i>10.43%</i>	<i>11.02%</i>	<i>8.86%</i>	<i>10.44%</i>	<i>12.22%</i>	<i>14.66%</i>

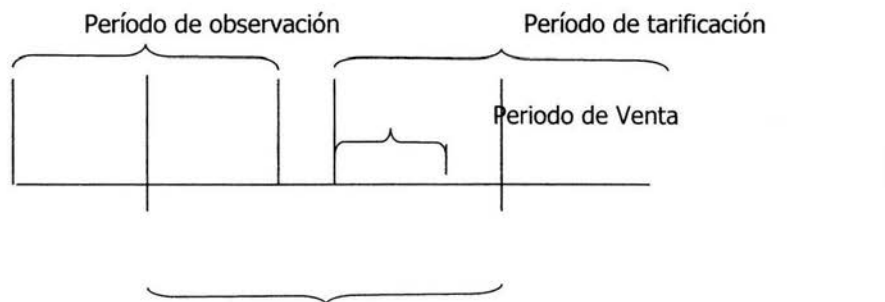
En donde la inflación correspondiente a medicamentos, servicios médicos, consultas médicas, intervención quirúrgica, hospitalización y análisis clínicos componen la inflación de los Servicios de Salud.

Del cuadro anterior podemos observar diferencias importantes en el comportamiento de la inflación general, la inflación de los Servicios de Salud e incluso de la inflación de cada uno de los rubros correspondientes a los Servicios de Salud, por lo que se tomarán estas divisiones para la construcción de la hipótesis de inflación a considerar en cada una de las coberturas que analizaremos.

Para obtener el factor inflacionario para el ajuste en montos medios, tendremos en cuenta las siguientes consideraciones:

Entrada en vigor de la nueva tarifa:	Inicio de venta del plan
Vigencia de la tarifa:	6 meses
Vigencia de los planes:	Un año

De lo anterior, tenemos:



Período de Actualización

Por lo tanto, se debe realizar una actualización de precios tal que permita considerar en la tarifa, tanto el período de observación, como la vigencia de la tarifa y de los planes que analizaremos. Para tal efecto, tomaremos en cuenta el lapso entre el punto medio del período de estudio y el punto medio del período de vigor de los nuevos precios.

Para realizar tal actualización, tomaremos el índice nacional de precios al consumidor clasificado por bienes y servicios relacionados a salud, publicados por AMIS en su estudio "Estimación de los Niveles de Precios en los Servicios de Salud en 2002". Como ya mencionamos, este índice se encuentra disponible para los siguientes rubros:

- a) Medicamentos
- b) Servicios Médicos
 - i) Consulta médica
 - ii) Intervención quirúrgica
 - iii) Hospitalización
 - iv) Análisis Clínicos

- **Medicamentos:**

INPC Medicamentos Real observado del 01/07/2000 al 31/01/01: %	6.3121
INPC Medicamentos Estimado del 01/02/01 al 31/12/01: %	11.8614

Factor de actualización: $(1.063121) * (1.118614) = 1.189222$

- **Servicios Médicos:**

INPC Servicios Médicos Real observado del 01/07/2000 al 31/01/01: 4.8668 %	
INPC Servicios Médicos Estimado del 01/02/01 al 31/12/01: %	10.4114

Factor de actualización: $(1.048668) * (1.104114) = 1.157849$

- **Consultas Médicas:**

INPC Consultas médicas Real observado del 01/07/2000 al 31/01/01: 3.7948 %	
INPC Consultas médicas Estimado del 01/02/01 al 31/12/01: 8.9896 %	

Factor de actualización: $(1.037948) * (1.089896) = 1.131255$

- **Intervención Quirúrgica:**

INPC Intervención Quirúrgica Real observado del 01/07/2000 al 31/01/01: 3.6475 %	
INPC Intervención Quirúrgica Estimado del 01/02/01 al 31/12/01:	9.0700 %

Factor de actualización: $(1.036475) * (1.0907) = 1.1304833$

- **Hospitalización:**

INPC Hospitalización Real observado del 01/07/2000 al 31/01/01: 5.3877 %
INPC Hospitalización Estimado del 01/02/01 al 31/12/01: 8.5097 %

Factor de actualización: $(1.053877) * (1.085097) = 1.1435588$

- **Análisis Clínicos:**

INPC Análisis Clínicos Real observado del 01/07/2000 al 31/01/01: 7.5817 %
INPC Análisis Clínicos Estimado del 01/02/01 al 31/12/01:
10.4149%

Factor de actualización: $(1.075817) * (1.104149) = 1.1878623$

El detalle de la información utilizada se encuentra en el anexo III.

Una vez formuladas las hipótesis de frecuencia y monto medio a utilizar para la determinación de la prima de riesgo, analizaremos dos factores más que afectan el comportamiento de las mismas: el copago y el tipo de red.

d. Copagos

Definimos como copago la participación económica a cargo del asegurado en el costo de los servicios que utiliza. Los copagos pueden expresarse como una cantidad fija por evento o por día, o bien, como un porcentaje del costo total del servicio.

Para este análisis supondremos dos esquemas; uno el cual no tiene copagos y el otro es aquel que supondremos el manejo de copagos para aumentar la participación del asegurado y disminuir la prima

Copagos supuestos:

Cobertura	Copago (IVA incluido)	Copagos de Apoyo de Diagnostico	Copago Medicamentos
Consulta de primer contacto	\$100 por evento	40%	
Consulta de Red	\$100 por evento	40%	
Atención Dental	\$100 por evento		
Fisioterapia e Inhaloterapia	\$100 por evento		
Hospitalización	\$2,000 por día		
Urgencia	\$2,000 por día		
Maternidad	\$8,000		
Ambulancia de traslado Prótesis, Ortesis y Ortopedia	\$700 por evento 30%		

e. Factor de Ajuste por Copago

Una vez establecidos los copagos a utilizar, analizaremos la distribución que guardan los eventos a fin de establecer el impacto de dichos copagos en el monto medio. Esto lo haremos con los datos de la muestra establecida para las hipótesis de frecuencias y montos medios, bajo el siguiente esquema:

$$C_{zx} = \begin{cases} \frac{\sum_{N_{xz}} N_x - \sum_{N_{xz}} R_{xz} \times z}{\sum N_x} & \text{Si } x \in \{\text{Hospitalización, Maternidad y Urgencias}\} \\ 1 & \text{Si } x \notin \{\text{Hospitalización, Maternidad y Urgencias}\} \end{cases}$$

donde:

C_{zx} = Factor de aplicar el copago z al evento del beneficio x

z = Copago a aplicar en el beneficio x de acuerdo al plan

N_x = Monto de servicios pagados, para el beneficio x

R_{xz} = Número de servicios pagados para el beneficio x

$\square N_x$ = Monto Total de servicios pagados para el beneficio x

$x \in \{\text{Consulta de primer contacto, Consulta de RED, Fisioterapia, Atención Dental, Hospitalización, Maternidad, Urgencias, Otros servicios}\}$

f. Factor de Ajuste de Montos Medios por Tipo de Red

Por último y de acuerdo a la experiencia que se tiene por tipo de red se ajustará el monto medio utilizado, según el comportamiento de los tabuladores médicos o precios negociados con los proveedores de la Red Médica.

Factores de ajuste por tipo de Red:

Plan (P):	FR _{xp}
Planes A	1.00
Planes AA	1.50
Planes AAA	2.00

Donde:

$x \in \{\text{Consulta de RED, Hospitalización, Urgencias y Maternidad}\}$

Asimismo, $FR_{xp} = 1$ para $x \notin \{\text{Consulta de RED, Hospitalización, Urgencias y Maternidad}\}$

D. Procedimientos Técnicos

I. Cálculo de la Prima de Riesgo

Una vez definidas todas las variables que utilizaremos, procederemos a realizar el cálculo de la Prima de Riesgo para cada una de las coberturas, bajo el siguiente esquema:

Sea:

- F_{xjk} Frecuencia anual esperada de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k
- F_{yxjk} Frecuencia anual esperada del alcance y de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k
- M_{xjk} Monto medio esperado de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k
- M_{yxjk} Monto medio esperado del alcance y de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k
- CF_x Copago fijo por evento de la cobertura x (igual a 0 para x = hospitalización, urgencia y maternidad; sin incluir IVA)
- CV_x Copago variable (%) por evento de la cobertura x
- CV_{yx} Copago variable (%) del alcance y de la cobertura x
- CF_{yx} Copago fijo por evento del alcance y de la cobertura x (sin incluir IVA)
- FR_{xp} Factor de ajuste por tipo de red, según el plan p y la cobertura x
- C_{zx} Factor de ajuste por copago
- PRM_{xjk} Prima de riesgo mensual de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k

Entonces:

$$PRM_{jk} = \text{Max} \left\{ \frac{F_{yjt}}{12} \times [M_{yjt} \times FR_{yp} \times C_{zx} \times (1 - CV_x) - CF_x] + \sum_x \left[\frac{F_{yjt} \times F_{yxjt}}{12} \times M_{yxjt} \times (1 - CV_{yx}) - CF_{yx} \right], 0 \right\}$$

Obteniendo la Prima de Riesgo Mensual del plan, de la siguiente manera:

$$PRM_{jk} = \sum_x PRM_{xjk}$$

II. ***Hipótesis de Gastos y Margen de Utilidad***

a. Gasto de Administración

Son aquellos que incluyen todos aquellos que ocasionan la conservación, resolución de incidencias y vigilancia de la cartera de pólizas de la compañía. Estos gastos se producen tanto en las oficinas centrales del asegurador como en sus oficinas periféricas o sucursales. Habitualmente se incluyen entre ellos los sueldos del personal, incluidas las cargas sociales, los gastos por servicios profesionales demandados del exterior, los gastos en informática para dar apoyo a la administración

b. Gasto de Adquisición

En estos gastos están incluidos:

Gastos directos de producción o comisiones.

Son todos aquellos gastos necesarios para la adquisición de un nuevo negocio y la conservación comercial de la cartera. Tradicionalmente los seguros de salud privada en México son vendidos por una red comercial propia, comunmente conocida como agentes de seguros o a través de brokers remunerados mediante comisiones.

Gastos indirectos de producción

En ellos se encuentra la publicidad en medios de comunicación (prensa, radio, televisión), en folletos, la comercialización en puntos de venta, el marketing telefónico, etc; y otros gastos de apoyo a la red comercial, como la formación en el producto, campañas de ventas, seminarios, convenciones o viajes incentivos.

Gastos de emisión de póliza.

Comprende tanto los gastos propios de impresión de la solicitud y del contrato, como los gastos clínicos y médicos que generan las pruebas de admisión sobre el estado de salud actual.

Gastos de cobro.

Incluye los gastos de emisión de los diferentes recibos y su cobro bancario.

c. Margen de Utilidad

De acuerdo a las metas particulares de la Compañía que de acuerdo a los requerimientos de capital y rentabilidad solicitada por los accionistas de la empresa en su plan de negocio, se determina un margen de utilidad.

d. Asignación de Gastos

Algunos de los gastos enunciados están directamente vinculados con cada póliza, especialmente los gastos directos de producción, los gastos de cobro y los gastos de emisión. Otros gastos, sin embargo, se identifican contablemente por el asegurador con carácter global para todo el ramo de salud. Así ocurre con los gastos de administración y con los gastos indirectos

De producción. En estos casos el asegurador debe asignar a cada póliza aquella porción de dichos gastos que, sumada a las proporciones asignadas a las demás pólizas, le permita sufragar tales costos.

Esta asignación en un caso práctico es enormemente complejo, y siempre subjetivo, pues depende entre otras cosas de la estimación de ventas que la aseguradora espere de cada producto. Por ello en la práctica la asignación de todos los gastos suele realizarse con algunos de los siguientes métodos o por una combinación de ellos:

1.- Expresando los gastos incurribles sobre la póliza como un porcentaje de cada una de las primas comerciales o de la primera prima.

2.- Expresándolos como un tanto por mil del capital asegurado mientras dure el seguro. Tal deberá ser la opción escogida si, como ocurre con los gastos de administración, el costo para la empresa se mantiene más allá de la finalización del pago de primas.

3.- Expresarlos como una cantidad fija.

En la elección de un método u otro intervienen habitualmente la experiencia estadística sobre el gasto analizado, algo de lo que sólo se dispone después de una existencia del asegurador en el mercado y una dosis de juicio propio del actuario.

Por estas razones es difícil fijar normas precisas para su determinación y habitualmente se opta por la asignación como recargo sobre las primas comerciales. Incluso los gastos de emisión de la póliza, que son una cantidad inicial fija, suelen expresarse como un porcentaje sobre la prima. En este caso la decisión es también práctica, ya que se trata de elaborar tarifas de primas sencillas para su uso rápido por los agentes, para evitar que estos después de calcular la prima, deban adicionar gastos fijos por póliza dada su composición y esto nos puede llevar a diferentes riesgos como el olvido, errores de cálculo y explicaciones innecesarias a los clientes en el momento de la venta.

En cualquier caso, una correcta asignación de los gastos sobre las pólizas es una herramienta imprescindible para el control de la actividad aseguradora, que suele manifestarse en una fijación de los recargos que no desentone de las primas

comerciales utilizadas por la competencia, sin que llegue a ser tan inexistentes que degeneren en primas insuficientes.

III. *Cálculo de la Prima de Tarifa*

Una vez obtenidas las Primas de Riesgo por edad y sexo, se calculará la prima de tarifa por sexo y rango de edad, bajo el siguiente algoritmo de cálculo.

Sea:

PT_{jk} = Prima de Tarifa del producto para personas del sexo j y rango de edad k

PR_{jk} = Prima de Riesgo del producto para personas del sexo j y rango de edad k

GadqF = Gasto de adquisición fijo de cada producto.

GadqV = Gasto de adquisición variable, el cual estará expresado como un porcentaje sobre la Prima de Tarifa.

GadmF = Gasto de administración fijo de cada producto.

GadmV = Gasto de administración variable, el cual estará expresado como un porcentaje sobre la Prima de Tarifa.

Margen = Margen de utilidad requerido para el plan, el cual se representa como un porcentaje de la Prima de Tarifa.

Entonces

$$PT_{jk} = \frac{PR_{jk} + GadqF + GadmF}{1 - GadqV - GadmV - Margen}$$

a. Actualización de Primas

Dada la constante actualización que se tiene en los precios de los servicios de salud, resulta de vital importancia para la rentabilidad de los productos la adecuada y constante actualización de las primas. Es por esto que La Compañía actualizará en forma trimestral las tarifas de sus planes de acuerdo al comportamiento del Índice Nacional de Precios de Servicios de Salud bajo la siguiente fórmula:

$$PT^* = PT \times (1+I)$$

Donde:

PT = Prima de tarifa vigente en el último período.

PT* = Prima de Tarifa calculada para el siguiente período.

I = Porcentaje de Inflación de los servicios de salud publicada por el Banco de México del último trimestre que se tenga conocimiento al momento de incrementar las tarifas.

Es importante señalar que la Compañía aseguradora se reserva el derecho a no realizar el incremento, realizarlo en menor porcentaje o diferirlo; en el entendido que estos tendrán un efecto temporal y en un plazo no mayor a seis meses quedarán ajustados de acuerdo a lo indicado en la fórmula registrada.

IV. **Reservas Técnicas**

a. Reserva de Riesgos en Curso

Esta reserva debe de recoger el valor actual del riesgo futuro asumido por el asegurador al cierre del ejercicio, más los gastos de gestión futuros a su cargo.

Es decir, es la reserva destinada a cubrir, para toda póliza, los riesgos y gastos de gestión relativos al período comprendido entre el cierre del balance y el próximo vencimiento de la prima.

Métodos de cálculo;

En general se pueden señalar tres métodos:

1.- Método prospectivo:

Se constituye como reserva las sumas necesarias para hacer frente a los pagos futuros, estimados éstos de acuerdo con los riesgos y gastos asumidos al cierre del ejercicio.

2.- Método retrospectivo:

Se constituye como reserva las fracciones de primas no devengadas por siniestros y gastos de gestión al cierre del ejercicio.

Evidentemente, si la tarifa estuviera calculada sin ningún margen de error, ambos métodos serían equivalentes.

Sin embargo, en la práctica se suele aplicar el método de cálculo siguiente.

3.- Método de las primas:

En este caso se constituye como reserva la fracción de prima imputable económicamente (con independencia de su cobro) a próximos ejercicios.

Si la tarifa es insuficiente, este método hace soportar al ejercicio siguiente pérdidas que corresponden al ejercicio de emisión de la póliza. Para evitar este inconveniente se debe incrementar la reserva por un importe equivalente a la

insuficiencia de la prima con objeto de valorar correctamente el riesgo futuro asumido por el asegurador.

Es decir, en este supuesto se debe constituir la reserva tomando como base la "prima suficiente" tanto en el componente de siniestralidad (prima pura) como en el de los gastos de gestión no consumidos al cierre del ejercicio.

En efecto, el método de las primas se basa en la suficiencia de la tarifa y en la distribución uniforme de la siniestralidad. Por lo tanto la reserva de riesgos en curso sería la resultante de la agregación de dos componentes:

Reserva de primas no consumidas, calculada por el método de las primas

Reserva adicional, en su caso, destinada a cubrir la posible insuficiencia de la prima (o el efecto de la distribución no uniforme de la siniestralidad)

Para calcular la reserva de riesgos en curso por el método de las primas es preciso tener en cuenta: a) el período de cálculo de la prima (plurianual, anual o fraccionaria) que basado en las características de la operación de seguro deberá coincidir con el período del contrato, y b) la composición de la prima comercial. Pues, por ejemplo, las comisiones de producción se devengan en el ejercicio que se emiten y cobran las primas independientemente de su periodificación económica.

La prima que sirve de base para el cálculo de la reserva de riesgos en curso es la prima de tarifa, y recargo externo a la misma cuando exista, deducido el recargo técnico o de seguridad (λ), el recargo para comisiones y demás gastos de gestión destinada a financiar gastos de consumo inmediato.

b. Reserva de Siniestros por Obligaciones Pendientes de Cumplir (OPC)

En esta reserva se pueden distinguir dos grupos de siniestros no finiquitados, sobre los que habrá que construir la correspondiente "reserva para siniestros pendientes"

- + Siniestros pendientes de pago
- + Siniestros pendientes de liquidación

En el primer grupo, la reserva estará constituida por el importe definitivo de los siniestros de tramitación terminada, incluidos los gastos originados por la misma, es decir, sólo son pendientes de pago. En el segundo grupo habrá que establecer el importe presunto de los siniestros en tramitación, incluidos los gastos estimados que su liquidación vaya a dar lugar.

Métodos de cálculo:

1.- Caso por caso

Todos los siniestros en tramitación debidos a accidentes ocurridos antes del cierre del actual ejercicio económico son catalogados y estimados uno por uno. Los casos dudosos, por ejemplo cuando la causa del accidente esta todavía en litigio, son evaluados de acuerdo con la "peor alternativa".

2.- Métodos colectivos

Se aplican cuando el método anterior es laborioso por el gran número de siniestros pendientes, en general de pequeñas cuantías y no se esperan diferencias significativas con respecto al método caso por caso.

Este método se puede dividir en:

2.1.- Método de costo medio.

En primer lugar se agrupan los siniestros en clases homogéneas, por ejemplo en el seguro del automóvil, siniestros de daños propios, en el caso del seguro de salud las clases homogéneas serían las coberturas, (consultas, hospitalizaciones, urgencias, medicamentos, etc.)

Para cada clase homogénea se estima el costo medio por año de ocurrencia del siniestro es decir Cij

2.2.- Método del tiempo medio

En primer término se estima el tiempo medio de liquidación y pago de los siniestros.

c. Reserva de Siniestros Ocurridos pero No Reportados (OPNR)

Esta reserva se constituye por el importe estimado de los siniestros ocurridos en cada ejercicio y que no le hayan sido declarados a la entidad aseguradora antes del cierre de cuentas del mismo.

Esta reserva se puede calcular con los mismos métodos que la reserva de siniestros ocurridos pendientes de cumplir.

Las compañías aseguradoras pueden calcular ambas reservas de siniestros dependiendo de su operación, por ejemplo si la información es de carácter estadístico los siniestros a declarar serian del tipo OPNR, si la información es mixta, es decir, estadística e individualizada nos hayamos en los siniestros

pendientes de liquidación y si se dispone de información individual respecto al costo de cada siniestro tenemos la reserva para siniestros pendientes de pago.

CONCLUSIONES

El objetivo primordial de esta tesis, fue dar a conocer los aspectos más relevantes del seguro de salud pública y privada, los seguros de salud pública se encuentran en un momento muy crítico, puesto que derivado a la mala administración se encuentra en números rojos, y por otro lado los seguros de salud privada tienen un auge importante ya que las personas están buscando un mejor servicio dado que el servicio de salud pública no está cumpliendo con los requerimientos mínimos.

Como los seguros de salud privada son un concepto relativamente nuevo en el mercado, puesto que empezaron a operar como tal en el año 2001.

Como nos pudimos dar cuenta todas las coberturas que manejan los seguros de salud pública también los manejan los seguros de salud privada, la única diferencia es que los seguros de salud privada no cubren padecimientos preexistentes y los seguros de salud pública sí, pero con el tiempo las compañías de salud privada van adquiriendo la experiencia necesaria para cotizar y poder absorber el costo de los padecimientos preexistentes.

Por otro lado se puede manejar que los seguros de salud pública no cubren preexistencias ya que teóricamente desde que nacemos pertenecemos a un tipo de seguro de salud pública, es decir, al que pertenecían nuestros padres al momento que nacimos y nos afiliaron como dependientes económicos, por lo que al pasar de los años solo cambiamos de tipo de seguro de salud pública.

También observamos que los seguros de salud pública cubren incapacidades médicas, es decir, que cuando una persona se enferma, los seguros de salud pública absorben parte del sueldo del asegurado por el tiempo que este incapacitado para trabajar, cosa que hoy en día no manejan los seguros de salud privada.

Como podemos observar las diferencias que existen entre el seguro de salud pública y privada prácticamente son nulas, ya que de una u otra forma es fácil incorporarlas a las coberturas de salud privada.

Una de las diferencias principales que se manejan es la forma que se le paga la prima a la compañía, si hablamos de un seguro de salud privada el pago lo realiza el asegurado, en cambio en los seguros de salud pública la prima se divide entre tres entes, uno es el patrón, otro el gobierno y por último el asegurado, por lo que al final el asegurado siente que paga menos en el seguro de salud pública, puesto que no está considerando la parte que paga el patrón y el gobierno.

Una de las principales ventajas que presenta el seguro de salud pública con respecto a las compañías de seguros de salud privada, es que como tienen un número muy fuerte de asegurados y por ende el número de servicios o insumos que se utilizan es mayor, los proveedores le otorgan un mayor descuento por volumen, pero creo que con el paso de los años los seguros de salud privada alcanzarán un volumen considerable que les permitirá tener el mismo descuento que el que tiene el seguro de salud pública.

También creo que un país como el nuestro debe de tomar en cuenta la experiencia de otros países, para con ello evitar cometer los mismos errores y crecer sin tantos tropiezos.

Por último se presentó el desarrollo de las bases técnicas de un seguro de salud, en donde tomamos en cuenta los parámetros de la inflación de los servicios de salud, ya que esta resulta por lo general ser mayor que la inflación general, y esto nos demuestra que para la mayoría de la población el acceso a los servicios de salud es muy caro aún, por lo que es importante considerar que en nuestro país mientras no se considere la reversión de cuotas en los seguros de salud privada, la mayoría de las personas no podrá tener acceso a servicios de salud con un buen nivel.

Se tomaron los parámetros publicados en el AMIS, de frecuencia como de severidad para determinar un monto aproximado de la prima a cobrar en un seguro de salud pública y privada.

Con ello pudimos observar que prácticamente cuesta lo mismo un seguro de salud pública que uno de salud privada.

ANEXOS

Población Expuesta

Entidad Federativa	Población no Derechohabiente		
	Total	SSA	IMSS
E. U. M.	54,820,833	44,117,000	10,703,833
Aguascalientes	468,000	468,000	
Baja California	821,284	749,000	72,284
Baja California Sur	304,000	304,000	
Campeche	588,968	437,000	151,968
Coahuila	1,096,988	828,000	268,988
Colima	440,000	440,000	
Chiapas	3,483,556	1,915,000	1,568,556
Chihuahua	1,132,027	877,000	255,027
Distrito Federal	3,833,098	3,825,000	8,098
Durango	1,037,651	727,000	310,651
Guanajuato	1,911,000	1,911,000	
Guerrero	2,674,000	2,674,000	
Hidalgo	1,967,392	1,246,000	721,392
Jalisco	3,111,000	3,111,000	
México	4,696,000	4,696,000	
Michoacán	2,744,736	1,562,000	1,182,736
Morelos	839,000	839,000	
Nayarit	769,174	622,000	147,174
Nuevo León	1,944,000	1,944,000	
Oaxaca	3,051,147	1,703,000	1,348,147
Puebla	3,015,896	1,782,000	1,233,896
Querétaro	836,000	836,000	
Quintana Roo	633,000	633,000	
San Luis Potosi	1,616,400	960,000	656,400
Sinaloa	1,068,067	777,000	291,067
Sonora	822,000	822,000	
Tabasco	1,728,000	1,728,000	
Tamaulipas	1,348,578	1,058,000	290,578
Tlaxcala	639,000	639,000	
Veracruz	4,086,819	2,697,000	1,389,819
Yucatán	1,011,774	623,000	388,774
Zacatecas	1,102,278	684,000	418,278

Población Expuesta

Entidad Federativa	Población Derechohabiente		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
E. U. M.	45,872,403	10,230,503	664,938
Aguascalientes	658,936	104,624	885
Baja California	1,684,099	131,358	2,157
Baja California Sur	267,457	86,546	426
Campeche	361,577	79,660	20,276
Coahuila	1,836,361	244,356	2,848
Colima	300,056	63,716	1,200
Chiapas	695,544	242,206	8,160
Chihuahua	2,152,803	251,895	3,638
Distrito Federal	7,084,179	3,138,929	69,328
Durango	695,886	271,422	417
Guanajuato	2,099,823	344,314	33,821
Guerrero	666,135	419,878	986
Hidalgo	669,146	201,611	17,737
Jalisco	3,683,947	316,771	4,560
México	4,042,058	761,989	18,888
Michoacán	1,172,625	344,691	2,331
Morelos	596,226	167,320	1,399
Nayarit	387,929	133,338	343
Nuevo León	2,976,141	193,264	21,604
Oaxaca	648,789	305,095	24,053
Puebla	1,706,645	287,375	13,636
Querétaro	927,614	104,003	2,592
Quintana Roo	516,335	85,300	
San Luis Potosí	1,006,788	229,365	5,589
Sinaloa	1,355,141	294,580	3,466
Sonora	1,248,811	201,870	4,354
Tabasco	529,148	142,926	99,886
Tamaulipas	1,767,166	318,652	89,576
Tlaxcala	345,887	95,398	408
Veracruz	2,396,085	411,054	206,150
Yucatán	873,911	132,033	3,679
Zacatecas	519,155	124,964	545

Población Expuesta

Entidad Federativa	Población Derechohabiente		
	SEDENA	SECMAR	Estatal
E. U. M.	511,054	213,275	1,431,517
Aguascalientes	1,144		14,086
Baja California	12,440	3,086	118,692
Baja California Sur	7,188	4,340	
Campeche	10,416	9,635	
Coahuila	5,021		
Colima	1,894	16,000	
Chiapas	27,065	8,581	60,774
Chihuahua	17,920		
Distrito Federal	152,428	48,222	41,707
Durango	5,922		
Guanajuato	18,957		
Guerrero	24,208	12,853	
Hidalgo	5,296		
Jalisco	19,964	2,650	
México	37,202		686,339
Michoacán	9,546	10,954	
Morelos	6,295		
Nayarit	2,599	1,037	
Nuevo León	5,633		66,200
Oaxaca	11,911	14,036	
Puebla	22,300		112,341
Querétaro	6,325		
Quintana Roo	8,381	12,027	
San Luis Potosí	5,517		
Sinaloa	10,117	9,788	
Sonora	9,627	4,744	87,387
Tabasco	10,015	1,712	243,991
Tamaulipas	7,703	14,367	
Tlaxcala	5,646		
Veracruz	23,975	37,178	
Yucatán	14,722	2,065	
Zacatecas	3,677		

Población Expuesta

Entidad Federativa	Población Total		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
E. U. M.	56,576,236	10,230,503	664,938
Aguascalientes	658,936	104,624	885
Baja California	1,756,383	131,358	2,157
Baja California Sur	267,457	86,546	426
Campeche	513,545	79,660	20,276
Coahuila	2,105,349	244,356	2,848
Colima	300,056	63,716	1,200
Chiapas	2,264,100	242,206	8,160
Chihuahua	2,407,830	251,895	3,638
Distrito Federal	7,092,277	3,138,929	69,328
Durango	1,006,537	271,422	417
Guanajuato	2,099,823	344,314	33,821
Guerrero	666,135	419,878	986
Hidalgo	1,390,538	201,611	17,737
Jalisco	3,683,947	316,771	4,560
México	4,042,058	761,989	18,888
Michoacán	2,355,361	344,691	2,331
Morelos	596,226	167,320	1,399
Nayarit	535,103	133,338	343
Nuevo León	2,976,141	193,264	21,604
Oaxaca	1,996,936	305,095	24,053
Puebla	2,940,541	287,375	13,636
Querétaro	927,614	104,003	2,592
Quintana Roo	516,335	85,300	
San Luis Potosi	1,663,188	229,365	5,589
Sinaloa	1,646,208	294,580	3,466
Sonora	1,248,811	201,870	4,354
Tabasco	529,148	142,926	99,886
Tamaulipas	2,057,744	318,652	89,576
Tlaxcala	345,887	95,398	408
Veracruz	3,785,904	411,054	206,150
Yucatán	1,262,685	132,033	3,679
Zacatecas	937,433	124,964	545

Población Expuesta

Entidad Federativa	Población Total			
	SEDENA	SECMAR	Estatal	SSA
E. U. M.	511,054	213,275	1,431,517	44,117,000
Aguascalientes	1,144		14,086	468,000
Baja California	12,440	3,086	118,692	749,000
Baja California Sur	7,188	4,340		304,000
Campeche	10,416	9,635		437,000
Coahuila	5,021			828,000
Colima	1,894	16,000		440,000
Chiapas	27,065	8,581	60,774	1,915,000
Chihuahua	17,920			877,000
Distrito Federal	152,428	48,222	41,707	3,825,000
Durango	5,922			727,000
Guanajuato	18,957			1,911,000
Guerrero	24,208	12,853		2,674,000
Hidalgo	5,296			1,246,000
Jalisco	19,964	2,650		3,111,000
México	37,202		686,339	4,696,000
Michoacán	9,546	10,954		1,562,000
Morelos	6,295			839,000
Nayarit	2,599	1,037		622,000
Nuevo León	5,633		66,200	1,944,000
Oaxaca	11,911	14,036		1,703,000
Puebla	22,300		112,341	1,782,000
Querétaro	6,325			836,000
Quintana Roo	8,381	12,027		633,000
San Luis Potosí	5,517			960,000
Sinaloa	10,117	9,788		777,000
Sonora	9,627	4,744	87,387	822,000
Tabasco	10,015	1,712	243,991	1,728,000
Tamaulipas	7,703	14,367		1,058,000
Tlaxcala	5,646			639,000
Veracruz	23,975	37,178		2,697,000
Yucatán	14,722	2,065		623,000
Zacatecas	3,677			684,000

Población Expuesta

Entidad Federativa	Población Total	
	Total	
E. U. M.	113,744,523	
Aguascalientes	1,247,675	
Baja California	2,773,116	
Baja California Sur	669,957	
Campeche	1,070,532	
Coahuila	3,185,574	
Colima	822,866	
Chiapas	4,525,886	
Chihuahua	3,558,283	
Distrito Federal	14,367,891	
Durango	2,011,298	
Guanajuato	4,407,915	
Guerrero	3,798,060	
Hidalgo	2,861,182	
Jalisco	7,138,892	
México	10,242,476	
Michoacán	4,284,883	
Morelos	1,610,240	
Nayarit	1,294,420	
Nuevo León	5,206,842	
Oaxaca	4,055,031	
Puebla	5,158,193	
Querétaro	1,876,534	
Quintana Roo	1,255,043	
San Luis Potosí	2,863,659	
Sinaloa	2,741,159	
Sonora	2,378,793	
Tabasco	2,755,678	
Tamaulipas	3,546,042	
Tlaxcala	1,086,339	
Veracruz	7,161,261	
Yucatán	2,038,184	
Zacatecas	1,750,619	

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población no Derechohabiente		
	Total	SSA	IMSS
Consulta Externa	107,442,964	88,791,562	18,651,402
General	77,375,235	60,694,095	16,681,140
1a. Vez	41,535,650	32,499,317	9,036,333
Subsecuente	35,839,585	28,194,778	7,644,807
Especializada	19,014,390	18,175,598	838,792
1a. Vez	3,532,832	3,390,019	142,813
Subsecuente	5,974,363	5,697,780	276,583
Gineco-Obstetricia	1,709,494	1,580,917	128,577
Pediatría	1,457,806	1,368,212	89,594
Cirugía	1,108,047	1,015,512	92,535
Medicina Interna	1,068,393	959,703	108,690
Otras Especialidades	4,163,455	4,163,455	0
De Urgencias	5,872,719	5,166,614	706,105
Odontológica	5,180,620	4,755,255	425,365
Hospitalización			
Egresos	1,866,175	1,626,420	239,755
Medicina Interna	209,605	179,092	30,513
Cirugía	294,285	258,994	35,291
Gineco-Obstetricia	860,773	724,083	136,690
Pediatría	244,541	215,388	29,153
Otras Especialidades	256,971	248,863	8,108
Días Paciente	7,899,842	7,216,397	683,445
Días Estancia	7,096,363	6,304,894	791,469
Interv. Quirúrgicas	1,014,817	905,972	108,845
Defunciones	42,151	39,148	3,003
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomía Patológica			
Estudios	660,568	660,568	0
Personas	435,271	435,271	0
Laboratorio Clínico			
Estudios	49,219,048	45,268,372	3,950,676
Personas	9,774,321	8,999,697	774,624
Radiología			
Estudios	3,663,635	3,345,747	317,888
Personas	2,641,993	2,399,756	242,237
Otros			
Estudios	977,944	875,019	102,925
Personas	838,840	738,102	100,738
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	2,071,617	2,071,617	0
Personas	114,516	114,516	0
Educación para la Salud			
Pláticas	6,724,242	5,361,490	1,362,752
Asistentes	113,645,209	93,823,900	19,821,309

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población Derechohabiente		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta Externa	124,600,592	30,170,435	7,062,601
General	71,548,199	15,940,318	2,343,293
1a Vez	33,804,091	8,929,111	1,076,874
Subsecuente	37,744,108	7,011,207	1,266,419
Especializada	32,938,470	12,050,424	3,713,458
1a Vez	6,266,641	2,017,483	923,935
Subsecuente	10,202,594	4,007,729	932,794
Gineco-Obstetricia	2,221,257	446,785	169,879
Pediatria	921,749	559,979	587,228
Cirugia	1,120,850	550,746	0
Medicina Interna	1,465,414	629,236	0
Otras Especialidades	10,739,965	3,838,466	1,099,622
De Urgencias	15,687,907	878,909	715,810
Odontológica	4,426,016	1,300,784	290,040
Hospitalización			
Egresos	1,943,410	342,016	64,638
Medicina Interna	485,287	89,673	24,351
Cirugia	521,175	108,435	25,489
Gineco-Obstetricia	628,978	94,719	9,309
Pediatria	307,970	43,115	5,489
Otras Especialidades	0	6,074	0
Dias Paciente	8,936,079	1,730,594	247,197
Dias Estancia	0	1,480,681	267,469
Interv. Quirúrgicas	1,421,254	253,728	31,945
Defunciones	57,627	10,158	0
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomia Patológica			
Estudios	2,240,673	516,355	92,441
Personas	1,559,971	479,520	85,202
Laboratorio Clínico			
Estudios	99,998,015	22,638,961	3,349,137
Personas	21,825,892	3,666,944	730,495
Radiología			
Estudios	10,863,952	2,103,259	434,129
Personas	9,197,247	1,679,368	384,584
Otros			
Estudios	1,479,287	1,092,592	0
Personas	1,466,227	1,058,456	0
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	6,506,659	1,136,961	209,694
Personas	1,193,802	172,825	25,821
Educación para la Salud			
Pláticas	1,063,785	3,954,720	44,629
Asistentes	9,538,799	10,078,321	380,548

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población Derechohabiente		
	SEDENA	SECMAR	Estatal
Consulta Externa	3,629,508	1,572,040	6,511,688
General	1,146,103	795,871	2,647,255
1a. Vez	484,306	302,607	1,579,656
Subsecuente	661,797	493,264	1,067,599
Especializada	1,777,462	538,686	2,802,673
1a. Vez	35,574	99,684	492,188
Subsecuente	853,157	169,659	781,885
Gineco-Obstetricia	130,693	44,239	230,380
Pediatria	150,193	65,631	347,384
Cirugia	49,796	29,570	137,255
Medicina Interna	72,613	26,311	176,561
Otras Especialidades	485,436	103,592	637,020
De Urgencias	183,748	78,467	731,249
Odontológica	522,195	159,016	330,511
Hospitalización			
Egresos	0	20,874	85,094
Medicina Interna	0	4,284	20,879
Cirugia	0	4,749	22,145
Gineco-Obstetricia	0	5,873	27,714
Pediatria	0	2,332	10,652
Otras Especialidades	0	3,636	3,704
Dias Paciente	0	74,305	263,104
Dias Estancia	372,150	70,293	267,762
Interv. Quirúrgicas	29,592	9,155	78,515
Defunciones	902	274	2,327
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomia Patológica			
Estudios	620	10,069	51,368
Personas	620	9,035	35,084
Laboratorio Clínico			
Estudios	1,591,573	866,607	6,208,794
Personas	655,692	193,484	846,135
Radiología			
Estudios	225,738	88,958	417,241
Personas	84,631	63,510	257,972
Otros			
Estudios	136,700	40,129	178,538
Personas	80,104	34,845	128,339
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	85,893	69,413	213,146
Personas	22,228	6,368	39,189
Educación para la Salud			
Pláticas	13,619	24,516	63,642
Asistentes	335,436	305,828	646,399

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población Total		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta Externa	143,251,994	30,170,435	7,062,601
General	88,229,339	15,940,318	2,343,293
1a. Vez	42,840,424	8,923,111	1,076,874
Subsecuente	45,388,915	7,017,207	1,266,419
Especializada	33,777,262	12,050,424	3,713,458
1a. Vez	6,409,454	2,017,483	923,935
Subsecuente	10,479,177	4,007,729	932,794
Gineco-Obstetricia	2,349,834	446,785	169,879
Pediatria	1,011,343	559,979	587,228
Cirugia	1,213,385	550,746	0
Medicina Interna	1,574,104	629,236	0
Otras Especialidades	10,739,965	3,838,466	1,099,622
De Urgencias	16,394,012	878,909	715,810
Odontológica	4,851,381	1,300,784	290,040
Hospitalización			
Egresos	2,183,165	342,016	64,638
Medicina Interna	515,800	89,673	24,351
Cirugia	556,466	108,435	25,489
Gineco-Obstetricia	765,668	94,719	9,309
Pediatria	337,123	43,115	5,489
Otras Especialidades	8,108	6,074	0
Dias Paciente	9,619,524	1,730,594	247,197
Dias Estancia	791,469	1,480,681	267,469
Interv. Quirúrgicas	1,530,099	253,728	31,945
Defunciones	60,630	10,158	0
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomia Patológica			
Estudios	2,240,673	516,355	92,441
Personas	1,559,971	479,520	85,202
Laboratorio Clínico			
Estudios	103,948,691	22,638,961	3,349,137
Personas	22,600,516	3,666,944	730,495
Radiología			
Estudios	11,181,840	2,103,259	434,129
Personas	9,439,484	1,679,368	384,584
Otros			
Estudios	1,582,212	1,092,592	0
Personas	1,566,965	1,058,456	0
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	6,506,659	1,136,961	209,694
Personas	1,193,802	172,825	25,821
Educación para la Salud			
Pláticas	2,426,537	3,954,720	44,629
Asistentes	29,360,108	10,078,321	380,548

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población Total	
	SEDENA	SECMAR
Consulta Externa	3,629,508	1,572,040
General	1,146,103	795,871
1a. Vez	484,306	302,607
Subsecuente	661,797	493,264
Especializada	1,777,462	538,686
1a. Vez	35,574	99,684
Subsecuente	853,157	169,659
Gineco-Obstetricia	130,693	44,239
Pediatria	150,193	65,631
Cirugia	49,796	29,570
Medicina Interna	72,613	26,311
Otras Especialidades	485,436	103,592
De Urgencias	183,748	78,467
Odontológica	522,195	159,016
Hospitalización		
Egresos	0	20,874
Medicina Interna	0	4,284
Cirugia	0	4,749
Gineco-Obstetricia	0	5,873
Pediatria	0	2,332
Otras Especialidades	0	3,636
Dias Paciente	0	74,305
Dias Estancia	372,150	70,293
Interv. Quirúrgicas	29,592	9,155
Defunciones	902	274
Servs. Aux. de Diag.		
Anatomía Patológica		
Estudios	620	10,069
Personas	620	9,035
Laboratorio Clínico		
Estudios	1,591,573	866,607
Personas	655,692	193,484
Radiología		
Estudios	225,738	88,958
Personas	84,631	63,510
Otros		
Estudios	136,700	40,129
Personas	80,104	34,845
Servs. Aux. de Trat.		
Fisioterapia		
Sesiones	85,893	69,413
Personas	22,228	6,368
Educación para la Salud		
Pláticas	13,619	24,516
Asistentes	335,436	305,828

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población Total	
	Estatal	SSA
Consulta Externa	6,511,688	88,791,562
General	2,647,255	60,694,095
1a. Vez	1,579,656	32,499,317
Subsecuente	1,067,599	28,194,778
Especializada	2,802,673	18,175,598
1a. Vez	492,188	3,390,019
Subsecuente	781,885	5,697,780
Gineco-Obstetricia	230,380	1,580,917
Pediatria	347,384	1,368,212
Cirugia	137,255	1,015,512
Medicina Interna	176,561	959,703
Otras Especialidades	637,020	4,163,455
De Urgencias	731,249	5,166,614
Odontológica	330,511	4,755,255
Hospitalización		
Egresos	85,094	1,626,420
Medicina Interna	20,879	179,092
Cirugia	22,145	258,994
Gineco-Obstetricia	27,714	724,083
Pediatria	10,652	215,388
Otras Especialidades	3,704	248,863
Dias Paciente	263,104	7,216,397
Dias Estancia	267,762	6,304,894
Interv. Quirúrgicas	78,515	905,972
Defunciones	2,327	39,148
Servs. Aux. de Diag.		
Anatomía Patológica		
Estudios	51,368	660,568
Personas	35,084	435,271
Laboratorio Clínico		
Estudios	6,208,794	45,268,372
Personas	846,135	8,999,697
Radiología		
Estudios	417,241	3,345,747
Personas	257,972	2,399,756
Otros		
Estudios	178,538	875,019
Personas	128,339	738,102
Servs. Aux. de Trat.		
Fisioterapia		
Sesiones	213,146	2,071,617
Personas	39,189	114,516
Educación para la Salud		
Pláticas	63,642	5,361,490
Asistentes	646,399	93,823,900

Servicios Otorgados

Tipo de Servicio	Población Total
	Total
Consulta Externa	280,989,828
General	171,796,274
1a. Vez	87,712,295
Subsecuente	84,083,979
Especializada	72,835,563
1a. Vez	13,368,337
Subsecuente	22,922,181
Gineco-Obstetricia	4,952,727
Pediatria	4,089,970
Cirugia	2,996,264
Medicina Interna	3,438,528
Otras Especialidades	21,067,556
De Urgencias	24,148,809
Odontológica	12,209,182
Hospitalización	
Egresos	2,695,787
Medicina Interna	834,079
Cirugia	976,278
Gineco-Obstetricia	1,627,366
Pediatria	614,099
Otras Especialidades	270,385
Dias Paciente	19,151,121
Dias Estancia	9,554,718
Interv. Quirúrgicas	2,839,006
Defunciones	113,439
Servs. Aux. de Diag.	
Anatomía Patológica	
Estudios	3,572,094
Personas	2,604,703
Laboratorio Clínico	
Estudios	183,872,135
Personas	37,692,963
Radiología	
Estudios	17,796,912
Personas	14,309,305
Otros	
Estudios	3,905,190
Personas	3,606,811
Servs. Aux. de Trat.	
Fisioterapia	
Sesiones	10,293,383
Personas	1,574,749
Educación para la Salud	
Pláticas	11,889,153
Asistentes	134,930,540

FRECUCENCIA

Tipo de Servicio	Población no Derechohabiente		
	Total	SSA	IMSS
Consulta Externa	1.9599	2.0126	1.7425
General	1.4114	1.3758	1.5584
1a Vez	0.7577	0.7367	0.8442
Subsecuente	0.6538	0.6391	0.7142
Especializada	0.3468	0.4120	0.0784
1a Vez	0.0644	0.0768	0.0133
Subsecuente	0.1090	0.1292	0.0258
Gineco-Obstetricia	0.0312	0.0358	0.0120
Pediatria	0.0266	0.0310	0.0084
Cirugia	0.0202	0.0230	0.0086
Medicina Interna	0.0195	0.0218	0.0102
Otras Especialidades	0.0759	0.0944	0.0000
De Urgencias	0.1071	0.1171	0.0660
Odontologica	0.0945	0.1078	0.0397
Hospitalización			
Egresos	0.0340	0.0369	0.0224
Medicina Interna	0.0038	0.0041	0.0029
Cirugia	0.0054	0.0059	0.0033
Gineco-Obstetricia	0.0157	0.0164	0.0128
Pediatria	0.0045	0.0049	0.0027
Otras Especialidades	0.0047	0.0056	0.0008
Dias Paciente	0.1441	0.1636	0.0639
Dias Estancia	0.1294	0.1429	0.0739
Interv. Quirurgicas	0.0185	0.0205	0.0102
Defunciones	0.0008	0.0009	0.0003
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomia Patologica			
Estudios	0.0120	0.0150	0.0000
Personas	0.0079	0.0099	0.0000
Laboratorio Clinico			
Estudios	0.8978	1.0261	0.3691
Personas	0.1783	0.2040	0.0724
Radiologia			
Estudios	0.0668	0.0758	0.0297
Personas	0.0482	0.0544	0.0226
Otros			
Estudios	0.0178	0.0198	0.0096
Personas	0.0153	0.0167	0.0094
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	0.0378	0.0470	0.0000
Personas	0.0021	0.0026	0.0000
Educación para la Salud			
Pláticas	0.1227	0.1215	0.1273
Asistentes	2.0730	2.1267	1.8518

FRECUENCIA

Tipo de Servicio	Población Derechohabiente		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta Externa	2.7162	2.9491	10.6214
General	1.5597	1.5581	3.5241
1a. Vez	0.7369	0.8728	1.6195
Subsecuente	0.8228	0.6853	1.9046
Especializada	0.7180	1.1779	5.5847
1a. Vez	0.1366	0.1972	1.3895
Subsecuente	0.2224	0.3917	1.4028
Gineco-Obstetricia	0.0484	0.0437	0.2555
Pediatria	0.0201	0.0547	0.8831
Cirugia	0.0244	0.0538	0.0000
Medicina Interna	0.0319	0.0615	0.0000
Otras Especialidades	0.2341	0.3752	1.6537
De Urgencias	0.3420	0.0859	1.0765
Odontológica	0.0965	0.1271	0.4362
Hospitalización			
Egresos	0.0424	0.0334	0.0972
Medicina interna	0.0106	0.0088	0.0366
Cirugia	0.0114	0.0106	0.0383
Gineco-Obstetricia	0.0137	0.0093	0.0140
Pediatria	0.0067	0.0042	0.0083
Otras Especialidades	0.0000	0.0006	0.0000
Dias Paciente	0.1948	0.1692	0.3718
Dias Estancia	0.0000	0.1447	0.4022
Interv. Quirúrgicas	0.0310	0.0248	0.0480
Defunciones	0.0013	0.0010	0.0000
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomia Patológica			
Estudios	0.0488	0.0505	0.1390
Personas	0.0340	0.0469	0.1281
Laboratorio Clínico			
Estudios	2.1799	2.2129	5.0368
Personas	0.4758	0.3584	1.0986
Radiología			
Estudios	0.2368	0.2056	0.6529
Personas	0.2005	0.1642	0.5784
Otros			
Estudios	0.0322	0.1068	0.0000
Personas	0.0320	0.1035	0.0000
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	0.1418	0.1111	0.3154
Personas	0.0260	0.0169	0.0388
Educación para la Salud			
Pláticas	0.0232	0.3866	0.0671
Asistentes	0.2079	0.9851	0.5723

FRECUCENCIA

Tipo de Servicio	Población Derechohabiente		
	SDN	SM	Estatal
Consulta Externa	7.1020	7.3710	4.5488
General	2.2426	3.7317	1.8493
1a. Vez	0.9477	1.4189	1.1035
Subsecuente	1.2950	2.3128	0.7458
Especializada	3.4780	2.5258	1.9578
1a. Vez	0.0696	0.4674	0.3438
Subsecuente	1.6694	0.7955	0.5462
Gineco-Obstetricia	0.2557	0.2074	0.1609
Pediatria	0.2939	0.3077	0.2427
Cirugia	0.0974	0.1386	0.0959
Medicina Interna	0.1421	0.1234	0.1233
Otras Especialidades	0.9499	0.4857	0.4450
De Urgencias	0.3595	0.3679	0.5108
Odontológica	1.0218	0.7456	0.2309
Hospitalización			
Egresos	0.0000	0.0979	0.0594
Medicina Interna	0.0000	0.0201	0.0146
Cirugia	0.0000	0.0223	0.0155
Gineco-Obstetricia	0.0000	0.0275	0.0194
Pediatria	0.0000	0.0109	0.0074
Otras Especialidades	0.0000	0.0170	0.0026
Días Paciente	0.0000	0.3484	0.1838
Días Estancia	0.7282	0.3296	0.1870
Interv. Quirúrgicas	0.0579	0.0429	0.0548
Defunciones	0.0018	0.0013	0.0016
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomía Patológica			
Estudios	0.0012	0.0472	0.0359
Personas	0.0012	0.0424	0.0245
Laboratorio Clínico			
Estudios	3.1143	4.0633	4.3372
Personas	1.2830	0.9072	0.5911
Radiología			
Estudios	0.4417	0.4171	0.2915
Personas	0.1656	0.2978	0.1802
Otros			
Estudios	0.2675	0.1882	0.1247
Personas	0.1567	0.1634	0.0897
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	0.1681	0.3255	0.1489
Personas	0.0435	0.0299	0.0274
Educación para la Salud			
Pláticas	0.0266	0.1150	0.0445
Asistentes	0.6564	1.4340	0.4515

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FRECUENCIA

Tipo de Servicio	Población Total		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta Externa	2.5320	2.9491	10.6214
General	1.5595	1.5581	3.5241
1a. Vez	0.7572	0.8728	1.6195
Subsecuente	0.8023	0.6853	1.9046
Especializada	0.9970	1.1779	5.5847
1a. Vez	0.1133	0.1972	1.3895
Subsecuente	0.1852	0.3917	1.4028
Gineco-Obstetricia	0.0415	0.0437	0.2555
Pediatria	0.0179	0.0547	0.8831
Cirugia	0.0214	0.0538	0.0000
Medicina Interna	0.0278	0.0615	0.0000
Otras Especialidades	0.1898	0.3752	1.6537
De Urgencias	0.2898	0.0859	1.0765
Odontológica	0.0857	0.1271	0.4362
Hospitalización			
Egresos	0.0386	0.0334	0.0972
Medicina Interna	0.0091	0.0088	0.0366
Cirugia	0.0098	0.0106	0.0383
Gineco-Obstetricia	0.0135	0.0093	0.0140
Pediatria	0.0060	0.0042	0.0083
Otras Especialidades	0.0001	0.0006	0.0000
Dias Paciente	0.1700	0.1692	0.3718
Dias Estancia	0.0140	0.1447	0.4022
Interv. Quirúrgicas	0.0270	0.0248	0.0480
Defunciones	0.0011	0.0010	0.0000
Servs. Aux. de Diag.			
Anatomia Patológica			
Estudios	0.0396	0.0505	0.1390
Personas	0.0276	0.0469	0.1281
Laboratorio Clínico			
Estudios	1.8373	2.2129	5.0368
Personas	0.3995	0.3584	1.0986
Radiología			
Estudios	0.1976	0.2056	0.6529
Personas	0.1668	0.1642	0.5784
Otros			
Estudios	0.0280	0.1068	0.0000
Personas	0.0277	0.1035	0.0000
Servs. Aux. de Trat.			
Fisioterapia			
Sesiones	0.1150	0.1111	0.3154
Personas	0.0211	0.0169	0.0388
Educación para la Salud			
Pláticas	0.0429	0.3866	0.0671
Asistentes	0.5189	0.9851	0.5723

FRECUENCIA

Tipo de Servicio	Población Total	
	SDN	SM
Consulta Externa	7.1020	7.3710
General	2.2426	3.7317
1a. Vez	0.9477	1.4189
Subsecuente	1.2950	2.3128
Especializada	3.4780	2.5258
1a. Vez	0.0696	0.4674
Subsecuente	1.6694	0.7955
Gineco-Obstetricia	0.2557	0.2074
Pediatria	0.2939	0.3077
Cirugia	0.0974	0.1386
Medicina Interna	0.1421	0.1234
Otras Especialidades	0.9499	0.4857
De Urgencias	0.3595	0.3679
Odontologica	1.0218	0.7456
Hospitalización		
Egresos	0.0000	0.0979
Medicina Interna	0.0000	0.0201
Cirugia	0.0000	0.0223
Gineco-Obstetricia	0.0000	0.0275
Pediatria	0.0000	0.0109
Otras Especialidades	0.0000	0.0170
Dias Paciente	0.0000	0.3484
Dias Estancia	0.7282	0.3296
Interv. Quirúrgicas	0.0579	0.0429
Defunciones	0.0018	0.0013
Servs. Aux. de Diag.		
Anatomia Patológica		
Estudios	0.0012	0.0472
Personas	0.0012	0.0424
Laboratorio Clínico		
Estudios	3.1143	4.0633
Personas	1.2830	0.9072
Radiología		
Estudios	0.4417	0.4171
Personas	0.1656	0.2978
Otros		
Estudios	0.2675	0.1882
Personas	0.1567	0.1634
Servs. Aux. de Trat.		
Fisioterapia		
Sesiones	0.1681	0.3255
Personas	0.0435	0.0299
Educación para la Salud		
Pláticas	0.0266	0.1150
Asistentes	0.6564	1.4340

FRECUCENCIA

Tipo de Servicio	Población Total	
	Estatal	SSA
Consulta Externa	4.5488	2.0126
General	1.8493	1.3758
1a Vez	1.1035	0.7367
Subsecuente	0.7458	0.6391
Especializada	1.9578	0.4120
1a Vez	0.3438	0.0768
Subsecuente	0.5462	0.1292
Gineco-Obstetricia	0.1609	0.0358
Pediatria	0.2427	0.0310
Cirugia	0.0959	0.0230
Medicina Interna	0.1233	0.0218
Otras Especialidades	0.4450	0.0944
De Urgencias	0.5108	0.1171
Odontológica	0.2309	0.1078
Hospitalización		
Egresos	0.0594	0.0369
Medicina Interna	0.0146	0.0041
Cirugia	0.0155	0.0059
Gineco-Obstetricia	0.0194	0.0164
Pediatria	0.0074	0.0049
Otras Especialidades	0.0026	0.0056
Dias Paciente	0.1838	0.1636
Dias Estancia	0.1870	0.1429
Interv. Quirúrgicas	0.0548	0.0205
Defunciones	0.0016	0.0009
Servs. Aux. de Diag.		
Anatomía Patológica		
Estudios	0.0359	0.0150
Personas	0.0245	0.0099
Laboratorio Clínico		
Estudios	4.3372	1.0261
Personas	0.5911	0.2040
Radiología		
Estudios	0.2915	0.0758
Personas	0.1802	0.0544
Otros		
Estudios	0.1247	0.0198
Personas	0.0897	0.0167
Servs. Aux. de Trat.		
Fisioterapia		
Sesiones	0.1489	0.0470
Personas	0.0274	0.0026
Educación para la Salud		
Pláticas	0.0445	0.1215
Asistentes	0.4515	2.1267

FRECUENCIA

Tipo de Servicio	Población Total Total
Consulta Externa	2.4704
General	1.5104
1a. Vez	0.7711
Subsecuente	0.7392
Especializada	0.6403
1a. Vez	0.1175
Subsecuente	0.2015
Gineco-Obstetricia	0.0435
Pediatria	0.0360
Cirugia	0.0263
Medicina Interna	0.0302
Otras Especialidades	0.1852
De Urgencias	0.2123
Odontológica	0.1073
Hospitalización	
Egresos	0.0237
Medicina Interna	0.0073
Cirugia	0.0086
Gineco-Obstetricia	0.0143
Pediatria	0.0054
Otras Especialidades	0.0024
Días Paciente	0.1684
Días Estancia	0.0840
Interv. Quirúrgicas	0.0250
Defunciones	0.0010
Servs. Aux. de Diag.	
Anatomía Patológica	
Estudios	0.0314
Personas	0.0229
Laboratorio Clínico	
Estudios	1.6165
Personas	0.3314
Radiología	
Estudios	0.1565
Personas	0.1258
Otros	
Estudios	0.0343
Personas	0.0317
Servs. Aux. de Trat.	
Fisioterapia	
Sesiones	0.0905
Personas	0.0138
Educación para la Salud	
Pláticas	0.1045
Asistentes	1.1863

Monto Medio

Tipo de Servicio	MM
Consulta Externa	
General	266
1a. Vez	266
Subsecuente	266
Especializada	337
1a Vez	337
Subsecuente	337
Gineco-Obstetricia	337
Pediatria	337
Cirugia	2,750
Medicina Interna	266
Otras Especialidades	337
De Urgencias	2,750
Odontológica	501
Hospitalización	
Egresos	12,138
Medicina Interna	11,040
Cirugia	11,090
Gineco-Obstetricia	16,478
Pediatria	11,040
Otras Especialidades	11,040
Servs. Aux. de Diag.	
Anatomia Patológica	
Estudios	676
Personas	676
Laboratorio Clínico	
Estudios	280
Personas	280
Radiología	
Estudios	676
Personas	676
Otros	
Estudios	676
Personas	676
Servs. Aux. de Trat.	
Fisioterapia	
Sesiones	500
Personas	500
Educación para la Salud	
Pláticas	500
Asistentes	500

Prima de Riesgo

Tipo de Servicio	Población no Derechohabiente		
	Total	SSA	IMSS
Consulta Externa	882	935	662
General	375	366	415
1a. Vez	202	196	229
Subsecuente	174	170	190
Especializada	506	569	248
1a. Vez	22	26	4
Subsecuente	37	44	9
Gineco-Obstetricia	11	12	4
Pediatria	9	10	3
Cirugia	56	63	24
Medicina Interna	5	6	3
Otras Especialidades	26	32	0
De Urgencias	295	322	181
Odontológica	47	54	20
Hospitalización			
Egresos	462	497	317
Medicina Interna	42	45	31
Cirugia	60	65	37
Gineco-Obstetricia	259	270	210
Pediatria	49	54	30
Otras Especialidades	52	62	8
Servs. Aux. de Diag.	1,533	1,623	1,161
Anatomia Patológica	14	17	0
Estudios	8	10	0
Personas	5	7	0
Laboratorio Clínico	301	344	124
Estudios	251	287	103
Personas	50	57	20
Radiología	78	88	35
Estudios	45	51	20
Personas	33	37	15
Otros	22	25	13
Estudios	12	13	7
Personas	10	11	6
Servs. Aux. de Trat.	20	25	0
Fisioterapia	20	25	0
Sesiones	19	23	0
Personas	1	1	0
Educación para la Salud	1,098	1,124	990
Pláticas	61	61	64
Asistentes	1,037	1,063	926
PRIMA DE RIESGO	2,876	3,054	2,141

Prima de Riesgo

Tipo de Servicio	Población Derechohabiente		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta Externa	1,702	1,237	5,998
General	415	414	937
1a. Vez	196	232	431
Subsecuente	219	182	507
Especializada	1,287	822	5,061
1a. Vez	46	66	468
Subsecuente	75	132	473
Gineco-Obstetricia	16	15	86
Pediatria	7	18	298
Cirugia	67	148	0
Medicina Interna	8	16	0
Otras Especialidades	79	126	557
De Urgencias	940	236	2,960
Odontológica	48	64	219
Hospitalización			
Egresos	543	420	1,151
Medicina Interna	117	97	404
Cirugia	126	118	425
Gineco-Obstetricia	226	153	231
Pediatria	74	47	91
Otras Especialidades	0	7	0
Servs. Aux. de Diag.	1,338	1,928	3,228
Anatomía Patológica	56	66	181
Estudios	33	34	94
Personas	23	32	87
Laboratorio Clínico	744	720	1,718
Estudios	610	620	1,410
Personas	133	100	308
Radiología	296	250	832
Estudios	160	139	441
Personas	136	111	391
Otros	43	142	0
Estudios	22	72	0
Personas	22	70	0
Servs. Aux. de Trat.	84	64	177
Fisioterapia	84	64	177
Sesiones	71	56	158
Personas	13	8	19
Educación para la Salud	116	686	320
Pláticas	12	193	34
Asistentes	104	493	286
PRIMA DE RIESGO	3,583	3,585	10,377

Prima de Riesgo

Tipo de Servicio	Población Derechohabiente		
	SDN	SM	Estatal
Consulta Externa	3,494	3,555	2,895
General	597	993	492
1a. Vez	252	377	294
Subsecuente	344	615	198
Especializada	2,898	2,562	2,403
1a. Vez	23	158	116
Subsecuente	563	268	184
Gineco-Obstetricia	86	70	54
Pediatria	99	104	82
Cirugia	268	381	264
Medicina Interna	38	33	33
Otras Especialidades	320	164	150
De Urgencias	989	1,012	1,405
Odontológica	512	374	116
Hospitalización			
Egresos	0	1,231	762
Medicina Interna	0	222	161
Cirugia	0	247	172
Gineco-Obstetricia	0	454	319
Pediatria	0	121	82
Otras Especialidades	0	188	29
Servs. Aux. de Diag.	2,377	3,125	2,221
Anatomía Patológica	2	61	41
Estudios	1	32	24
Personas	1	29	17
Laboratorio Clínico	1,231	1,392	1,380
Estudios	872	1,138	1,214
Personas	359	254	166
Radiología	411	483	319
Estudios	299	282	197
Personas	112	201	122
Otros	287	238	145
Estudios	181	127	84
Personas	106	110	61
Servs. Aux. de Trat.	106	178	88
Fisioterapia	106	178	88
Sesiones	84	163	74
Personas	22	15	14
Educación para la Salud	342	774	248
Pláticas	13	57	22
Asistentes	328	717	226
PRIMA DE RIESGO	5,872	7,912	5,878

Prima de Riesgo

Tipo de Servicio	Población Total		
	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta Externa	1,506	1,237	5,998
General	415	414	937
1a. Vez	201	232	431
Subsecuente	213	182	507
Especializada	1,091	822	5,061
1a. Vez	38	66	468
Subsecuente	62	132	473
Gineco-Obstetricia	14	15	86
Pediatria	6	18	298
Cirugia	59	148	0
Medicina Interna	7	16	0
Otras Especialidades	64	126	557
De Urgencias	797	236	2,960
Odontológica	43	64	219
Hospitalización			
Egresos	500	420	1,151
Medicina Interna	101	97	404
Cirugia	109	118	425
Gineco-Obstetricia	223	153	231
Pediatria	66	47	91
Otras Especialidades	2	7	0
Servs. Aux. de Diag.	1,305	1,928	3,228
Anatomia Patológica	45	66	181
Estudios	27	34	94
Personas	19	32	87
Laboratorio Clínico	626	720	1,718
Estudios	514	620	1,410
Personas	112	100	308
Radiología	246	250	832
Estudios	134	139	441
Personas	113	111	391
Otros	38	142	0
Estudios	19	72	0
Personas	19	70	0
Servs. Aux. de Trat.	68	64	177
Fisioterapia	68	64	177
Sesiones	58	56	158
Personas	11	8	19
Educación para la Salud	281	686	320
Pláticas	21	193	34
Asistentes	259	493	286
PRIMA DE RIESGO	3,310	3,585	10,377

Prima de Riesgo

Tipo de Servicio	Población Total			
	SDN	SM	Estatad	SSA
Consulta Externa	3,494	3,555	2,895	935
General	597	993	492	366
1a. Vez	252	377	294	196
Subsecuente	344	615	198	170
Especializada	2,898	2,562	2,403	569
1a. Vez	23	158	116	26
Subsecuente	563	268	184	44
Gineco-Obstetricia	86	70	54	12
Pediatria	99	104	82	10
Cirugia	268	381	264	63
Medicina Interna	38	33	33	6
Otras Especialidades	320	164	150	32
De Urgencias	989	1,012	1,405	322
Odontológica	512	374	116	54
Hospitalización				
Egresos	0	1,231	762	497
Medicina Interna	0	222	161	45
Cirugia	0	247	172	65
Gineco-Obstetricia	0	454	319	270
Pediatria	0	121	82	54
Otras Especialidades	0	188	29	62
Servs. Aux. de Diag.	2,377	3,125	2,221	1,623
Anatomía Patológica	2	61	41	17
Estudios	1	32	24	10
Personas	1	29	17	7
Laboratorio Clínico	1,231	1,392	1,380	344
Estudios	872	1,138	1,214	287
Personas	359	254	166	57
Radiología	411	483	319	88
Estudios	299	282	197	51
Personas	112	201	122	37
Otros	287	238	145	25
Estudios	181	127	84	13
Personas	106	110	61	11
Servs. Aux. de Trat.	106	178	88	25
Fisioterapia	106	178	88	25
Sesiones	84	163	74	23
Personas	22	15	14	1
Educación para la Salud	342	774	248	1,124
Pláticas	13	57	22	61
Asistentes	328	717	226	1,063
PRIMA DE RIESGO	5,872	7,912	5,878	3,054

Prima de Riesgo

Tipo de Servicio	Población Total	
		Total
Consulta Externa		1,317
General		402
1a. Vez		205
Subsecuente		197
Especializada		915
1a. Vez		40
Subsecuente		68
Gineco-Obstetricia		15
Pediatria		12
Cirugia		72
Medicina Interna		8
Otras Especialidades		62
De Urgencias		584
Odontologica		54
Hospitalización		
Egresos		498
Medicina Interna		81
Cirugia		95
Gineco-Obstetricia		236
Pediatria		60
Otras Especialidades		26
Servs. Aux. de Diag.		1,515
Anatomia Patologica		37
Estudios		21
Personas		15
Laboratorio Clinico		545
Estudios		453
Personas		93
Radiologia		191
Estudios		106
Personas		85
Otros		45
Estudios		23
Personas		21
Servs. Aux. de Trat.		52
Fisioterapia		52
Sesiones		45
Personas		7
Educación para la Salud		645
Pláticas		52
Asistentes		593
PRIMA DE RIESGO		3,330

GLOSARIO

Accidente:

Es el acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, violenta que lesiona al asegurado ocasionándole daños corporales. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el asegurado.

AMIS:

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros

Asegurado:

Es la persona o personas sobre las que recae el riesgo asegurado, cuyos nombres aparecen en la solicitud y que fueron aceptados como tales por la compañía mediante la mención de su nombre en la carátula de la póliza o en los endosos.

Antigüedad:

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en un seguro con la misma aseguradora.

Ayudante:

Persona médica que asiste al médico o cirujano durante el desarrollo de una intervención quirúrgica que se aplica a algún asegurado.

Cancelación:

En caso de cancelación del contrato, antes de que termine la vigencia, la aseguradora estará obligada a devolver la prima de riesgo no devengada.

CNSF:

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Contratante:

Persona física o moral responsable del pago de la prima de seguro a la aseguradora.

Contrato:

La póliza, la solicitud, las cláusulas, los endosos que se agreguen, así como las declaraciones escritas proporcionadas por el contratante y asegurado, son prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la aseguradora. Todos los asegurados que integran la póliza quedan amparados por este contrato.

Copago:

Participación económica a cargo del asegurado al utilizar los servicios, la cual puede ser dada como un porcentaje del costo del servicio o una cantidad fija. El

asegurado deberá cubrir este pago al momento de cubrir este pago al momento de recibir la atención servicio de salud.

Dependientes Económicos:

El cónyuge del asegurado principal y sus hijos menores a 25 años, siempre y cuando no reciban ingresos propios como remuneración de trabajo. Si el asegurado principal es soltero, sus padres serán considerados como dependientes económicos siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación.

Edad:

Se considera como edad de aceptación o renovación la que el asegurado y sus dependientes económicos tengan al momento de la celebración del contrato.

Emergencia Médica:

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

Endoso:

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

Enfermedad:

Cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas que ameriten algún servicio médico.

Enfermedad Infecciosa:

Cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias u hongos.

Enfermedad Congénita:

Se entiende como congénita la enfermedad con la que se nace o que se contrae en el seno del útero materno.

Forma de Pago:

El contratante podrá optar por el pago de la prima en forma fraccionada. A estas parcialidades se les aplica una tasa de financiamiento previamente pactada.

Hospitalización:

Es la estancia justificada y continua del asegurado mayor a 24 horas en una clínica, hospital o sanatorio para la atención de algún padecimiento asegurado. El tiempo de estancia se mide a partir del momento en que el asegurado ingresa como paciente interno a la institución y hasta que sale o deja de permanecer en calidad de paciente interno.

Inicio de Cobertura:

La fecha en que el asegurado es dado de alta en una póliza de seguro de salud.

Inicio de los Servicios:

La fecha de inicio de los servicios será a los tres días hábiles siguientes de la fecha de solicitud y de haber recibido el pago de la prima correspondiente, por parte del asegurado.

IMSS:

Instituto Mexicano del Seguro Social

INPC:

Indice Nacional de Precios al Consumidor

ISES:

Instituciones de Seguro Especializadas en Salud.

ISSFAM:

Instituto de Seguridad Social a las Fuerzas Armadas de México

ISSSTE:

Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado

LGISMS:

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

OPC:

Reserva de Siniestros Ocurridos pendientes de cumplir, como su nombre lo indica, es la reserva que debe de constituir la aseguradora de todos aquellos siniestros ocurridos que le fueron reportados y esta aún no los ha pagado.

OPNR:

Reserva de Siniestros Ocurridos no Reportados, esta reserva la debe de constituir la compañía aseguradora para responder a los siniestros que ya ocurrieron pero que aún no le han sido reportados, esta reserva es una estimación.

SHCP:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

BIBLIOGRAFIA

Publicaciones de Salud – Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los seguros de salud – Revista Milenio

Pagina de Internet de la Secretaria de Salud: <http://www.ssa.gob.mx>

Pagina de Internet de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
<http://www.cnsf.gob.mx>

Pagina de Internet del Instituto Mexicano del Seguro Social:
<http://www.imss.gob.mx>

Indicadores de los Reportes cuatrimestrales de Salud de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros A.C

Artículos referentes a la salud – Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Ley del Seguro Social