



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**"DISEÑO DE UNA COBERTURA BASICA PARA UN SEGURO
DE SALUD AL ALCANCE DE LA POBLACION"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

A C T U A R I O

P R E S E N T A :

MAURICIO DAVID RIOS GALLEGOS



**FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM**

DIRECTOR DE TESIS: ACT. RICARDO HUMBERTO SEVILLA AGUILAR

2005

m.341299

**FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

NOMBRE: Mauricio David Ríos Gallegos

FECHA: 27 - febrero - 2005

FIRMA: [Signature]

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:
 "Diseño de una cobertura básica para un seguro de salud al alcance de la población

realizado por MAURICIO DAVID RÍOS GALLEGOS

con número de cuenta 09433292-0 , quien cubrió los créditos de la carrera de:
 ACTUARIA

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
 Propietario

ACT. RICARDO HUMBERTO SEVILLA AGUILAR

[Signature]

Propietario

ACT. ALFONSO PARRAO GUZMAN

[Signature]

Propietario

ACT. FERNANDO PEREZ MARQUEZ

Fernando Perez M.

Suplente

M. en I. FERNANDO ELEAZAR VANEGAS CHAVEZ

[Signature]

Suplente

ACT. MIGUEL ANGEL TORRES RAMIREZ

[Signature]

Consejo Departamental de Matemáticas

ACT. JAIME VAZQUEZ ALAMILLA DE CIENCIAS

CONSEJO DEPARTAMENTAL

DE

MATEMÁTICAS

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO DE
TITULACIÓN A MIS PADRES QUIENES
EN TODO MOMENTO ME HAN
OFRECIDO SU RESPALDO Y COBIJO
EN MI FORMACIÓN PERSONAL Y
PROFESIONAL.

Agradecimientos

A mis padres

A ellos que han disfrutado, sufrido, llorado y crecido conmigo

A ellos que también son mis mejores amigos

A ellos que siempre han confiado en mí

A ellos que me han apoyado en todo momento les dedico este trabajo, esta vida y esta alegría, los quiero.

A mi Papá

Gracias por ayudarme a crecer y madurar y por siempre estar ahí cuando necesite de alguien que me orientara gracias por ayudarme a ser quien soy.

A mi Mamá

Gracia por enseñarme como debe ser una persona de bien, una persona honesta y trabajadora y por ser tan linda conmigo y a pesar de todo sentirte orgullosa de mí.

A mis hermanos

Lety y Pache, Male y Villa, Lucha y Gaby, Vic e Irma gracias por siempre estar ahí para ayudarme a abrirme paso en esta vida tan difícil.

A Lucero

Gracias por ser la nueva luz que guía mi camino, por apoyarme y por quererme tanto.

A mi Abuelita Flor

Por siempre demostrarme su cariño incondicional.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias



El himno universitario fue compuesto (letra y música) por un grupo de soñadores universitarios enamorados de los históricos patios de la Preparatoria sita en San Ildefonso. El principal motivador de este grupo fue Ernesto Agapito Navas, quien además de haber sido capitán del equipo (de futbol americano) en 1935, fue el head Coach desde 1939. El himno fue creado en 1940 por este grupo integrado por: Luis Pérez Rubio, Alfonso de Garay, Gloria Vicens y Ángel Vidal que unidos al talento de Ismael Tío Valdez, quien tocaba piano por nota, lograron la música y la letra.

**¡Oh , Universidad! Escucha con qué ardor
entonan hoy tus hijos, este himno en tu honor.
Al darte la victoria honramos tus laureles,
conservando tu historia que es toda tradición.
Unidos venceremos y el triunfo alcanzaremos,
luchando con tesón, por ti, Universidad.
Universitarios, icemos siempre airoso
el pendón victorioso de la Universidad.
Por su azul y oro, luchemos sin cesar,
cubriendo así de gloria tu nombre inmortal
¡ México, Pumas, Universidad !**

El Canto a la Universidad, escrito por Romeo Manrique de Lara y musicalizado por Manuel M. Bermejo, fue declarado himno oficial de la Universidad por el Rector Nabor Carrillo (1953-1961) y está escrito para ser cantado por un coro de maestros y alumnos.

**Universidad Universidad
Por mi raza el espíritu hablará
Por mi raza el espíritu hablará
(Maestros)**

**En el lema que adoptamos
Para nuestro laborar
El afán así expresamos:
Estudiar para enseñar
Somos los educadores
Nos anima el ideal
De encender los resplandores
Del camino sin fanal
Ser para los demás
Lo suyo a todos dar
Sabiendo para prever
Previniendo para obrar
(Alumnos)**

**En nosotros reside el anhelo
De alcanzar la verdad y el saber
Nuestras alas presienten el vuelo
De la ciencia, el amor y el deber
Que nos guíe la voz del maestro
A alcanzar el sublime ideal
Y un mañana de luz será nuestro
De la patria diadema triunfal
Universidad Universidad
Por mi raza el espíritu hablará
Por mi raza el espíritu hablará**

Introducción	4
---------------------	---

CAPITULO I

1. Origen de la Seguridad Social	6
1.1. Antecedentes	6
1.2. Desarrollo de la Seguridad Social en México	9
1.3. Necesidad de una Protección Social de Salud	15
1.4. Creación de un Nuevo Ramo de Seguros	18

CAPITULO II

2. Aspectos Normativos	20
2.1. Problemática Sobre los Servicios Médicos Prepagados	33
2.2. Reglas para la Operación del Ramo de Salud (RORS)	37
2.2.1. Requisitos de Autorización	39
2.2.2. Capital Mínimo Pagado (CMP)	40
2.2.3. Dictamen Provisional, Definitivo y Anual	40
2.2.4. Contralor Médico	42
2.2.5. Expediente Clínico	44
2.2.6. Control de la Utilización de los Servicios Médicos	45
2.2.7. Mejora Continua en la Prestación del Servicio Médico	45
2.2.8. Constitución e Incremento de las Reservas Técnicas	45
2.2.9. Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual	46
2.2.10. Reaseguro	47
2.2.11. Capital Mínimo de Garantía	48
2.2.12. Régimen de Inversión de Reservas Técnicas	48
2.2.13. Contabilidad	48
2.2.14. Sistemas Estadísticos	48
2.2.15. Operación y Comercialización de los Seguros de Salud	49
2.2.16. Sanciones	50

CAPITULO III

3. Condiciones Generales	52
• Objeto del Contrato	52
• Definiciones	52
• Bases del Contrato	54
• Duración del Contrato	56
• Prima	57
• Requisitos de Aseguramiento	58
• Obligaciones	59
• Servicios Cubiertos	60
• Exclusiones	61
• Liberación de responsabilidades	63

• Suma Asegurada	63
• Responsabilidad del Usuario	64
• Otros seguros	64
• Territorialidad	64
• Moneda	64
• Notificaciones	64
• Competencia	64
• Interés Moratorio	64

CAPITULO IV

4. Nota Técnica	65
4.1. Nombre Comercial	65
4.2. Objetivo	66
4.3. Características Generales del Plan	66
4.4. Descripción de la Cobertura	66
4.5. Bases Técnicas	67
4.5.1. Calculo de la Prima de Tarifa	67
• Prima De Riesgo Por Miembro Por Mes	67
• Frecuencia Anual	67
• Severidad por Servicio	68
• Prima de Riesgo por Servicio	69
• Prima de Riesgo Total	69
• Determinación de los Factores de los Copagos	69
• Copago en Monto fijo	69
• Copago en Porcentaje	70
• Copago por Servicio	70
• Prima de Riesgo por Servicio Aplicando el Copago	70
• Prima de Riesgo Total Aplicando el Copago por Servicio	71
• Cálculo de los Factores	71
• Cálculo de la Prima de Riesgo por Miembro por Mes	71
• Cálculo de los Factores de los Copagos	72
• Prima de Riesgo Actual PMPM Aplicando los Factores de Copago	72
• Inflación	73
• Prima de Riesgo	73
• Prima de Riesgo Considerando la Edad y el Sexo	73
• Prima de Tarifa	74
• Gastos y Utilidad	74
• Extra Prima Médica	75
• Perdida Máxima Posible	76

CAPITULO V

5. Caso Práctico	77
5.5.1. Calculo de la Prima de Tarifa para dos ejemplos	77
• Prima De Riesgo Por Miembro Por Mes	77

• Prima de Riesgo por Servicio	78
• Prima de Riesgo Total	80
• Determinación de los Factores de los Copagos	80
• Copago en Monto fijo	81
• Copago en Porcentaje	81
• Copago por Servicio	81
• Prima de Riesgo por Servicio Aplicando el Copago	82
• Prima de Riesgo Total Aplicando el Copago por Servicio	82
• Cálculo de los Factores	82
• Cálculo de la Prima de Riesgo por Miembro por Mes	83
• Cálculo de los Factores de los Copagos	84
• Prima de Riesgo Actual PMPM Aplicando los Factores de Copago	85
• Inflación	85
• Prima de Riesgo	85
• Prima de Riesgo Considerando la Edad y el Sexo	85
• Prima de Tarifa	87
• Gastos y Utilidad	87
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFIA	89

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos el hombre ha tenido la necesidad de proteger la salud¹ de sí mismo y de su familia, para ello, ha ido creando mecanismos de protección que han evolucionado con la finalidad de ofrecer cada vez más y mejores servicios de salud. Sin embargo, el crecimiento demográfico de la población en forma exagerada, hace que ésta se enfrente a ciertos problemas como son: epidemias, enfermedades crónicas degenerativas y nuevas enfermedades, entre otros. Además las cambiantes necesidades de atención médica requieren una actualización continua en cuanto a calidad y eficiencia del servicio médico ofrecido.

La presente tesis esta encaminada a proveer un cálculo general de la prima de riesgo y de la prima de tarifa, para una población general en México, sin embargo, este cálculo se puede adecuar a otros países, ya que el mencionado calculo se encuentra basado en estadísticas del sector asegurador las cuales se pueden adecuar a este trabajo siempre y cuando ayude a aquellas personas interesadas en conocer una forma de calcular dichas primas, así como a las empresas que no están tan inmersas en el campo de los seguros, como las administradoras de salud y los hospitales interesados en la posibilidad de convertirse en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y al público en general interesado en el tema y que no tenga un fácil acceso a la información que este tópico refiere.

Por lo que la presente, se encuentra dirigida a demostrar que se puede conseguir un cálculo fácil y confiable para la prestación de un servicio prepago de salud, los cuales están dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado o cuando se establezca sus beneficiarios en forma directa, ya sea con recursos propios o mediante recursos de terceros o ambos, a través de la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud; ofreciendo con ello a través de la ISES una alternativa a la población para obtener Servicios Médicos con la calidad y eficiencia necesarias para tal efecto, con costos más accesibles así como una infraestructura adecuada, sin que se pierdan los derechos de los asegurados que adquieren este tipo de seguros y el cumplimiento de los contratos por parte de la Aseguradoras.

En México existen diversos organismos, tanto públicos como privados, encargados de prestar los servicios médicos que demandan la sociedad. Los organismos públicos, pese a que son financiados de manera tripartita, no obtienen recursos suficientes para satisfacer tal demanda, dejando mucho que desear en cuanto a calidad y eficiencia. Por

¹ Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

lo que concierne a los organismos privados, en la mayoría de las ocasiones, sus costos son tan elevados que la atención médica se vuelve elitista y sólo puede ser adquirida por aquellos que tengan la capacidad económica suficiente para acceder a esos servicios. En otros casos, puede darse la opción de que algunos organismos privados ofrezcan servicios pagados por el usuario de manera anticipada a que éste los utilice, a un costo muy bajo y que por no tener un sustento técnico financiero, corran el riesgo de insolvencia quedando imposibilitados para hacer frente a sus obligaciones.

Ante esta problemática que es mundial, México ha decidido regular este mercado en crecimiento procurando el sano desarrollo de competencia entre estos organismos, garantizando al mismo tiempo la protección a los usuarios de los servicios médicos. Para ello, se modificó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de seguros, creando una nueva figura aseguradora, denominadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que serán las únicas instituciones privadas autorizadas a operar en materia de salud, ofreciendo servicios prepagados con relación al fomento, prevención, restauración y rehabilitación de la salud de los usuarios, mediante productos de Seguros que estarán debidamente registrados, autorizados y supervisados por la comisión Nacional de seguros y Fianzas así como por la Secretaría de Salud.

Con dicho mecanismo, se estima que el 95% de la población que se encuentra fuera de la Seguridad Social o Privada utilice los servicios de las ISES, accediendo a costos razonables y recibiendo atención médica eficiente y de calidad. Esto será posible a través de la vigilancia y supervisión de la calidad en el servicio y en la infraestructura de las instalaciones de los prestadores de este servicio, la solvencia de la instituciones y sobre todo, ofreciendo planes de servicios médicos competitivos tomando en cuenta la cobertura y precio del servicio para que la población en general tenga acceso a éste.

Además, en términos macroeconómicos, se espera que con la introducción de las ISES, el número de compañías se seguros se incremente en un futuro muy próximo, que combinado con su participación en primas directas, influirá con ello en la penetración del mercado mexicano repercutiendo en el Producto Interno Bruto.

El presente trabajo consta de 5 capítulos, en los cuales se busca adentrar al lector en los orígenes de la Seguridad Social, el aspecto legal y normativo para la regulación de una aseguradora que se especialice en el ramo de Salud, así como los elementos técnicos y legales que se consideran para la creación de un seguro de salud, la documentación contractual que sustente el aspecto técnico de las cobertura y por ultimo un ejemplo de cómo se implementarían los elementos técnicos propuestos.

CAPITULO I

1. Origen de la Seguridad Social

Dentro de las necesidades del ser humano están las del cuidado de la salud, por eso se crean sistemas financiados por el estado que brinden dicha protección estableciéndolo como un derecho humano; pero muchas veces estos sistemas presentan deficiencias, algunas veces hasta el punto en que los sistemas son incapaces de satisfacer las demandas de servicios de los usuarios. En este capítulo, veremos el origen de la Seguridad Social, las deficiencias del sector Público de salud, así como las alternativas que tienen los usuarios para obtener servicios médicos de alta calidad.

1.1. Antecedentes

A lo largo de la existencia del hombre, ha estado presente el concepto de solidaridad humana, que se manifiesta en la reacción de ayudar a individuos en estado de necesidad o desgracia. En un principio, el apoyo a los necesitados surge como un acto privado bajo el concepto de "ayuda mutua". Diversos mecanismos fueron utilizados, como por ejemplo las "cajas de comunidad", las cuales eran sostenidas con el producto de una parcela cultivada colectivamente, con lo que se procuraban bienes a huérfanos, viudas, ancianos, inválidos y enfermos.

Mediante las leyes, se hizo obligatorio a patronos y obreros a participar en sistemas que trataban de ofrecer a toda la población, los medios necesarios para poder hacer frente a la vejez, los accidentes o la falta de trabajo, participando el Estado en la financiación y administración del mismo. La comunidad reconoció la obligación de proteger al ciudadano de la indigencia, no como una cuestión de caridad, sino de derecho. Ello implicaba una nueva conciencia de que la pobreza incluso la de hombres perfectamente capaces, no se debía a la pereza, alcoholismo, inmoralidad o falta de previsión de la que sólo el mismo individuo era culpable. El sistema comenzó en Alemania en 1880, extendiéndose rápidamente por la mayoría de los países europeos, y llegó a su culminación en el Reino Unido, en la primera década del siglo XX.

Entre las causas profundas de la reforma social en Alemania, se han señalado las siguientes:

- La conservación de una antigua tradición, autoritaria y paternalista, según la cual era misión del Estado velar por el bienestar de sus súbditos.

- El carácter del liberalismo alemán, fuertemente influido por las ideas de burócratas e intelectuales más que por los impulsos hacia la economía libre de comerciantes e industriales (como consecuencia de lo relativamente tardío de la industrialización en este país).
- El desarrollo de una poderosa burocracia estatal, acostumbrada a enfrentar a los problemas sociales, hizo sentir a las clases proletarias el peligro del proletariado revolucionario y despertó en ellas un espíritu reformista para tratar de conjurarlo.

Los estímulos inmediatos para la reforma fueron, por una parte, el agravamiento de los problemas sociales, como consecuencia de la aceleración del proceso de industrialización que siguió a la unificación e inmediatamente después a la crisis económica que comenzó en 1873. También se debió a una mayor vivencia por parte del Kaiser Otto Von Bismarck y las fuerzas del orden, de la amenaza del movimiento obrero organizado, después de la unificación de los partidos obreros en 1875 y de los éxitos conseguidos por los candidatos socialistas en las elecciones de 1874 y 1877. Las iniciativas, de tipo intelectual, relacionadas con el problema social se multiplicaron, tanto por parte de los grupos cristianos, católicos y protestantes, como de los partidos conservadores, e incluso, liberales. A lo largo de los años ochenta del siglo XIX y de acuerdo con la orientación expuesta en el mensaje imperial de noviembre de 1881, fueron aprobadas las siguientes leyes:

- Ley de seguro de enfermedad (1883), escasamente polémica y cuya importancia fue inicialmente subestimada, que se proponía únicamente la consolidación y el desarrollo de las instituciones existentes. Su financiación corría a cargo de los obreros, dos tercios de los fondos necesarios y los patronos el resto.
- Ley sobre accidentes de trabajo (1884), aprobada después de que dos proyectos anteriores fueran rechazados. La ley suprimió la cláusula anteriormente existente en la legislación por la que los trabajadores debían probar la culpabilidad del patrón en los accidentes y excluyó a las compañías de seguros privadas. Los fondos previstos para su funcionamiento se basaban únicamente en las contribuciones de los empresarios, aunque transferían el riesgo del empresario individual a las asociaciones empresariales basadas en la ocupación y en el tipo de riesgo. Al mismo tiempo, limitaba las reclamaciones por parte de los accidentados (en el caso de incapacidad o invalidez total), a los dos tercios del salario.
- La ley de pensiones de vejez e incapacidad (1889), aprobada en términos distintos a los inicialmente propuestos por el gobierno y también después de que otro proyecto gubernamental fuera completamente rechazado, establecía un sistema de seguro obligatorio para patronos y obreros, subsidiado por el gobierno, con contribuciones progresivas, sobre la base de cuatro categorías de ingreso.

La finalidad principal de toda esta legislación fue tratar de contrarrestar la influencia socialista entre los obreros, de forma complementaria a las leyes represivas contra el partido socialdemócrata. Lo que se pretendía con ambos tipos de medidas era mantener

la lealtad hacia el Estado de los obreros que todavía no habían sido ganados por la doctrina socialista y destruir al partido socialdemócrata o al menos frenar su crecimiento, impidiendo sus actividades y minando el apoyo que los obreros le prestaban.

Los obreros industriales entre quienes era mayor la influencia socialista, fueron por éste hecho, los primeros beneficiados de una legislación que sólo más tarde se amplió a otros grupos de trabajadores, como los empleados en el campo, en la industria rural o en el servicio domestico, cuya situación económica era sustancialmente peor que la de aquellos.

A favor de los obreros industriales, no obstante, también jugaba el hecho de que eran a quienes daban más garantías de que el sistema funcionara correctamente, al poder pagar su contribución al mismo de forma regular, dado lo relativamente seguro de su trabajo y lo alto de su salario, en comparación con los demás trabajadores. La finalidad antisocialista no fue, sin embargo, el único factor político presente en el planteamiento de las leyes de previsión y en la forma concreta como fueron aprobadas. Bismarck trató de utilizarlas para hacer aparecer a la Monarquía como defensora de los intereses de los grupos sociales más desprotegidos y sobre todo como medio para que sus proyectos de reforma fiscal y económica fueran aprobados. El parlamento, sin embargo, rechazó los proyectos más estatistas del canciller y terminó aprobando leyes cuyo funcionamiento y administración dependía más de patronos y obreros que de la burocracia estatal.

El ejemplo alemán fue seguido por varios Estados. Austria introdujo el seguro contra accidentes en 1887 y el seguro de enfermedad en 1888. Suiza autorizó al gobierno federal a organizar un programa de seguridad social, mediante una enmienda constitucional de 1890, Dinamarca adoptó el sistema alemán entre 1891 y 1898 y Bélgica entre 1894 y 1903. Italia estableció el seguro de accidentes y de vejez en 1898. El seguro contra accidentes fue introducido en Noruega en 1894, en Inglaterra en 1897, en Francia en 1898, en España y en Holanda en 1900, en Suecia en 1901 y en Rusia en 1903. La gran legislación social en el Reino Unido fue muy tardía en comparación con la alemana ya que el establecimiento de un sistema nacional de seguridad social, fue obra del gobierno liberal que se formó después de las elecciones de 1906.

Durante el último tercio del siglo XIX, tanto gobiernos liberales como conservadores promulgaron diversas leyes de contenido social, pero eran acciones muy limitadas que no implicaban ningún cambio en la doctrina mantenida por ambos partidos a lo largo del siglo. La ideología predominante en el partido liberal era la forma clásica del liberalismo, individualista y partidario de la mínima intervención estatal.

Posteriormente con el incremento en el volumen de las necesidades sociales, surgieron instituciones que se dedicaron a la ayuda mutua, la beneficencia pública y la asistencia social. Estas instituciones eran auspiciadas principalmente por religiosos y por grupos altruistas. A esto siguió la fundación de hospitales, donde se practicaba la caridad, la fraternidad y el auxilio mutuo, brindando atención a los enfermos. A pesar de la importante función que desempeñaron estas instituciones, la caridad y la asistencia privada no pudieron abarcar la generalidad de los casos de necesidad social; esto, aunado a la agravación de los riesgos laborales por utilización de nuevas técnicas industriales

generalizó las enfermedades de trabajo, aceleró la vejez, aumentó la insalubridad por el desordenado asentamiento humano y como consecuencia, se incrementó la mortalidad, surgiendo además los accidentes de trabajo y el desempleo.

En su conjunto, estos hechos dieron origen a la época de prevención del riesgo y protección médica del individuo, la familia y la sociedad, mediante el ahorro individual y la organización de asociaciones de carácter profesional, que fueron la base de las instituciones de seguridad social que actualmente conocemos y que si bien es cierto, en un principio atendieron principalmente las situaciones derivadas de accidentes y enfermedades laborales, también lo es que posteriormente, cubrieron todas las necesidades relacionadas con la salud de las personas de forma general.

1.2. Desarrollo de la Seguridad Social en México

Con el decreto de la Ley del Seguro Social, se crea en 1944 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual se encarga de la organización y administración de la seguridad social en México, cuya finalidad ha sido desde entonces "garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado". Para cumplir con tales propósitos, el Instituto cuenta con cuatro ramos de aseguramiento: Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte; Riesgos de Trabajo; Enfermedades y Maternidad; así como Guarderías, permitiendo al IMSS proporcionar grandes beneficios a los trabajadores, a sus familias y a las empresas, al mismo tiempo que promueve la salud y el bienestar de la sociedad.

Posteriormente a la fundación del IMSS, se crearon otras instituciones y programas que otorgan servicios de bienestar social, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto del Seguro Social para la Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), el Fondo para la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), además de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud (SS).

Sin embargo, los mexicanos demandan mejores niveles de vida, estabilidad, certidumbre en los empleos, mejoras salariales, mejores y más equilibradas condiciones al momento de retiro laboral; es por ello que el Gobierno estableció el Plan Nacional de desarrollo 1995-2000, para impulsar el desarrollo nacional y que particularmente en Salud, tenía por objetivo abatir las desigualdades sociales y regionales, tratos inadecuados por parte de los servidores públicos, la inseguridad de la población por el riesgo de sufrir gastos catastróficos.

Actualmente, el IMSS cuenta con una infraestructura superior a mil setecientas unidades médicas a las cuales asisten más de setecientas mil personas por día, además, cubre cerca de un millón y medio de pensiones mensualmente y en sus guarderías recibe a sesenta y un mil niños diariamente. No obstante lo anterior, el Estado reconoce que el sistema público tiene deficiencias y limitaciones que es necesario corregir y pretende hacerlo a través de la generación de ahorro interno y crecimiento del empleo, además de resolver la situación de crisis financiera por la que actualmente atraviesa dicho Instituto.

Desde que el IMSS fue creado, ha sufrido varias modificaciones con el fin de ampliar y mejorar la calidad en el servicio, pero durante su trayectoria institucional se han efectuado transferencias de recursos entre los distintos ramos de aseguramiento, especialmente del ramo de Enfermedades y Maternidad, el cual al ser creado en 1943, consideró una cuota para dar el servicio exclusivamente al trabajador, servicio que con la misma cuota, fue extendido a sus familiares directos provocando así un desequilibrio financiero.

Lo anterior ocasionó que el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, ya no tuviera reservas para cubrir las pensiones y que el ramo de Guarderías no tuviera recursos para favorecer su crecimiento y satisfacer la demanda del servicio, obligando a estos dos ramos a dejar de transferir recursos al ramo de Enfermedades y Maternidad, con lo cual se marca una pauta que exige una transformación que permita garantizar la suficiencia financiera del ramo.

Dentro de los factores que han favorecido el desequilibrio financiero del ramo de Enfermedades y Maternidad, se encuentra la incorporación al esquema de diversos grupos en condiciones irregulares de trabajo, tales como: trabajadores estacionales del campo, miembros de sociedades locales de crédito ejidal, productores y trabajadores de caña de azúcar, henequeros, tabacaleros, algodoneros, caficultores, vendedores de lotería, entre otros.

Por otra parte, las enfermedades crónico degenerativas, características de las sociedades avanzadas, han aumentado y además, no se puede pasar por alto el hecho de que las contribuciones y la cobertura de la seguridad social están directamente vinculadas a la situación del empleo y los salarios, ya que al disminuir el empleo formal, se mantiene la cobertura y bajan los ingresos del instituto.

La recaudación al estar ligada a los salarios y no al costo de los servicios, depende de la evolución de éstos, por lo que en épocas en que los salarios no crecen en términos reales, los ingresos institucionales disminuyen. Por otra parte, los recursos del Instituto perteneciente a otros ramos, por ejemplo, Retiro, Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, Riesgos de Trabajo, Guarderías, fueron destinados en actividades culturales y deportivas, se vieron seriamente afectados porque se utilizaron para solventar el ramo de Enfermedades y Maternidad, además de verse involucrados otros factores como la corrupción.

En la iniciativa de la nueva Ley del Seguro Social (LSS) de 1995, se propusieron modificaciones al ramo de Enfermedades y Maternidad con el objetivo de ampliarlo y

ORIGEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

fortalecerlo. Éstas consistieron en separar el financiamiento de las prestaciones en especie, del financiamiento de las prestaciones en dinero, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, lo cual implicó la creación de un Seguro para la Familia con el que cualquier trabajador que no sea sujeto al régimen obligatorio, podrá establecer un contrato con el Instituto para que él y su familia tengan derecho a las prestaciones médicas y de igual manera, las empresas podrán suscribir convenios con reversión de cuotas² para beneficios de sus empleados sin poner en riesgo el equilibrio financiero del Instituto.

Las fuentes de financiamiento del IMSS son tripartitas, en porcentajes de salario base de cotización³ hasta 1996 se expresan a continuación:

RAMO	EMPLEADO	EMPRESA	ESTADO	TOTAL
Enfermedad y Maternidad	3.125%	8.750%	0.625%	12.500%
Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte	2.125%	5.950%	0.425%	8.500%
Riesgos de Trabajo	0.000%	3.300%	0.000%	3.300%
Guardías	0.000%	1.040%	0.000%	1.040%
Retiro	0.000%	2.000%	0.000%	2.000%
TOTAL	5.250%	21.040%	1.050%	27.340%

Es decir la aportación total por trabajador al IMSS era la siguiente:

Estado	3.841%
Empresa	76.957%
Empleado	19.203%

Pero a partir de 1997, las fuentes de financiamiento del IMSS son las siguientes:

² Convenios con quienes tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la devolución de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos.

³ Para efectos de la Ley del Seguro Social, el salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo, con excepción de los conceptos previstos en el artículo 27 de la mencionada Ley.

RAMO	EMPLEADO	EMPRESA	ESTADO	TOTAL
Enfermedad y Maternidad:				
a) Prestaciones en Especie:				
Salario < 3 veces el SMGVDF	0.000%	13.900% ⁽¹⁾	13.900% ⁽¹⁾	27.800%
Salario > 3 veces el SMGVDF	2.000% ⁽²⁾	6.000%	0.000%	8.000%
b) Prestaciones en dinero	0.250%	0.700%	0.050%	1.000%
Riesgos de Trabajo	0.000%	3.300%	0.000%	3.300%
Invalidez y Vida	0.625%	1.750% ⁽³⁾	0.125%	2.500%
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	1.125%	3.150%	0.225% ⁽⁴⁾	4.500%
Guarderías	0.000%	1.000%	0.000%	1.000%
Servicio de salud a pensionados	0.375%	1.050%	0.075%	1.500%

(1) A aplicar sobre 1 SMGVDF

(2) A aplicar sobre la diferencia entre el salario base y tres veces el SMGVDF

(3) Fórmula bajo la cual las empresas pueden determinar su grado de riesgo (Art. 72)

(4) Más un 5.5% del SMGVDF que aportará el Gobierno Federal por concepto de cuota social.

(3)

$$\text{Prima} = [(S/365) + V * (I - D)] * (F / N) + M$$

Donde:

V = 28 años, duración promedio de vida activa de un individuo que haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.

F = 2.9 es el factor de prima.

N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.

S = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.

I = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes, parciales y totales, divididos entre 100.

D = Número de defunciones.

M = 0.025 es la prima mínima de riesgo.

Es decir, la aportación total por trabajador al IMSS es la siguiente:

APORTACIONES	SALARIO < 3 SMGVDF	SALARIO > 3 SMGVDF
EMPLEADO	20.069%	5.709%
EMPRESA	77.752%	59.736%
ESTADO	2.179%	34.555%

Por su parte, el Instituto Mexicano del seguro Social ISSSTE está orientado a los trabajadores al servicio de las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los poderes de la unión. Este sistema otorga dentro de su régimen obligatorio los seguros de Enfermedades y Maternidad, de Riesgos de Trabajo, de Jubilación, de Retiro por Edad y Tiempo de Servicio, de Invalidez, por causa de Muerte y de Cesantía en Edad Avanzada.

Las dependencias y entidades públicas sujetas al régimen de la Ley del ISSSTE, aportan el 17.75% del sueldo básico de cotización, el cual se distribuye en los diferentes seguros, servicios y prestaciones que otorga este instituto, y el trabajador aporta el 8% del mismo sueldo, el cual se distribuye de igual forma que el anterior (seguros, servicios y prestaciones).

El ISSFAM está orientado a los militares, entendiéndose como militar los miembros del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Armada de México. Para su financiamiento las cuotas son aportadas por los militares y por el Gobierno Federal y para el otorgamiento de las prestaciones se divide en los siguientes ramos: Riesgos en Servicio, Riesgos Fuera de Servicio, Maternidad, Retiro, Invalidez, Indemnización por Muerte y Habitación.

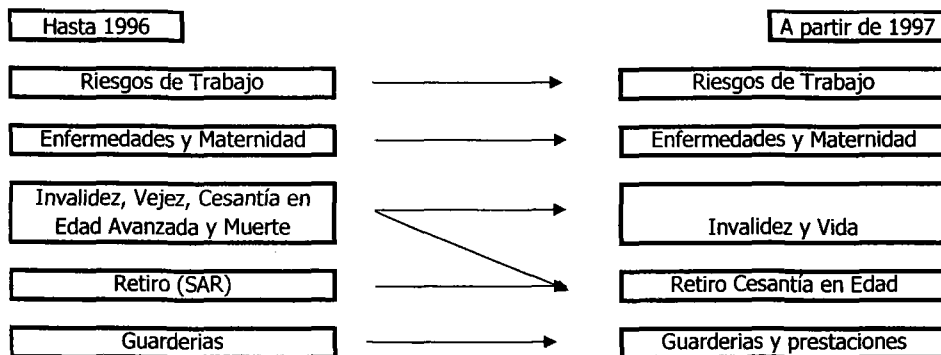
El SAR entró en vigor en 1992, con la finalidad de proporcionar a los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE un retiro decoroso en el momento de la jubilación. En un sistema complementario, individualizado y de capitalización, en el cual participa el sistema bancario, ya que el patrón elige una institución bancaria donde el trabajador tiene una cuenta individual, en la cual se deposita en forma bimestral el 2% del salario base de cotización, el 5% que corresponde a la vivienda (INFONAVIT o FOSISSSTE), con el rendimiento mínimo del 2% capitalizable mensualmente. Además, este sistema contempla aportaciones voluntarias por parte del trabajador, el cual tiene el control sobre sus recursos, verificando en su estado de cuenta las aportaciones efectuadas por el patrón.

Todas estas instituciones encargadas de la Seguridad Social en México fueron creadas para ofrecer planes de beneficios para los empleados. Dichos planes se definen como "los instrumentos que llevan a los trabajadores a alcanzar estados de satisfacción de tranquilidad mental, seguridad económica y desarrollo personal, los cuales permiten optimizar los recursos disponibles por la empresa para ese fin"⁴.

De esta manera, a partir de 1995 se desarrollan estudios acerca de la seguridad social en el país y en especial sobre la situación financiera del IMSS, así como los efectos de la cantidad y calidad de los servicios que esta presenta advirtiéndose la necesidad de aumentar el ahorro del país con el fin de atender la "Deuda Social". Así surgió la iniciativa gubernamental de mejorar el sistema de seguridad social que se utilizaba en ese entonces en México, en especial el sistema de pensiones transformando radicalmente su operación y financiamiento, con la finalidad de adecuarlo a la realidad que vivía el país y en diciembre de ese año, se aprobó la iniciativa de las modificaciones a la Ley del Seguro Social, que entraron en vigor en julio de 1997.

Para la operación del nuevo Sistema de Pensiones, el IMSS reestructuró sus ramos de la siguiente forma, el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte se dividió en dos, el primero de Invalidez y Vida y el segundo de Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, el cual se une con el SAR formando el ramo de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

⁴ Ley General de Salud, 2000



Con las modificaciones a la Ley del Seguro Social que se realizaron en 1997, los cambios de mayor trascendencia fueron:

- En el seguro de Invalidez y Vida y en el ramo de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez el límite se incrementa gradualmente de 10 a 25 DSMGVDF.
- Se incrementa la participación del Estado, tanto en su aportación con la nueva cuota social del 5.5% del SMGVDF, garantizando una pensión mínima que el Estado garantiza a favor de los asegurados que cumplieron con los requisitos de edad y semanas cotizadas exigidas para la pensión de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, pero que no alcanzan a pagar con los fondos de su cuenta individual lo correspondiente a la contratación de un seguro de renta vitalicia. Este seguro equivale a 1 SMGVDF mensual y adoptará la forma de retiros programados, la cual aumentará conforme aumenten los precios, es decir, su monto crece al mismo nivel que la inflación.
- Como requisito para acceder a una pensión derivada del ramo de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez se deberán tener 1250 semanas cotizadas, mientras que la Ley anterior sólo exigía 500 semanas.
- A pesar de que los únicos recursos con que se integra la subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez son las aportaciones correspondientes a este ramo, dichos recursos son tomados en cuenta también para el cálculo del monto constitutivo⁵ en caso de Riesgos de Trabajo, Invalidez y Vida, haciendo contribuir al trabajador con sus ahorros para el retiro.
- En caso de Invalidez, el monto de la pensión será el 35% del promedio de las últimas 500 semanas cotizadas actualizadas con el Índice Nacional de Precios al

⁵ Monto que se necesitara para la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia.

Consumidor (INPC), mientras que en la Ley anterior, el monto era el promedio de las últimas 250 semanas cotizadas.

Como resultado de esas modificaciones al sistema de pensiones del IMSS, las aseguradoras utilizaron esas operaciones incrementando el nicho de mercado en que participaban para dar paso a nuevas compañías especializadas, ya que a partir de ese año pueden ofrecer seguros de rentas vitalicias y sobrevivencia a los asegurados, que pasan a ser pensionados bajo el actual régimen del IMSS, diseñando un plan de pensiones para los asegurados y/o beneficiarios.

Con las modificaciones al sistema de pensiones del IMSS, se previó desde el principio un beneficio a la sociedad en su conjunto, ya que fomentará el ahorro a largo plazo por medio de la utilización transparente de los recursos de los trabajadores, canalizándolos a inversionistas que fomenten la actividad productiva nacional, la mayor generación de empleo, la construcción de vivienda, el desarrollo de la infraestructura y el desarrollo regional.

1.3. Necesidad de una Protección Social de Salud

En lo que respecta a Salud, durante el año de 1999 el IMSS proporcionó servicios médicos al 57% de la población total del país, 6.7% más que en 1998 y 316,000 familias pudieron contratar el seguro de salud para la Familia. Si bien, la Protección Social de Salud se ha procurado a través del gobierno, también ha coexistido la protección privada, enfocada a grupos minoritarios quienes adicionalmente a la Seguridad Social, contratan un Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Sin embargo, existen empresas como las Instituciones Bancarias que han sido la excepción, ya que han desarrollado para sus empleados una protección independiente de la Seguridad Social, dando una protección médica integral, cubriendo la medicina preventiva o medicina básica y de primer contacto.

Dentro del Sistema Nacional de Salud las instituciones encargadas de brindar el servicio se dividen en tres grupos, dependiendo la forma de obtener su financiamiento:

1.- Instituciones que obtienen financiamiento tripartita, es decir que el financiamiento se constituye por las aportaciones del gobierno, los empleado y los patrones.

Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Secretaría de la Defensa Nacional	SDN
Secretaría de Marina	SM
Petróleos Mexicanos	PEMEX

2.- El segundo grupo opera con recursos Gubernamentales

Secretaría de Salud	SS
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	DIF
Departamento del Distrito Federal	DDF
Instituto Nacional de Adultos en Plenitud	INAP (antes INSEN)

3.- El tercer grupo lo conforman las Instituciones Privadas. Éstas operan bajo la supervisión de la Secretaría de Salud.

En México los organismos públicos y privados del Sector Salud, dedicados a otorgar la cobertura de servicios médicos se han preocupado por mejorarla. El IMSS en lo particular, tiene como consigna dar prioridad a un programa de calidad, es decir, atender bien a todos los derechohabientes principalmente en los rubros siguientes:

- Calidad de los servicios.
- Reducción del tiempo de espera en la consulta médica familiar.
- Abatimiento del diferimiento quirúrgico, es decir, que una persona que requiera una operación no espere al grado de poner en riesgo su vida.
- Reducción en la saturación de los servicios de urgencias.
- Abastecimiento de medicinas.
- Limpieza de sus instalaciones.

Este proceso de renovación del Instituto, es para dar respuesta a la creciente demanda de servicios con mayor calidad y con ello contrarrestar en parte, la mala imagen que tiene no sólo entre sus derechohabientes sino también en la población en general, considerando las acciones siguientes:

- Atención con vocación de servicio.
- Atención domiciliaria al enfermo crónico, es decir, adultos mayores que tendrían que hospitalizarse, puedan estar en su domicilio siguiendo un tratamiento médico para "deshospitalizar", es decir, evitar el uso de hospitales para la atención.
- Plan integral de calidad, los propios trabajadores del IMSS se organizan en equipos de mejora continua para dar soluciones a los problemas más comunes dentro del Instituto.

- Programa piloto respecto a la atención, citas vía telefónica con el médico y la clínica de la zona que más le convenga al asegurado, este servicio actualmente sólo se proporciona en determinadas unidades de medicina familiar. De esta manera, se pretende dar mejores servicios a los asegurados y sus beneficiarios, sin descuidar a los médicos, toda vez que aquellos que den consultas mediante esta modalidad, tendrán el beneficio de percibir una mayor cantidad de ingresos, ya que independientemente de su sueldo, recibirán una cantidad extra por cada derechohabiente que atiendan.

No obstante los avances observados, existen problemas como los epidemiológicos, cambios demográficos de la población, demanda creciente de servicios con calidad y eficiencia, que imposibilitan al sector público a seguir otorgando un servicio de calidad, presentando graves deficiencias.

Dado lo anterior, el sector privado ha realizado grandes inversiones enfocadas a cubrir las deficiencias de capacidad y calidad que tienen las Instituciones de Salud del Sector Público, ofreciendo servicios altamente eficientes dirigidos a la prevención y mantenimiento de la salud, tratando de evitar cirugías y/o tratamientos más complicados.

La situación que provocó los cambios en el Ramo de Salud gira en dos grandes aspectos:

- a) El indudable descrédito por parte del IMSS.
- b) La capacidad de comercialización de las aseguradoras que resalta los beneficios de la iniciativa privada en el Ramo de Salud.

Por tal motivo, algunas compañías aseguradoras han comenzado a prestar servicios médicos y de salud para un mercado de nivel medio y alto a través de clínicas, hospitales y redes médicas privadas, con lo cual se dará una competencia entre el servicio de salud prestado por el Estado y la iniciativa privada.

Por otra parte, existe la posibilidad de revertir el pago de cuotas de la seguridad social, al menos parcialmente a los empresarios que suscriban seguros de enfermedad privados, para sus empleados. Por ejemplo, existen bancos y empresas que han proporcionado a su personal una asistencia médico-sanitaria antes de la entrada en vigor de la Ley de la Seguridad Social, que ya disfrutaban de la reversión de cuotas. Esta medida puede dar un fuerte impulso a los seguros de enfermedad privados, pues en definitiva, supondría otorgar la libertad de elección entre el seguro estatal y el privado.

Con la aprobación de la iniciativa de reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros el 3 de enero de 1997, las aseguradoras entrarán de lleno a la administración de los servicios de salud en sus planes de carácter médico. Situación que les redituará un mayor beneficio por su enorme capacidad de comercialización, teniendo en la mira a las personas que tengan la capacidad económica y que estén inconformes con el sistema de atención médica del IMSS, prestada a través del Seguro de Salud para la Familia, el cual estará en una enorme desventaja.

1.4. Creación de un Nuevo Ramo de Seguros

Debido a las tendencias de los mercados internacionales y a las exigencias del mercado nacional, el 3 de enero de 1997, se lanza un decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), entre los cambios más significativos está el propósito de incluir el Ramo de Salud dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades.

Para ello, se hace una nueva clasificación de los ramos del seguro, en el caso de la operación de Accidentes y Enfermedades, quedando integrado por los ramos de Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud, cada uno dividiéndose en individual, grupo y colectivo.

El decreto define a los nuevos ramos de la siguiente manera:

- Accidentes Personales: "Los contratos de seguros que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito".
- Gastos Médicos: "Los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad".
- Salud: "Los contratos de seguros que tengan por objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado".

Así, el Seguro de Salud es un contrato entre un asegurador y un individuo o grupo, en el cual el asegurador se compromete a proveer coberturas de salud al asegurado por el pago de una cierta prima, con lo cual se pretende prevenir las erogaciones por gastos de prevención o restauración de la salud. Sin embargo, tanto el costo como la amplitud de la protección, depende de cada aseguradora y del tipo particular de cobertura que se adquiera.

Dentro de los servicios de Salud, se distinguen los siguientes niveles de atención a la salud:

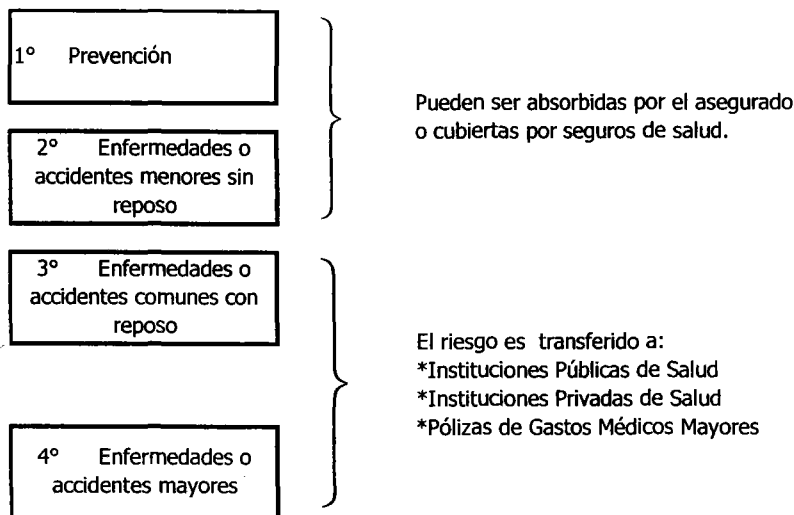
Primero.- Enfocado a preservar y conservar la salud de la población a través de acciones de promoción, protección, etc.

Segundo.- Enfocado al diagnóstico y atención de enfermedades que no necesitan reposo.

ORIGEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Tercero.- Enfocado a la restauración de la salud con atención a daños frecuentes y de mediana complejidad derivados de las etapas anteriores y la atención a pacientes que se presentan con urgencias médicas o quirúrgicas.

Cuarto.- Es la restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y tratamiento que han sido referidos por los otros niveles de atención.



Es decir, la finalidad del seguro de Gastos Médicos Mayores es cubrir al asegurado contra una eventualidad económicamente desfavorable a consecuencia de un accidente o enfermedad que afecte y ponga en riesgo la salud del mismo, mientras que el Seguro de Salud esta enfocado principalmente a la prevención, conservación, restauración y rehabilitación de la salud, entendiéndose por Salud el completo estado de bienestar físico, mental y no sólo de la ausencia de enfermedad.

A través del Seguro de Salud, las personas además de prepagar las visitas al doctor, los chequeos o las emergencias médicas, también previenen tratamientos costosos a causa de enfermedades o accidentes garantizando un costo adecuado por el servicio médico que recibirá según la amplitud de la cobertura contratada.

CAPÍTULO II

2. Aspectos Normativos

Debido a la ausencia de un esquema de regulación de los Seguros de Salud, se había propiciado la existencia de un mercado en crecimiento anárquico y desordenado, así como una competencia desleal e incertidumbre jurídica que ha detenido proyectos de inversión privada en el área, la existencia de falta de garantías a los consumidores para hacer valer sus derechos en caso de incumplimiento, casos de quiebra de empresas sin el adecuado soporte técnico-actuarial y financiero que han perjudicado de manera directa a los consumidores de dichos productos.

La razón fundamental de incorporar los servicios médicos pre-pagados a un régimen regulado, es que se trata de un mercado que se encuentra en rápida expansión, concentra a un número creciente de personas y además implica una alta responsabilidad social al involucrar el dinero de otros asegurados para el cuidado de la salud de un gran número de individuos debido al incumplimiento por parte de las empresas que han desarrollado este tipo de actividades.

El marco jurídico impedía, antes de las modificaciones a la LGISMS, regular la actividad de la medicina pre-pagada y ponía en riesgo el crecimiento ordenado de este mercado y sus ventajas potenciales.

La Secretaría de Salud regulaba los requerimientos sanitarios de los prestadores de estos servicios pero no tenía las facultades necesarias para supervisar la suficiencia de recursos, calidad, utilización y referencia – contrarreferencia de pacientes dentro de los planes de salud. En cambio, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, regulaba los componentes de riesgo técnico del seguro y riesgo financiero propios del seguro de gastos médicos mayores y no podía adecuarse a los criterios específicos de la actividad.

Dentro de los objetivos para realizar la modificación legal, se tenía previsto ordenar y promover el desarrollo del mercado de salud, dar certidumbre a la inversión, orientar y proteger al consumidor.

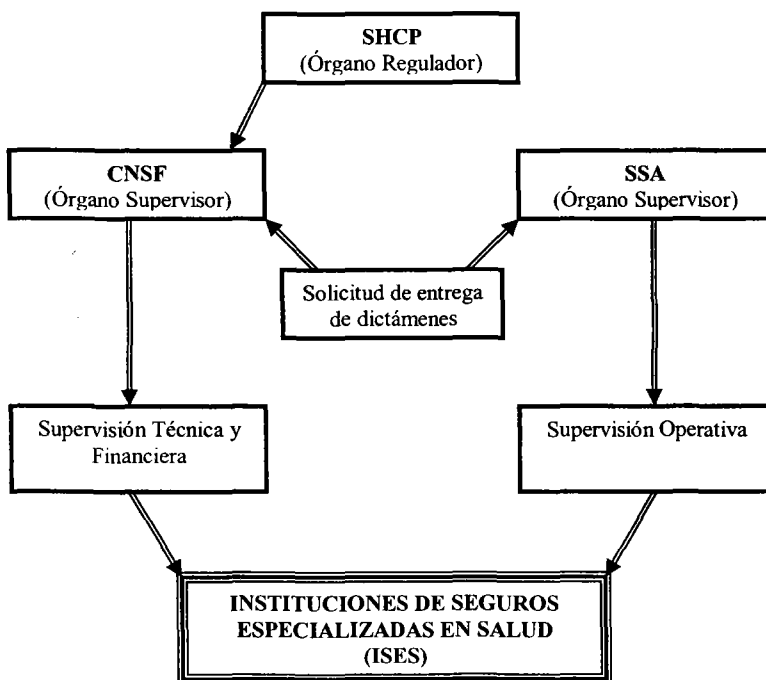
La calidad en el servicio debería garantizar un mínimo de atención en cuanto a la calidad y disponibilidad de los servicios.

Un esquema de regulación mínimo debería considerar el manejo de reservas técnicas y financieras para soportar sus obligaciones contractuales con sus asegurados, contemplar sus requerimientos de capital para poder respaldar su solvencia, tener un régimen adecuado de inversión de reservas técnicas y capital mínimo de garantía, contar con la

eficiente supervisión de la capacidad y calidad de los servicios ofrecidos, tener un adecuado procedimiento de información al consumidor y atención de quejas y manejar sistemas de información para apoyar los aspectos técnicos a largo plazo de la operación.

Se determinó que la SHCP fungiera como órgano regulador de estas actividades, a través de la CNSF aprovechando su experiencia tanto técnico-actuarial como financiera en materia de seguros y que la SSA opere como órgano dictaminador técnico especializado respecto de la calidad y suficiencia de los servicios de salud.

A continuación mediante un diagrama se muestra como quedó estructurado el sistema regulador de los seguros de salud.



Para poner en práctica la regulación y supervisión necesarias para tener en orden el mercado que estaba manejando el seguro de salud, se incorporaron diversas modificaciones a los artículos 3, 7, 16, 105 y 106 de la LGISMS.

Dentro de las propuestas de cambio a la LGISMS, se precisó el término de "Operación Activa de Seguros", en el ramo de Salud como las actividades que realizan las empresas, dada su naturaleza técnica, con independencia de que se efectúen con recursos propios.

Las operaciones de seguros de salud, solo podrán practicarse por instituciones especializadas para el manejo de estos servicios.

Entre los requisitos de autorización y operación para las nuevas empresas de Salud se incorpora un dictamen técnico expedido por la Secretaría de Salud. Dadas las particularidades técnicas de esta operación, la SHCP en acuerdo con su instancia de vigilancia y supervisión la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y la Secretaría de Salubridad y asistencia (SSA) emitieron las reglas de operación respectivas, las cuales contienen la regulación técnica y financiera específica necesaria para el buen funcionamiento de estas empresas

Respecto a la propuesta de cambio a la LGISMS, dentro de los artículos transitorios, se previó que las Instituciones de Seguros que hasta hace poco realizaban operaciones en otros ramos y que deseaban participar en los Seguros de Salud, tenían hasta el 30 de junio de 2001 para regularizarse, ya sea escindiéndose⁶ o constituyendo una sociedad cuyo objeto social sea exclusivamente la actividad de seguros de salud o en caso traspasar la cartera de clientes a alguna Institución autorizada para seguir trabajando este ramo.

Asimismo, se establece que las empresas que sin tener el carácter de Instituciones de Seguros a la entrada en vigor de las reformas señaladas, realicen operaciones que consistan en la prestación de los servicios de salud referidos, deberán solicitar a la SHCP autorización para constituirse como Instituciones de Seguros en el ramo de Salud.

La creación de las ISES, debería contemplar un producto o seguro de Salud con la función tradicional de aseguramiento, sobre la base de una conciencia preventiva y no solamente curativa, respondiendo al concepto de sistema integrado de salud.

Dentro de las características de las ISES se encuentran tres conceptos importantes:

- Aseguramiento.- Consiste en el cobro de un prepago para acciones de previsión, curación y rehabilitación de la salud.
- Previsión.- Consistente en que con infraestructura propia o mediante la contratación de una red de prestadores o ambos, dar un mayor énfasis a la prevención y educación del usuario.
- Administración.- Consiste en la red de prestadores de servicios médicos, un sistema de referencia o contrarreferencia de pacientes, garantice la calidad de los servicios, control sobre los recursos e incorporación de tecnología que hagan más eficiente el sistema.

Dentro de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, se encuentran las Disposiciones Generales, donde se mencionan los organismos que se encuentran involucrados en la operación, como la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de

⁶ La escisión en este caso se refiere a la separación de la ISES de su compañía matriz.

Seguros y Fianzas, acorde a la LGISMS. También se menciona que las ISES estarán facultadas para operar seguros que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a preservar y restaurar la salud de los asegurados, que como ya se comentó antes, los pueden ofrecer en forma directa con recursos propios o mediante terceros; en las reglas para la operación del ramo de Salud también se hace mención que las ISES que quieran adicionar el ramo de Gastos Médicos podrán hacerlo mediante autorización de la SHCP.

Respecto a los requisitos de autorización como organización y constitución de las ISES, se sujetarán a lo previsto en la LGISMS y las compañías que estén en regularización como tal, deben reunir ciertos requisitos que les solicita la SHCP por medio de la Dirección General de Seguros y Valores. Entre los requisitos se encuentra un plan de actividades que debe contener como mínimo el capital inicial con el que contará la Institución, recursos de operación por tres años, presupuesto financiero que incluya la constitución e incremento de las reservas técnicas y de estado de resultados, capital de trabajo y capital mínimo de garantía, etc., cabe señalar que la documentación técnica se debe basar en los artículos de la mencionada Ley.

Los aspectos que regirán la operación de Salud, se establecen dentro de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud y son los siguientes:

- **Capital mínimo pagado.-** Establece la obligatoriedad de contar con un capital mínimo pagado para que la empresa de seguros pueda iniciar sus operaciones, el cual fue definido en su momento por la SHCP de acuerdo a los recursos mínimos que se consideraran necesarios para enfrentar los costos operativos iniciales de las Instituciones de Seguros.
- **Capital mínimo de garantía.-** Es un capital que las instituciones de seguros deberán mantener para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones ante eventuales desviaciones en sus niveles de siniestralidad derivados de los contratos que realicen. El monto de este capital se calculará tomando en consideración sólo la parte de riesgos que sean inherentes a los planes de seguros de cada institución.
- **Reservas.-** Estas establecen la forma de constitución de las reservas técnicas (Reserva de Riesgos en Curso, Reserva de Obligaciones Pendientes de Cumplir, Reserva por Siniestros Ocurredos y No Reportados, etc.)
- **Inversión.-** Establece la forma y términos en que se deberá realizar la inversión de los recursos financieros correspondientes a la Reserva Técnicas y al Capital.
- **Contabilidad.-** En donde se establece la forma y términos en que se deberá realizar la contabilidad de las operaciones de Seguros de Salud, en apego al catálogo de cuentas de la CNSF.
- **Bases Técnicas.-** Comprenden las tarifas y reservas de los planes de seguros de salud, las cuales deberán sustentarse mediante procedimientos técnicos que son

registrados ante la CNSF, contenidas en Notas Técnicas. Así mismo, deberán registrar la documentación contractual que utilicen.

- Reaseguro.- Establecerá los términos en que la Institución de Salud podrá realizar la cesión de riesgos atípicos mediante contratos facultativos o establecer un contrato automático para la diversificación de sus riesgos.
- Sistema estadístico.- Este sistema se establece como obligación a cada compañía, con la finalidad de que sirva como base para la determinación de tarifas, así como para el análisis y supervisión de las operaciones del mercado.
- Operación.- En esta parte se establecen las condiciones que se deben observar en la operación y comercialización de los productos de Salud registrados.

Finalmente después de todo el proceso de regulación de las nuevas ISES, el Poder Legislativo promulgó un decreto de modificación legislativa a la LGISMS, mismo que fue aprobado el 28 de abril de 1999 por la Cámara de Diputados con 436 votos a favor, cero en contra y 4 abstenciones. Así como también las Comisiones de Salud y Hacienda de la Cámara de Senadores emitieron su dictamen favorable en julio del mismo año, donde fue aprobado y se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, con el propósito de incluir el ramo de Salud dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades.

Después de que la compañía haya registrado ante la Secretaría de Hacienda, su solicitud para constituir una ISES, y hubiese completado los requisitos necesarios para ello, sólo podrán iniciar operaciones cuando cuenten con el dictamen favorable de parte de la CNSF, donde se demuestre que cuentan con los sistemas e infraestructura administrativa necesaria para operar como una Compañía de Seguros.

La operación de Accidentes y Enfermedades quedó entonces constituida por tres ramos:

- El ramo de Accidentes Personales definido como:

"Los contratos de seguro que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito."

- El Ramo de Gastos Médicos, definido como:

"Los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad."

- Y el Ramo de Salud como:

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

Derivado de lo anterior se realizaron las reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), de las cuales la primer aprobación a las mencionadas reformas se publicó el 31 de diciembre de 1999, consistiendo a grandes rasgos en:

- Modificación a la definición de “Operación Activa de Seguros”.
- La creación de una figura jurídica de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).
- La creación y emisión de las Reglas de Operación por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Las mencionadas reformas se realizaron para poder instrumentar la regulación y supervisión necesaria para ordenar jurídicamente este mercado, por lo que se realizaron modificaciones a algunos de los artículos de la LGISMS, como se muestra en la siguiente tabla comparativa, donde la primer columna indica el número de artículo que se reformó, la segunda columna muestra el artículo antes de ser reformado y la tercera columna finalmente nos muestra el artículo con sus reformas.

ARTICULO	ANTERIOR	MODIFICADO
TERCERO	No se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación convenida, no obstante que dependa de la realización de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propias de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero.	No se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación convenida, no obstante que dependa de la realización de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propias de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero. <i>Sin embargo, aun cuando se satisfagan con recursos e instalaciones propias, sí se considerará como operación activa de seguros la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, mediante el pago de una</i>

		<p><i>cantidad de dinero, conforme a lo establecido en los artículos 7o, fracción II, inciso c), y 8o., fracción V, de esta Ley;</i></p> <p><i>La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, podrá establecer criterios de aplicación general conforme a los cuales se precise si una operación, para efectos de este artículo, se considera operación activa de seguros, y deberá resolver las consultas que al efecto se le formulen.</i></p>
SEPTIMO	II.- Accidentes y Enfermedades; y	<p>II.- Accidentes y Enfermedades en alguno de los ramos siguientes:</p> <p>a).- Accidentes personales</p> <p>b).- Gastos Médicos; y</p> <p>c).- Salud;</p>
DECIMO SEXTO	La solicitud de autorización deberá acompañarse del proyecto de escritura constitutiva o contrato social; un plan de actividades que como mínimo, contemple el capital o fondo social inicial, ámbito geográfico y programas de operación técnica, colocación de seguros y organización administrativa; así como del comprobante de haber constituido en Nacional Financiera, S.N.C., un depósito en moneda nacional o en valores del Estado, por su valor de mercado, igual al 10% del capital mínimo con que deba operar, según esta Ley. La autorización respectiva quedará sujeta a la condición de que la empresa de seguros quede organizada y dé comienzo a sus operaciones en los plazos a que se refiere la fracción I del artículo 75 y la fracción I del artículo 97 de esta Ley. Este depósito se devolverá al	<p>Los dictámenes a que se refiere el artículo anterior y el artículo 105 de esta Ley deberán contener por lo menos los siguientes requisitos:</p> <p>I.- Que los recursos materiales y humanos, propios o contratados con terceros, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar la institución, de conformidad con los planes y coberturas que pretenda ofrecer u operar;</p> <p>II.- Que cuenten con los manuales de organización y procedimiento respecto de las prestaciones de servicios de salud que ofrezca;</p> <p>III.- Que la institución, al prestar sus servicios, cumpla</p>

	<p>comenzar las operaciones o denegarse la autorización, pero se aplicará al fisco federal si otorgada la misma no se cumple la condición referida. En caso de que se deniegue la autorización podrá retener al solicitante, hasta el 10% del depósito y lo aplicará al fisco federal en razón de las erogaciones que en el trámite se hubiera hecho.</p>	<p>los requisitos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en materia de salud, derivadas de la Ley General de Salud;</p> <p>IV.- Que los profesionales de la salud, contratados por la institución, que prestarán los servicios o sus beneficiarios, acrediten legalmente contar con los conocimientos técnicos médicos;</p> <p>V.- Que en los planes de salud que comercialice la institución, se salvaguarde en todo momento la libertad de juicio clínico del médico, siempre y cuando éste se aplique con fundamento en la práctica médica reconocida por las academias científicas y basada en la ética médica.</p> <p>VI.- Que la institución cuente con planes que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus asegurados, atendiendo a lo previsto por las Normas Oficiales Mexicanas en la materia, derivadas de la Ley General de Salud;</p> <p>VII.- Que la institución cuente con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo el procedimiento y seguimiento de recepción y atención de quejas y reclamaciones de sus asegurados; y</p> <p>VIII.- Que la institución cuente con un programa para la mejora continua en la prestación de los servicios.</p>
<p>SEPTUAGESIMO QUINTO</p>	<p>I.- Si la sociedad respectiva no presentó para la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito</p>	<p>I.- Si la sociedad respectiva no presentó para la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito</p>

	<p>Público el testimonio de la escritura constitutiva dentro del término de tres meses de otorgada la autorización, si no presentó los documentos o elementos conforme lo disponen los artículos 36, 36-A y 36-B esta Ley, o si no inicia sus operaciones dentro del plazo de tres meses a partir de la aprobación de la escritura o si al otorgarse la aprobación de la escritura constitutiva, no estuviere suscrito y pagado el capital que determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al otorgar la autorización;</p> <p>II.- Si no mantiene adecuadamente constituidas las reservas técnicas en los términos de esta Ley, o presenta pérdidas que afecten su capital pagado, sin perjuicio de los plazos a que se refieren lo a los artículos 29 fracción I y 74 de esta Ley;</p>	<p>Público el testimonio de la escritura constitutiva dentro del término de tres meses de otorgada la autorización, si no presentó los documentos o elementos conforme lo disponen los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de esta Ley, si realiza operaciones sin contar con el dictamen favorable a que se refiere el artículo 18 de esta Ley, o si no inicia sus operaciones dentro del plazo de tres meses a partir de la aprobación de la escritura o si al otorgarse la aprobación de la escritura constitutiva, no estuviere suscrito y pagado el capital que determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al otorgar la autorización;</p> <p>II.- Si no mantiene adecuadamente constituidas las reservas técnicas en los términos de esta Ley; cubierto el requerimiento de capital mínimo de garantía a que se refieren los artículos 60 y 61; cubiertas las reservas técnicas en los términos del artículo 57; o debidamente cubierto el capital mínimo pagado en los términos previstos en la fracción I del artículo 29, con independencia de los plazos a que se refieren los artículos 29 fracción I y 74 de esta Ley;</p> <p>II Bis.- Tratándose de instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud:</p> <p>a).- Si la sociedad respectiva no presenta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el dictamen definitivo a que se refiere el artículo 16 de esta Ley, dentro del término de tres meses contado a partir del otorgamiento de la</p>
--	---	---

		<p>autorización;</p> <p>b).- Si no presenta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el dictamen de la Secretaría de Salud, en los términos de los párrafos primero y segundo del artículo 105 de esta Ley. En este caso, además de la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, también se escuchará la de la Secretaría de Salud; o</p> <p>c).- Si en cualquier momento la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tienen conocimiento de que dichas instituciones no mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos de seguro a que se refiere el artículo 8o., fracción V, de esta Ley. Para este efecto, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas solicitará la opinión previa de la Secretaría de Salud;</p>
<p>CENTESIMO QUINTO</p>	<p>La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas está facultada para establecer la forma y términos en que las instituciones mutualistas de seguros deberán presentar y publicar sus estados financieros anuales al 31 de diciembre de cada año, los cuales deberán ser presentados junto con la información que deberán remitirle al efecto, dentro de los treinta días naturales siguientes al cierre del ejercicio.</p> <p>Tanto la presentación como la publicación de esos estados financieros, será bajo estricta responsabilidad de los administradores, comisarios y auditores externos de la institución</p>	<p>La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante disposiciones de carácter general, señalará las bases a que se sujetará la aprobación de los estados financieros por parte de los administradores de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; su difusión a través de cualquier medio de comunicación incluyendo a los medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología; así como el procedimiento a que se ajustará la revisión que de los mismos efectúe la propia Comisión.</p> <p>Las instituciones de seguros</p>

o sociedad mutualista de seguros que hayan sancionado y dictaminado la autenticidad de los datos contenidos en dichos estados contables. Ellos deberán cuidar de que éstos revelen razonablemente la situación financiera y contable de la sociedad y quedarán sujetos a las sanciones correspondientes en el caso de que la presentación o publicación de los mismos no se ajuste a esa situación.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al revisar los estados financieros ordenará las modificaciones o correcciones que, a su juicio, fueren fundamentales para ameritar su publicación y podrá acordar que se publiquen con las modificaciones pertinentes, lo que deberá realizar la institución de que se trate dentro de los quince días hábiles siguientes a la notificación del acuerdo respectivo. En ningún otro caso podrán efectuarse segundas publicaciones.

La revisión de la citada Comisión no producirá efectos de carácter fiscal.

Los auditores externos que dictaminen los estados financieros de las empresas de seguros, deberán reunir los requisitos que fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y suministrarle a ésta los informes y demás elementos de juicio, en los que sustenten sus dictámenes y conclusiones.

De la misma manera, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros deberán obtener el dictamen de un actuario independiente a quien le serán aplicables los requisitos y condiciones señalados en el párrafo anterior, sobre la situación y suficiencia de las reservas de carácter técnico que las

autorizadas para operar el ramo de salud, también deberán presentar junto con sus estados financieros anuales un dictamen, que previo pago de los derechos correspondientes emitirá la Secretaría de Salud, el cual no deberá tener más de sesenta días naturales de haber sido expedido, en el que conste que mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios de salud materia de los contratos de seguro respectivos.

La Comisión establecerá mediante disposiciones de carácter general, la forma y el contenido que deberán presentar los estados financieros de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, de igual forma podrá ordenar que los estados financieros se difundan con las modificaciones pertinentes y en los plazos que al efecto establezca.

Tanto la presentación como la publicación de esos estados financieros, será bajo la estricta responsabilidad de los administradores, comisarios y auditores externos de la institución o sociedad mutualista de seguros que hayan sancionado y dictaminado la autenticidad de los datos contenidos en dichos estados contables. Ellos deberán cuidar de que éstos revelen razonablemente la situación financiera y contable de la sociedad y quedarán sujetos a las sanciones correspondientes en el caso de que la presentación o publicación de los mismos no

	<p>instituciones y sociedades mutualistas de seguros deben constituir de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley.</p> <p>Las instituciones de seguros no podrán pagar los dividendos decretados por sus asambleas generales de accionistas, y las sociedades mutualistas de seguros no podrán repartir ningún remanente entre los mutualizados, antes de dar por concluida la revisión de los estados financieros por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Sin embargo esa Comisión podrá discrecionalmente autorizar el reparto parcial de dichos dividendos o remanentes, en vista de la información y documentación que le presenten.</p> <p>Los repartos efectuados en contravención a lo dispuesto en el párrafo anterior, deberán ser restituidos a la sociedad. Serán solidariamente responsables a este respecto los accionistas o mutualizados que los hayan recibido y los administradores y funcionarios que los hayan pagado.</p>	<p>se ajuste a esa situación.</p> <p>Los auditores externos, que dictaminen los estados financieros de las empresas de seguros, deberán contar con cédula profesional y certificación vigente emitida por el colegio profesional de la especialidad y registrarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, previa satisfacción de los requisitos que ésta fije al efecto y suministrarle los informes y demás elementos de juicio, en los que sustenten sus dictámenes y conclusiones.</p> <p>De la misma manera, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros deberán obtener el dictamen de un actuario independiente, a quien le serán aplicables los requisitos y condiciones señalados en el párrafo anterior, sobre la situación y suficiencia de las reservas de carácter técnico que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros deben constituir de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley. La realización del dictamen actuarial deberá apegarse a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante disposiciones de carácter general.</p> <p>El registro podrá suspenderse o cancelarse, previa audiencia del interesado, en caso de que los auditores externos independientes, contables y actuariales, dejen de reunir los requisitos o incumplan con las obligaciones que les corresponden.</p> <p>Los auditores externos</p>
--	---	---

		<p><i>independientes estarán obligados a comunicar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas las irregularidades que puedan afectar la estabilidad o solvencia de las citadas instituciones, que detecten durante la práctica o como resultado de su auditoría.</i></p> <p><i>La propia Comisión, mediante disposiciones de carácter general, podrá establecer el contenido de los dictámenes y otros informes de los auditores externos independientes, dictar medidas para asegurar una adecuada alternancia de dichos auditores en las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como señalar la información que deberán revelar en sus dictámenes, acerca de otros servicios y, en general, de las relaciones profesionales o de negocios que presten o mantengan con las instituciones y sociedades mutualistas de seguros que auditen, o con empresas relacionadas.</i></p> <p><i>Las instituciones de seguros no podrán pagar los dividendos decretados por sus asambleas generales de accionistas, y las sociedades mutualistas de seguros no podrán repartir ningún remanente entre los mutualizados, antes de dar por concluida la revisión de los estados financieros por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.</i></p> <p><i>Los repartos efectuados en contravención a lo dispuesto en el párrafo anterior, deberán ser restituidos a la sociedad. Serán solidariamente responsables a este respecto los accionistas o</i></p>
--	--	--

		<i>mutualizados que los hayan recibido y los administradores y funcionarios que los hayan pagado.</i>
--	--	---

2.1. Problemática Sobre los Servicios Médicos Prepagados

Debido a la problemática que ha existido en los últimos años en México sobre la propagación del mercado de servicios médicos prepagados, los cuales son combinados con la atención médica relacionada a la ocurrencia de riesgos, antes de la modificación hecha a la LGISMS, no existía el concepto de "operación activa de seguros", por lo cual sólo se consideraban operaciones de seguros los daños que se resarcían con recursos propios, debido a esto, algunas actividades quedaron fuera de la regularización, tales como: servicios funerarios y servicios médicos prepagados, sin embargo debido a la propagación existente de clínicas y empresas que ofrecían servicios de salud prepagada fue necesaria la modificación de la LGISMS y la formulación de las reglas para la operación de los seguros que ofrecen la cobertura de Salud.

Mediante el siguiente esquema se muestra más claramente el significado de la operación activa de seguros.



Dentro de la oferta de Seguros de Salud se encuentran grupos empresariales que ven el mercado como una atractiva oportunidad de negocios, tomando en consideración que la cartera de las actuales compañías, se encuentra en expansión afiliando a más empresas e individuos que demandaron mejores servicios de salud y que además cuentan con capacidad suficiente para pagarlos.

La salud administrada permite reducir costos con respecto a la oferta al hacer énfasis en la atención preventiva e integración, reduciendo los altos costos de la medicina especializada, lo cual se percibe como una gran oportunidad de negocio y para los consumidores que cuentan con seguros de Gastos Médicos Mayores y además pagan por la atención privada, donde estos planes evitarían las erogaciones múltiples.

En este mercado, los demandantes que son empresas e individuos insatisfechos con la calidad de servicio prestada por parte del estado, buscan opciones adicionales e innovadoras para obtener mejores servicios de salud a precios más atractivos. Por su parte, los oferentes perciben ésta como una atractiva oportunidad de negocio ya que el mercado énfasis en la prevención e integración de servicios médicos, tiene como consecuencia una mayor afiliación a la cartera en expansión de empresas e individuos, reduciendo los altos costos de la medicina especializada. En este caso, las empresas oferentes del servicio a cambio del pago de una cuota o prima, ofrecen servicios médicos prepagados y atención medica relacionada con la ocurrencia de riesgos.

Las empresas oferentes que participan en este mercado, pueden pertenecer a uno de los siguientes esquemas; siendo el primero de ellos, el único que contaba con regulación formal antes de las reformas legales.

- Aseguradoras tradicionales de Seguro de Gastos Médicos Mayores o de giro único en materia de Seguro Social.
- Empresas que ofrecen estos servicios con recursos propios.
- Empresas que dan el servicio con recursos de terceros.

Los productos ofrecidos eran servicios de medicina prepagada, consultas de primer nivel, control de enfermedades crónicas, atención médica relativa con la ocurrencia de siniestros, emergencias médicas, atención médica especializada y hospitalaria.

Así, mediante el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997 los servicios médicos prepagados que involucran transferencia y asunción de riesgos, se tipifican en el ramo específico de Salud, como se muestra a continuación:

1.- Accidentes Personales

2.- Salud

- * Seguros dirigidos a fomentar la salud :
 - ** Seguimiento y Promoción
 - ** Evitar complicaciones
 - ** Diagnostico oportuno
- Salud
 - * Dirigido a restaurar la salud mediante acciones terapéuticas y de rehabilitación
 - * Coordinados por un profesional de la salud
 - * Involucran aseguramiento, administración y prestación

3.- Gastos Médicos

Posteriormente, en el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, se modifica en la LGISMS, la definición de operación activa de seguros para el caso de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, otorgando únicamente el derecho de esta práctica a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). De igual manera se establece que la Secretaría de Salud participaría en la regulación y supervisión en aspectos médicos.

Sin embargo, se previeron nuevamente modificaciones a la LGISMS, donde se incluye la figura de un Contralor Normativo.

Se previó establecer nuevos requisitos para la valuación de reservas y requisitos para el Actuario responsable de certificarlas, y en caso de que las ISES contraten servicios con terceros o efectúen operaciones para el cumplimiento de sus obligaciones derivadas de las pólizas de seguros, y que la SHCP reporte como complementarias o auxiliares a sus operaciones, entonces deberán presentar los contratos que hayan celebrado con estas personas y acompañadas de un dictamen jurídico y de un análisis de congruencia entre Notas Técnicas y Documentación Contractual al momento de registrarlas. Asimismo, en caso de no mantener el capital mínimo de garantía, se puede someter a aprobación de la CNSF un plan de regularización o autocorrección para subsanar las irregularidades detectadas.

Por otra parte, la Secretaría de Salud es quien regula los requerimientos sanitarios de los prestadores de servicios de salud, supervisa la suficiencia de recursos, calidad y utilización, referencia – contrarreferencia de pacientes dentro de los planes de Salud, contratos con proveedores, sistemas de información, etc. La CNSF, por su parte, es quien regula los componentes del riesgo técnico del seguro y los aspectos financieros, tales como Notas

Técnicas, Reservas Técnicas, Inversiones, Capital Mínimo de Garantía, Contratos de Adhesión, Reaseguros y Sistemas de Información, adecuándose a los criterios específicos de esta actividad.

Los productos ofrecidos para este mercado, están compuestos por cuatro puntos fundamentales que deben considerarse en su regulación y supervisión:

- **Servicios prepagados.-** Recursos cobrados de manera anticipada para otorgar un servicio en el tiempo. Es decir, un número determinado de consultas en el periodo de vigencia de la póliza, mismos que deberán de ser suficientes y constituir una provisión amortizable de gastos.
- **Riesgo Técnico del Seguro.-** Análisis de probabilidades para estimar la ocurrencia de eventos inciertos. Por ejemplo, el número de consultas de especialidad que un asegurado de determinada edad necesite durante el periodo de vigencia de la póliza, esto a través del cálculo actuarial de primas, constitución de reservas técnicas y un adecuado esquema de reaseguro.
- **Riesgo Financiero.-** Inversión prudential de los recursos por las primas de seguro y prepagado de servicios.
- **Calidad del Servicio.-** Garantía de un mínimo de atención en cuanto a calidad y disponibilidad de los servicios.

Considerando lo anterior, en la instrumentación de Regularización y Supervisión necesarias para ordenar este mercado, se modificaron diversos artículos de la LGISMS, los cuales se expresan a continuación.

En el primero de ellos, dado que se reconoció que muchos mexicanos cuentan con seguros privados para cubrir los riesgos de Accidentes y Enfermedades a los que están expuestos, se reformó la fracción II del artículo 7, observando la división de la operación de Accidentes y Enfermedades en tres ramos: Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud, estableciendo que las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, son las únicas que podrán operar el Ramo de Salud a las que se les podrá autorizar de manera adicional el ramo de Gastos Médicos. También se reformó el artículo 8, donde se establecen los objetos de contratos que comprenden los ramos de Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud.

Posteriormente, en un segundo decreto, en el artículo 3 se describe la operación activa de seguros del Ramo de Salud como la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado sin importar si esta operación se practica con recursos e instalaciones propios. Es decir, la prestación de servicios prevista por las partes, podrá considerarse como operación activa de seguros sin importar si los servicios que se comercializan a futuro como la obligación de otorgarlos dependen de un acontecimiento futuro e incierto.

El artículo 16 menciona que la solicitud de autorización para constituir una Institución de Seguros que opere el Ramo de Salud, deberá de estar acompañada de un dictamen provisional emitido por la Secretaría de Salud (SS), en el cual se haga constar que la Institución cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos del Seguro de Salud, por su parte el artículo 16 bis menciona los requisitos de los mencionados dictámenes; mientras que el artículo 75, nombra los casos en que la autorización puede ser revocada.

En el artículo 105 se menciona la presentación ante la CNSF de los estados financieros anuales que además, deberán ir acompañados de un dictamen emitido por la Secretaría de Salud que avale que han mantenido los elementos necesarios para prestar los servicios de salud. El artículo 106, establece que las Instituciones autorizadas a operar el Ramo de Salud, estarán sujetas a la inspección y vigilancia por parte de la CNSF y de la SS, exclusivamente de los servicios y productos de Salud que sean materia de los contratos de seguros que celebren.

Las Instituciones que sean autorizadas para operar el Ramo de Salud adicionalmente a otros ramos u operaciones, podrán llevar a cabo cualquiera de las siguientes operaciones: Escindirse, constituir una nueva Institución, traspasar cartera o solicitar el traspaso de cartera de los demás ramos u operaciones a otra Institución de Seguros; esto a fin de operar exclusivamente el Seguro de Salud. En caso que las Instituciones autorizadas no hayan efectuado ninguna de las operaciones señaladas antes del 30 de junio de 2001, entonces la SHCP podrá revocar la autorización otorgada y junto con la CNSF procederá al traspaso de cartera a una Institución autorizada para operar el Ramo de Salud.

El 24 de mayo de 2000, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las primeras Reglas para la Operación del Ramo de Salud, mismas que fueron emitidas por la SHCP.

2.2. Reglas para la Operación del Ramo de Salud (RORS)

Las reglas de operación se emitieron con fundamento en el artículo 7, donde se menciona que la operación y desarrollo del Ramo de Salud estará sujeto a las disposiciones de carácter general que emita la SHCP, previa opinión de la CNSF y de la SS. El propósito de dichas reglas es establecer los criterios generales de carácter médico, técnico y financiero que deberán observar las ISES; en general estas reglas se enfocan a la especificación de las acciones y los tiempos a fin de que se apeguen a los lineamientos operativos relacionados con la contabilidad de operaciones, reservas e inversiones, sistemas estadísticos, tramitación de registros de Notas Técnicas y Documentación Contractual, solicitud de ratificación del Contralor Médico y tramitación de dictámenes entre otros aspectos normativos.

La estructura reglamentaria para la Operación del Ramo de Salud es la siguiente:

- Requisitos de Autorización
- Capital Mínimo Pagado

- Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual
- Contralor Médico y Contralor Normativo
- Expedientes Clínicos
- Control de la utilización de los Servicio Médicos
- Mejora continua en la prestación de los Servicios Médicos
- Constitución e Incremento de Reservas Técnicas
- Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual
- Reaseguro
- Capital Mínimo de Garantía
- Régimen de Inversión de Reservas Técnicas
- Contabilidad
- Sistemas Estadísticos
- Operación y Comercialización de los Seguros de Salud
- Inspección y Vigilancia
- Sanciones

En estas Reglas se establece que las Instituciones que sean autorizadas a operar el Ramo de Salud, se regirán por lo previsto en la LGISMS, la Ley del Contrato de Seguro, así como en las reglas emitidas por la SHCP y en criterios o disposiciones generales que dicten la SS o la CNSF en materia de estos seguros.

En las reglas se especifica que las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, son las únicas que está facultadas para operar contratos de seguros que tengan por objeto prestar los servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado, ya sea con recursos propios, de terceros o incluso una combinación de ambos, esto a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado y únicamente se les podrá autorizar de manera adicional el ramo de Gastos Médicos para cubrir, cuando por causa de un accidente o enfermedad se eroguen gastos médicos hospitalarios u otros que sean necesarios para recuperar la salud o el vigor vital del asegurado.

Dentro de los servicios de prevención y/o de las acciones que se contemplan para el fomento de la salud, se encuentran las siguientes:

- Promoción de medidas de vida más sanas.
- Disminución o eliminación de riesgos a la salud.
- Dar seguimiento a la salud de los asegurados.
- Prevención de la manifestación posterior de enfermedades o complicaciones.
- Detección temprana de enfermedades o complicaciones con base en los factores de riesgo epidemiológico.
- Prestación de servicios a través de un profesional de la salud que coordine acciones en beneficio de la salud del asegurado.

La restauración de la salud se lleva a cabo mediante la implementación de:

- Acciones terapéuticas.
- Acciones de rehabilitación.

Por otro lado, tanto la CNSF como la SS ejerciendo la facultad de inspección y vigilancia que les confiere la LGISMS y la Ley del Seguro Social respectivamente, establecen la forma y términos en que las ISES deberán informarles y comprobarles todo lo concerniente a sus operaciones, es decir, a la práctica de los Seguros de Salud; sin embargo la SHCP podrá modificar la forma y periodicidad de las evaluaciones y la forma de exhibir la información que deberán presentar según las reglas de operación del ramo, incluyendo la información que coadyuve a lograr un desarrollo equilibrado del mercado del Ramo de Salud.

2.2.1. Requisitos de Autorización

Para la organización y constitución de una nueva ISES, primero se deberá presentar una solicitud de autorización a la Dirección General de Seguros y Valores de la SHCP, misma que deberá estar acompañada de una relación de accionistas, donde se señalen a los que integren el grupo de control o aquellos que tengan en su poder más del 5% de la Institución; también deberán integrar su plan de actividades, indicando el capital social, conceptos técnicos del seguro y modelos de contratos.

Además un Presupuesto Financiero, incluyendo la constitución e incremento de las reservas técnicas y de capital, gastos de administración y adquisición, proyección del balance, del estado de resultados, capital de trabajo y capital mínimo de garantía, todo esto acompañado de una proyección a tres años, donde se consideren supuestos macroeconómicos respecto a la evolución del Producto Interno Bruto, inflación, tasas de interés, tipo de cambio, entre otros indicadores publicados por la SHCP o el Banco de México.

Asimismo, deben incluir sus Políticas de Retención de Riesgos y Reaseguros, programa de organización, administración y control interno, especificación de la forma y términos en que la Institución prestará los servicios relacionados con los contratos de prestación de servicios que celebrará y una póliza de responsabilidad civil, por los riesgos que pudieran llegar a incurrir dentro de sus actividades.

Lo anterior deberá acompañarse del dictamen provisional emitido por la SS, el cual no deberá tener más de 60 días naturales de antigüedad a la su expedición en el que se haga constar que la empresa cuenta con los elementos para poder presentar los servicios necesarios que son materia de los contratos del Seguro de Salud. De igual forma, la institución deberá contar con un dictamen favorable por parte de la CNSF, el cual será el resultado de la inspección realizada para la evaluación de los sistemas y de la infraestructura administrativa necesaria para brindar el servicio, así como contar con la ratificación del contralor médico por parte de la SS.

2.2.2. Capital Mínimo Pagado (CMP)

Las Instituciones deberán contar con un capital mínimo pagado, cuyo monto requerido por la Operación se publica en el Diario Oficial de la Federación durante el primer trimestre de cada año y dicho monto se expresara en UDI's y deberá ser suscrito y pagado en moneda nacional antes del 30 de junio del año en que la SHCP lo haya fijado. El 60% del capital mínimo pagado podrá estar constituido por el importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de la Institución, sin considerar el monto de las reservas técnicas ni el capital mínimo de garantía.

Las Instituciones ya constituidas como ISES deberán cuidar que su capital contable en ningún momento sea inferior al monto del capital mínimo pagado, en caso contrario, la CNSF notificará el hecho a la SHCP, quien dará un plazo de 15 días naturales a partir de la notificación para que las ISES expongan lo que a su derecho convenga. Si la SHCP comprueba que el capital contable es inferior al capital mínimo pagado, entonces fijará un plazo entre 60 y 120 días naturales para que las ISES en cuestión, incrementen su capital pagado a fin de que el capital contable alcance cuando menos el monto del capital mínimo pagado que les corresponda mantener.

En caso que la SHCP modifique dicho monto, entonces las ISES tendrán la aprobación con carácter general para modificar sus estatutos sociales a fin de cumplir con las disposiciones y contar con el capital mínimo pagado requerido, quedando obligadas a presentar ante la CNSF y SHCP una copia certificada notarialmente en donde indique la inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio.

2.2.3. Dictamen Provisional, Definitivo y Anual

Las Instituciones que deseen operar como ISES, deberán contar para su establecimiento con dictámenes provisionales, definitivos y anuales emitidos por la SS, con opinión de la CNSF cuya función básica es corroborar que se cumple con los elementos necesarios para la prestación de servicios de salud derivados de los contratos de seguros y que constituyen un requisito indispensable para recibir y mantener la autorización para operar.

- **Dictamen Provisional.** Es el dictamen que acompaña a la solicitud de autorización para constituir una Institución de seguros para operar el Ramo de Salud, el cual no deberá tener más de 60 días naturales de haber sido expedido.
- **Dictamen Definitivo.** En el momento que la Institución se seguros reciba autorización por parte de la SHCP, la ISES contará con 3 meses para presentar el dictamen definitivo, en caso de no hacerlo, se iniciará un procedimiento de revocación de la autorización.
- **Dictamen Anual.** Éste deberá presentarse junto con los estados financieros anuales, mismo que no deberá tener más de 60 días naturales de haber sido expedido.

Fundamentalmente con estos dictámenes la Institución solicitante, sin importar si operará con recursos propios o de terceros, demostrará que cumple con los siguientes requisitos con el fin de conservar los siguientes derechos de los pacientes:

1. Que los recursos humanos y materiales son suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar, considerando una proyección a tres años.
2. Que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios garanticen una oferta adecuada en cuanto a calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica.
3. Que lleven un programa de control sobre la utilización de los servicios médicos, contando con manuales de organización y procedimientos respectivos.
4. Que garanticen el cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Ley General de Salud, Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia.
5. Que verifiquen que todos los médicos contratados por la Institución cuenten con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnicos y médicos, asimismo, en caso de existir consejos de certificación de especialidad, la vigencia de certificación otorgada por los mismos.
6. Que la infraestructura hospitalaria cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General.
7. Que cuenten con planes que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventivas de sus asegurados.
8. Que cuenten con mecanismos para llevar al cabo un control interno ágil y oportuno de la recepción, seguimiento, resolución de consultas y reclamaciones de sus asegurados.
9. Que cuenten con manuales de organización y procedimientos de las prestaciones de servicios de salud que se ofrezcan.
10. Que preserven los derechos de los usuarios en lo siguiente:
 - Misma oportunidad de acceso a los servicios.
 - Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal.
 - Que la información sea confidencial.
 - Que exista seguridad durante el servicio, tanto para el paciente como para sus acompañantes.

- Que el asegurado tenga derecho a conocer la identidad y el grado de preparación de las personas que lo atienden y las personas responsables de la operación de equipo.
- Que el asegurado tenga derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas, así como las consecuencias de las medidas terapéuticas y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- Que el asegurado tenga el derecho de estar comunicado con su familia.
- Que el asegurado de su consentimiento sobre cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, y en caso de que este no pueda dar el consentimiento, lo podrá otorgar un familiar en primer grado.
- Que el asegurado tenga derecho a solicitar otras opciones sobre su padecimiento.
- Que el asegurado pueda decidir tomar o no las propuestas terapéuticas a las que se le quiere someter.
- Que el asegurado pueda seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, según se estipule en la póliza de seguro.

En caso que la ISES no mantenga los elementos necesarios para la prestación de servicios de salud, entonces se dará inicio a un proceso de revocación de la autorización, con el cual se incapacitará a la ISES para otorgar cualquier seguro y se pondrá en estado de liquidación.

2.2.4. Contralor Médico

El Consejo de Administración de cada ISES nombrará a un Contralor Médico, quien será independiente del área médica y que estará ratificado por la SS. Su función principal será vigilar que se cumpla con toda la normatividad tanto interna como externa en materia de prestación de servicios médicos. Asimismo, el contralor médico deberá asistir a las sesiones del Consejo de Administración de la ISES participando con voz pero sin voto.

El Consejo de Administración, además de nombrar al Contralor Médico, podrá suspenderlo, removerlo o revocar su nombramiento con la debida notificación por parte de la ISES a la SS y a la CNSF dentro de los diez días hábiles siguientes a esta decisión, mencionado las razones por la cuales se adoptó esa decisión.

Entre los requisitos que deberán cumplir un contralor médico para desempeñarse como tal, se encuentran los siguientes:

I. Ser médico de reconocido prestigio con cédula y experiencia profesional con un mínimo de cinco años. En caso de especialidad clínica, contar con certificación vigente.

II. No haber sido condenado por delito que merezca pena corporal, por delitos patrimoniales, intencionales o relacionados con su actividad médica o laudos negativos emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

III. No debe ser cónyuge o tener alguna relación de parentesco o vínculo de relación laboral o profesional con: los accionistas de control, director general o funcionarios de la ISES que ocupen los dos niveles inmediatos inferiores a éste, accionistas de control de prestadores de la ISES, funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los prestadores de la ISES, cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los planes ofrecidos a la población asegurada.

IV. No tener ningún nexo patrimonial con las ISES autorizadas, ni vínculo laboral con la ISES de que se trate, entendiendo por nexo patrimonial a las personas que participan en su capital social, las demás entidades que formen parte del grupo comercial, industrial o de servicios al que pertenezca la ISES o las entidades que directa o indirectamente tengan nexos patrimoniales con la entidad que participe en el capital social de la ISES de que se trate.

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

VI. Residir en territorio nacional.

VII. Contar con la ratificación de la SS, a través del comité interno constituido para tal efecto.

El contralor médico deberá asegurarse de que las decisiones tomadas por el Consejo de Administración y comités en que participe, se apeguen a la normatividad en materia médica, así como a las sanas prácticas en materia de salud. En caso de tener conocimiento de alguna irregularidad, deberá presentar en un plazo de diez días un informe detallado sobre la situación observada.

Las funciones que realizará el contralor médico serán:

I. Vigilar que la integración de la red de prestadores de atención médica cumpla con los requisitos establecidos en estas Reglas y en las disposiciones jurídicas aplicables.

II. Vigilar el funcionamiento correcto de la red de servicios médicos de la ISES, a fin de que su cobertura sea apropiada y oportuna.

III. Validar los aspectos médicos de los contratos con los prestadores de servicios de la ISES.

IV. Vigilar el cumplimiento del programa de control en la utilización de los servicios médicos de la ISES, de las guías clínicas o protocolos médicos y de la prestación de los servicios médicos objeto de los contratos de seguros respectivos.

V. Vigilar la adecuada aplicación de las políticas y procedimientos que defina la ISES para garantizar el cumplimiento apropiado de los servicios ofrecidos en los diferentes planes a sus asegurados.

VI. Vigilar que la capacidad de los prestadores y la infraestructura propia de la ISES sea suficiente para dar el servicio contratado por los asegurados.

VII. Vigilar la instrumentación del programa de mejoramiento continuo en la prestación de servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención y que será definido por la propia ISES.

VIII. Conocer los informes del comisario, los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la Secretaría de Salud.

IX. Vigilar el cumplimiento por parte de la ISES de todo lo concerniente a estas Reglas en materia de salud.

X. Formular recomendaciones a la administración de la ISES para la autocorrección de desviaciones en materia de la prestación de los servicios de salud, debiendo especificar en estos casos el plazo para su corrección.

XI. Vigilar la adecuada recepción, seguimiento y resolución por parte de la ISES, de las controversias de carácter médico presentadas.

XII. Vigilar que en la ISES, el juicio clínico del médico se salvaguarde en todo momento durante su práctica, siempre y cuando se base en los avances científicos, en la medicina basada en evidencias y en la ética médica.

XIII. Informar cuatrimestralmente a la Comisión Nacional de Seguros y fianza y asimismo a la Secretaría de Salud, en la forma y términos que esta última instancia establezca mediante disposiciones administrativas de carácter general, para el cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

En caso que el contralor médico no cumpla con sus funciones de vigilancia, podrá ser removido o suspendido por la CNSF.

2.2.5. Expediente Clínico

Las ISES deberán de cumplir con los requisitos que dicte la Normatividad Oficial Mexicana (NOM) respectivas sobre el expediente clínico, y en caso que el asegurado lo solicite a la ISES, ésta deberá cerciorarse de que sus prestadores transfieran un resumen clínico a las instituciones o prestador que el usuario indique, guardando en todo momento la confidencialidad del caso.

Mediante la NOM se establecen los criterios científicos, tecnológicos y administrativos que son obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. Así mismo, se indica que los prestadores de servicios médicos, sin importar que sean de índole público o privado, están obligados a integrar y conservar el expediente clínico según los siguientes términos:

- Que contengan los datos generales del paciente.
- Conservarlos al menos durante 5 años.
- Manejar la información que contenga, con extrema discreción, ética y profesionalismo.
- Integrar el expediente clínico obedeciendo al tipo de servicio prestado, ya sea consulta, urgencia u hospitalización.
- Que contenga el Historial Clínico.

2.2.6. Control de la Utilización de los Servicios Médicos

Las ISES deberán contar con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos que ésta ofrezca, que incluya los mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios. Los contratos incluirán cláusulas en donde especifiquen claramente los siguientes conceptos:

- Horarios de servicio del prestador.
- Mecanismos de identificación del asegurado ante el prestador del servicio.
- Mecanismos para acceder a médicos especialistas, laboratorios y gabinetes.
- Mecanismos de cobro del copago del servicio.
- Políticas y parámetros de atención y servicio.
- Abrir y llevar un expediente clínico por cada asegurado.
- Derechos de los asegurados, entre otros.

2.2.7. Mejora Continua en la Prestación del Servicio Médico

Las ISES deberán elaborar e instrumentar un programa de mejora continua de la prestación de servicios que contemple la elevación de la calidad de la atención y fomento de la enseñanza e investigación médica.

Para poder evaluar el avance y desempeño en la prestación de servicios, se utilizarán indicadores que serán congruentes con el sistema estadístico necesario para la elaboración de las bases estadísticas y actuariales que se presentará en la CNSF en la forma y términos que ésta establezca.

2.2.8. Constitución e Incremento de las Reservas Técnicas

Las ISES están obligadas a constituir las reservas técnicas correspondientes a los seguros de salud conforme a lo dispuesto en la LGISMS, la valuación deberá contener el nombre y firma del Actuario responsable de la certificación de las mismas, así como el número de la

cédula que lo acredite como Actuario o el equivalente en el caso de profesionistas que, sin ostentar el título de Actuario cuenten con especialidades o grados otorgados por instituciones de educación superior reconocidas oficialmente en el país o en el extranjero, que lo acrediten para poder ejercer en materia de actuaría.

Las Reservas Técnicas que deberá constituir e incrementar son

- Reserva de Riesgos en Curso.
- Reserva para Obligaciones Pendientes de cumplir, en la que se considera también a la Reserva de Siniestro Ocurredos y No reportados, así como la reserva de Gastos de Ajuste Asignados a los Siniestros.

2.2.9. Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual

Las ISES se obligan a presentar ante la CNSF las notas técnicas en las que sustentan cada una de sus coberturas, planes y primas netas de riesgo, así como los contratos que se realicen con otras entidades para la prestación de los servicios relacionados con las coberturas amparadas en los contratos de seguros respectivos con sus asegurados.

Asimismo, las ISES presentarán para registro ante la CNSF los contratos de adhesión en los cuales se formalicen las operaciones de seguros que ofrezcan a sus usuarios y en los que se establecen los términos y condiciones aplicables a la contratación de los Seguros de Salud, así como los modelos de las cláusulas para ser incorporados como endosos adicionales a esos contratos. Además, se deberá manifestar expresamente a qué nota técnica corresponderá la documentación contractual de que se trate. Al mismo tiempo, las ISES presentarán un folleto explicativo del Seguro de Salud contratado y que será entregado al contratante en conjunto con la póliza de seguro.

Tanto de las Notas Técnicas, como los contratos de adhesión, endosos adicionales y folleto explicativo, la CNSF se encargará de hacer del conocimiento sobre esta información a la Secretaría de Salud con la finalidad de que sirva como elemento de evaluación para expedición de los dictámenes correspondientes.

El folleto que entregarán las ISES a los asegurados, describirá en forma clara y precisa el plan contratado y los demás planes que permitan al beneficiario elegir médicos distintos a los de la red de la Institución. También se indicará la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados, características relevantes de la póliza, tales como: coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, periodos de espera y prescripciones.

En dicho folleto, se detallará la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados, e incluirá un anexo en el que se enumeren todas las clínicas y hospitales empleados para la prestación de los servicios,

señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General, así como los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados de acuerdo a la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado así como de la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones, incluyendo la descripción de algún mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

2.2.10. Reaseguro

Se establecen los términos en que la ISES podrá realizar contratos de reaseguro para la diversificación de sus riesgos. A fin de cuidar la calidad del reaseguro empleado, las aseguradoras sólo podrán contratar su reaseguro con las reaseguradoras nacionales o internacionales siempre y cuando estas últimas se encuentren inscritas en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País.

“El Reaseguro es el seguro del riesgo asumido por el asegurador”.

“El Reaseguro es el medio gracias al cual el asegurador transfiere al reasegurador, la mayor parte de las preocupaciones legítimas que le causa la técnica de su profesión”.

“El Reaseguro es el contrato en el cual un reasegurador (llamado cesionario) frente a un asegurador profesional (llamado cedente), que responde íntegramente frente a unos asegurados de los riesgos que ha asumido, toma a su cargo mediante remuneración todo o parte de dichos riesgos, comprometiéndose a reintegrarle, en las condiciones fijadas, todo o parte de las cuantías debidas o pagadas a los asegurados en concepto de siniestro”.

Las razones básicas del reaseguro son dos:

- Reducir la probabilidad de que el monto de los siniestros no sobrepase una cierta cantidad o porcentaje prefijado respecto de la prima devengada, con lo cual se pueden estabilizar los resultados de la compañía aseguradora.
- Aumentar la capacidad de suscripción a través de la transferencia de riesgos a una compañía reaseguradora profesional.

Por otra parte, una ventaja más de reasegurar una cartera de Salud es el hecho de que una reaseguradora profesional puede brindarle una mayor y mejor experiencia en la suscripción de los riesgos.

Los tipos de reaseguro que existen desde el punto de vista técnico son:

- Proporcionales, ...
- No proporcionales, ...

Desde el punto de vista operativo, es decir en cuanto a la relación jurídica que existe entre la compañía aseguradora y reaseguradora, se pueden dividir en contratos de reaseguro facultativo y contratos automáticos.

- Contratos de reaseguro facultativo, ...
- Contratos de reaseguro, ...

2.2.11. Capital Mínimo de Garantía

Las ISES se obligan a determinar, mantener e invertir el capital mínimo de garantía de los seguros de salud, sobre el que deberán presentar, informar y comprobar a la CNSF el cálculo, cobertura y el margen de solvencia.

En caso de que la Institución presente reiteradamente un faltante en la cobertura del capital mínimo de garantía, se procederá a solicitar un plan de regulación o bien la revocación de autorización según lo dispuesto en la LGISMS artículos....

2.2.12. Régimen de Inversión de Reservas Técnicas

Se establece la forma y términos en que se deberá realizar la inversión de los recursos financieros correspondientes a las reservas técnicas y al capital. Las ISES deberán contar con un comité de inversión de reservas técnicas, el cual será responsable de seleccionar los valores que serán adquiridos por la Institución de acuerdo a las reglas de inversión establecidas por la CNSF.

2.2.13. Contabilidad

Las ISES deberán ajustar sus procedimientos contables a los lineamientos establecidos en la Circular S-16.1 del 16 de agosto de 2002, en la cual se da a conocer el catálogo de cuentas unificado de la CNSF.

2.2.14. Sistemas Estadísticos

Las ISES deberán contar con un sistema estadístico propio que le permita procesar y disponer de la información estadística que determine la CNSF, necesaria para la elaboración de las bases estadísticas y actuariales que sustenten las primas de riesgo del Ramo de Salud, la realización de estudios e inversiones en materia de Salud, así como para el desarrollo del propio sector, evaluación de aspectos médicos y para el análisis de su evolución.

La CNSF estará a cargo de concentrar la información de las bases de datos estadísticos para su administración, procesamiento y hacerlos del conocimiento de la SS, para que en conjunto, publiquen información e indicadores relativos a la operación del ramo, los cuales serán de utilidad para orientar al público en su elección de una ISES, asimismo, contribuirán a la sana competencia y transparencia del sistema.

2.2.15. Operación y Comercialización de los Seguros de Salud

Las ISES suscribirán los contratos de seguros de acuerdo a lo establecido en la LGISMS, Ley Sobre el Contrato de Seguros, LSCS, RORS y a las disposiciones administrativas que al efecto emita la CNSF.

En la elaboración de los planes de seguros, se deberán incorporar criterios de integridad que contemplen acciones de fomento, prevención terapéutica y de rehabilitación para las coberturas ofrecidas en sus planes. Con la finalidad de otorgar los servicios ofrecidos en los contratos de seguros, las ISES contarán con una red de prestadores de servicios ya sea propia, contratada o ambas, que sea congruente conforme a su distribución territorial en los lugares donde se comercializa y se suscriben los contratos y en caso de que existan cambios en la infraestructura hospitalaria, las ISES deberán informar a los asegurados por escrito dentro de los quince hábiles siguientes al cambio.

Igualmente deben contar con planes que ofrezcan al beneficiario la posibilidad de elegir médicos distintos a los de la red, 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.

Además de lo anterior, en los contratos se deberá incluir una cláusula que obligue el reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de urgencia médica y que la propia red de servicios de la ISES no haya proporcionado el servicio descrito en el contrato por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. Asimismo, deberán establecer si existe o no la renovación obligatoria de los planes contratados mencionando la edad máxima de renovación.

Los contratos de seguros terminarán al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio.
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.
3. Cuando el asegurado o contratante no cubra la prima pactada o
4. Cuando el asegurado o contratante termine por anticipado el contrato.

La filosofía de estas condiciones es beneficiar al asegurado en todo momento. Es por ello, que una compañía de seguros debe tener bien definidos sus criterios de selección

para que en un momento dado, pueda reconocer a tiempo algún caso que pudiera afectar gravemente sus resultados y de ser así, decidir si lo acepta o no. En caso de contratos de no adhesión, las condiciones de término podrían ser distintas, pero debe existir previa autorización por parte de la CNSF.

En el caso de la preexistencia, se considerará que *"...Un padecimiento es preexistente cuando el evento haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas del seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado. Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza"*. En este caso, al igual que la terminación del contrato, la filosofía es cuidar al asegurado y en este caso, la compañía deberá cuidar su selección de riesgos.

En cuestión de publicidad, las ISES utilizarán propaganda que se exprese en forma clara y precisa, fijándose de no inducir al público al engaño, error o confusión sobre la prestación de los servicios ofrecidos.

En materia de consultas y reclamaciones derivadas del contrato del Seguro de Salud, las ISES deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF) y en lo conducente, al decreto que crea a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

2.2.16. Sanciones

Las infracciones que provengan de las reglas de operación del Seguro de Salud, se sancionarán en los términos de las disposiciones aplicables de la LGISMS. Las sanciones podrán ser amonestaciones, suspensión temporal de actividades, vetos, inhabilitaciones para el desempeño actividades, así como sanciones económicas. Algunos de los motivos por los que una compañía de seguros puede ser objeto de una sanción son los siguientes:

- Violación al Artículo 20 de la LGISMS, que expresa que las palabras "seguro, reaseguro, aseguramiento u otras que expresen ideas semejantes" no podrán ser utilizadas por empresas que no sean autorizadas como instituciones de seguros y en caso contrario, el establecimiento podrá ser clausurado en tanto no cambie su denominación social.
- Emisión de obligaciones subordinadas sin previa autorización.
- Por otorgar descuentos o reducción de primas o algún otro beneficio que no queden estipulados en la póliza a fin de tomar o conservar un contrato de seguro.
- Por Notas Técnicas que no se apeguen a lo supuesto en la ley.

- Por operar con Notas Técnicas o Documentación Contractual no registrada ante la CNSF.
- Por llevar un registro contable que no se apegue al Catálogo de Cuentas dado a conocer por la CNSF.
- Por la falta de presentación o presentación extemporánea de los informes correspondientes, entre otros.

CAPÍTULO III

3. Condiciones Generales

De acuerdo con la LGISMS se debe registrar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la documentación contractual de los productos que se ofrecen al público para su registro y aprobación por parte de la mencionada Institución.

A continuación se describirán las condiciones que se consideran necesarias para la adquisición del producto desarrollado en el capítulo III.

Es importante por principio definir cual es el objeto del contrato, para delimitar las obligaciones de la compañía.

I. Objeto del contrato

La ISES se obliga a cubrir, dentro de los límites y bajo los términos de la Póliza del Seguro de Salud, denominada en adelante la Póliza, los gastos por la prestación de los servicios mediante terceros, dirigidos a prevenir enfermedades y/o restaurar la salud que más adelante se especifican, que reciban tanto los miembros de la colectividad asegurada como sus Dependientes denominados en adelante cada uno de ellos como el Usuario.

II. Definiciones

Para la debida interpretación y cumplimiento de este Contrato, las partes convienen adoptar las definiciones siguientes:

Asegurado

Miembro de una Colectividad Asegurable que cumpla con los requisitos señalados en estas Condiciones Generales.

Colectividad Asegurable

Son colectividades asegurables las constituidas por:

- Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa.
- Los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo que presten sus servicios a un mismo patrón o empresa.

- Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores es servicio activo y sus secciones o grupos.
- Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan colectividades asegurables.

No serán consideradas colectividades asegurables, aquellas empresas o agrupaciones que se constituyan con el objeto de tener acceso a esta Póliza.

Colectividad Asegurada

La constituida por los Asegurados y sus Dependientes que cumplan con los requisitos señalados en estas Condiciones Generales como se especificará en el apartado VI. "Requisitos", ya sea que contribuyan o no con el Contratante al pago de la prima.

Concubinato

Unión de un hombre y una mujer libres de matrimonio, que tuvieren hijos o hubieren vivido juntos como si fueran cónyuges por lo menos durante cinco años consecutivos anteriores a la presentación de la solicitud de aseguramiento.

Contratante

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

Coordinador Médico

Médico designado por la ISES, para supervisar y autorizar los Servicios Cubiertos en esta Póliza.

Copago

Cantidad de dinero a cargo del Usuario, que representa una parte del valor de los servicios objeto de este Contrato que deberá pagar en efectivo al proveedor de la Red que los hubiere prestado en el momento de recibir cada servicio, de acuerdo al tabulador de Copagos y Límites. Esta cantidad se encuentra también en la Carátula de la Póliza y Certificados Individuales.

Dependientes

Siempre que hayan sido aceptados por la ISES haciéndolo constar por escrito en el Certificado Individual, serán considerados Dependientes del Asegurado:

- El Cónyuge, que para efectos de esta Póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- Los hijos y nietos solteros del Asegurado y/o de su Cónyuge, que dependan económicamente de aquél y por su edad se encuentren dentro de los límites de aptación señalados en estas Condiciones Generales.

- Los padres del Asegurado y/o de su Cónyuge que dependan económicamente de aquél.

Malformación Congénita

Malformación o enfermedad con que nace el Usuario o la que se contrae en el útero materno independientemente del tiempo de su manifestación.

Extraprima Médica

Es la cantidad adicional de prima cobrada cuando se ha detectado algún riesgo alto, esto bajo un criterio médico dentro de la colectividad asegurable.

Médico de la Red

Persona autorizada legalmente para ejercer la medicina, vinculada con la ISES por convenio para proporcionar al Usuario, la atención médica y/o quirúrgica que se encuentren cubiertas en esta Póliza.

Médico de Primer Contacto (MPC)

Médico de la Red elegido por el Usuario dentro de los que aparecen en el Directorio de Proveedores proporcionado por la ISES, responsable de prestar parte de los Servicios Cubiertos y/o referir al Usuario con los demás Proveedores de la Red.

Preexistencia

Se considera que un padecimiento es preexistente cuando el evento que lo define como tal, haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivas ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado, en los términos del artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Red de Proveedores

Prestadores de servicios médicos, incluyendo los de diagnóstico y de apoyo terapéutico, vinculado con la ISES por convenios, que tienen por objeto proporcionar al Usuario los servicios cubiertos por esta Póliza.

Servicios Ambulatorios

Servicios médicos prestados en un consultorio médico o en una institución autorizada para tal efecto, cuando el Usuario no requiera hospitalización.

III. Bases del Contrato

Integración del Contrato

El contrato del seguro de salud se encuentra compuesto por la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Certificados Individuales, los cuales se emiten en consideración a las solicitudes y a las declaraciones formuladas en los Cuestionarios Médicos para la apreciación del riesgo de los Usuarios, los cuales constituyen una prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la ISES.

Disputabilidad

Este Contrato será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos importantes que proporcione el Contratante y/o el Usuario para la adecuada evaluación del riesgo.

La omisión o inexacta declaración del Contratante, facultará a la ISES para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos inexactamente declarados u omitidos, no hayan influido en la realización del siniestro.

Si la declaración o inexacta declaración es por parte del Asegurado, la ISES estará facultada para rescindir parcialmente el presente Contrato, cancelando el Certificado Individual del Asegurado y como consecuencia, los Dependientes de dicho Asegurado quedarán sin ningún derecho a recibir servicios médicos amparados bajo este contrato de seguro.

Si la omisión o inexacta declaración es por parte del Dependiente la cobertura correspondiente a éste quedará sin efecto alguno.

El ejercicio del derecho de rescisión, se contará a partir de la fecha de alta del Usuario.

Rectificación de la Póliza

El Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro dice:

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”

Lo dispuesto en el párrafo anterior también será aplicable al Contratante.

Modificaciones al Contrato

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la ISES y el Contratante. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la ISES, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la CNSF; en consecuencia, ningún agente o persona no autorizada por la ISES podrá cambiar o modificar las condiciones y beneficios adicionales del Contrato.

Edad

Las ISES podrán solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad del Usuario. Haciendo la anotación correspondiente y no podrá pedir más pruebas de edad.

El Contratante deberá mostrar los documentos que acrediten y demuestren el carácter del Usuarios a los dependientes de la Colectividad Asegurable.

IV. Duración del Contrato

Vigencia

La vigencia de este contrato es de un año, cuyos momentos de inicio y terminación se indican en la Carátula de esta Póliza.

Fecha de Inicio de la Cobertura

Las coberturas específicas en esta Póliza surtirán efectos respecto a cada Usuario, a partir de las 00:01 horas de la fecha de alta de cada uno de ellos indicada en el Certificado Individual.

Renovación

No existe renovación obligatoria.

Causas de Extinción de la Cobertura

La cobertura de esta Póliza se extinguirá, entre otras, por las razones siguientes:

Respecto del Contratante y de la Colectividad asegurada:

- I. Por colusión de la vigencia del Contrato.
- II. Por terminación del Contrato debido a la falta de pago de alguna de las fracciones en que se hubiere dividido la prima.
- III. Por nulidad y/o rescisión del contrato por omisiones o inexactas declaraciones.

Cuando haya cambio de Contratante en el caso de los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por un mismo patrón u empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa; la ISES podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a que tenga conocimiento del cambio; sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Institución reembolsará a este la prima no devengada.

En estos casos, la cobertura se cancelará respecto de la Colectividad Asegurada, quedando en consecuencia sin validez los Certificados Individuales que se hubieren expedido.

Respecto de Cada Usuario:

- I. Por muerte del Asegurado.
- II. Por separación del Asegurado de la colectividad Asegurable por cualquier causa. En este caso, los beneficios cesarán desde el momento de separación.
- III. A solicitud expresa del Asegurado.
- IV. Por rescisión parcial del contrato en los casos previstos en este instrumento.
- V. Cuando el Usuario haga mal uso de los Servicios Cubiertos o no efectúe los Copagos correspondientes.

En caso de terminación de la cobertura de un Asegurado, la cobertura se cancelará automáticamente respecto de éste y sus Dependientes, quedando en consecuencia sin validez alguna los Certificados Individuales correspondientes.

En adhesión a lo anterior, la obligación de la ISES terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

- I. Al certificarse la curación del padecimiento a través del alta médica.
- II. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- III. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no es inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia de contrato.

Periodo de Inscripción

Los miembros de la Colectividad Asegurable que no hubieren solicitado su inscripción durante los treinta días anteriores al inicio de la vigencia del Contrato, únicamente podrán solicitar su inclusión a la Colectividad Asegurada en un segundo periodo de inscripción que durará del decimoquinto día del quinto mes al decimoquinto día del sexto mes, contando a partir de la fecha en que hubiere iniciado la vigencia, iniciando cobertura a partir del primer día del séptimo mes.

- V. Prima

Monto

La prima se integra con el importe que se obtenga de la suma de primas que corresponda a cada Usuario, determinada conforme a la tarifa por edad y sexo.

En caso de que el resultado del análisis y evaluación de los cuestionarios médicos se determine riesgo médico elevado de acuerdo a la experiencia de la institución de seguros, se le impondrá al grupo asegurado, la extraprima que la ISES calcule necesaria.

Vencimiento de la Prima

El periodo de pago de la prima es anual, pero se fraccionará para su pago en parcialidades de un mes, aplicándose la tasa de financiamiento calculada por la compañía a la fecha de la celebración del contrato.

Cada una de las fracciones, vencerá al inicio de cada mes. A partir del día siguiente a la fecha de su vencimiento, el Contratante tendrá un "Periodo de Gracia" de treinta días naturales para efectuar el pago correspondiente. Si durante ese plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán automáticamente los efectos del contrato a las veinticuatro horas del último día de dicho plazo.

Rehabilitación

En caso de que el contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de alguna de las fracciones de la prima o de los ajustes, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta días siguientes al último día del "Periodo de Gracia" establecido anteriormente.

Esta póliza únicamente podrá ser rehabilitada una vez dentro de la vigencia inicialmente pactada.

Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato, será necesario que el Contratante presente la solicitud por escrito a la Institución, pague los adeudos que tuviera en su caso y reúna los requisitos señalados en esta Póliza.

Ajustes al Monto de la Prima

En casos de alta o baja del Usuario, la Institución cobrará o devolverá mensualmente al Contratante la parte faltante o excedente de la fracción de la prima respectivamente.

VI. Requisitos de Aseguramiento

Requisitos para formar parte de la Colectividad Asegurada

Para ser asegurado se requiere:

- Ser miembro de la Colectividad Asegurable.
- Desempeñar alguna actividad, servicio, trabajo, cargo u ocupación reenumerado, durante por lo menos veinte horas a la semana.
- Ser mayor de dieciséis años.
- Presentar a la Institución el Formato de Inscripción y Movimientos debidamente requeridos.

Quedan exceptuados para ingresar como Miembros de la Colectividad Asegurada:

- Los pensionados y sus dependientes.
- Los jubilados y sus dependientes.
- Los trabajadores sujetos a una relación para obra o tiempo determinado.
- Las personas que se encuentren internadas en un hospital o clínica.
- Las personas que se encuentren incapacitadas temporalmente.

Requisitos para aceptar a los Dependientes del Asegurado

- Tratándose del cónyuge del Asegurado que tenga cuando menos catorce años de edad.

- Tratándose de hijos o nietos del Asegurado, que dependan económicamente del mismo; sean solteros, menores de diecinueve años; o menores de veinticinco años, siempre y cuando acrediten estar estudiando en una institución que cuente con reconocimiento de validez oficial de estudios.
- No existirá límite máximo de edad de aceptación para los hijos del Asegurado que se encuentren disminuidos o perturbados en su inteligencia o padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial, y siempre que debido a la limitación, o alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse por sí mismos o manifestar su voluntad.
- Presentar a la Institución el Formato de Inscripción y Movimientos debidamente requerido.
- Cumplimiento de estos requisitos y los especificados anteriormente.

VII. Obligaciones

Obligaciones del Contratante

- Pagar oportunamente las fracciones de la prima y los ajustes por movimientos mensuales.
- Remitir a la Institución, dentro de los cinco días naturales siguientes a la recepción, los Formatos de Inscripción y Movimientos para reportar la inclusión (alta) y exclusión (baja) de Usuarios.
- Dar aviso a la Institución de cualquier cambio de actividad que se opere en la situación de los Usuarios, dentro del término de quince días, contando a partir del día siguiente a que se genere el cambio respectivo.
- Dar aviso a la Institución cuando hubiere cambio de Contratante, dentro de los cinco días hábiles siguientes a que se hubiere efectuado el cambio.
- Reintegrar a la Institución cualquier pago que ésta hubiere realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en los avisos que deba dar a la Institución conforme a este contrato.
- El contratante contará con un término de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente al del requerimiento, para reintegrar a la Institución la cantidad que a causa de su omisión o negligencia hubiese pagado ésta. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a la Institución a dar por rescindido el contrato.
- Constituir un depósito en efectivo por el equivalente al importe de la primera fracción de la prima, para garantizar el pago de la prima, el cual le será devuelto al término del contrato aplicable al siguiente depósito, siempre y cuando no existan obligaciones pecuniarias a su cargo.
- Asimismo, las partes convienen que en caso de que el presente contrato cese en efectos por falta de pago de cualesquiera de la fracciones de la prima, la Institución aplicará el mencionado depósito para el pago correspondiente al plazo en que corrió el riesgo.

Obligaciones del Usuario

En caso de que el Usuario desee recibir los Servicios Cubiertos, por conducto de la Red de Proveedores deberá:

- Acudir al Médico de Primer Contacto elegido del Directorio de Proveedores.
- Acudir con los proveedores de la Red que le indiquen el Médico de Primer Contacto para recibir los Servicios Cubiertos.
- Obedecer los tratamientos prescritos por el Médico de la Red, en beneficio del Usuario.
- Hacer buen uso de los servicios cubiertos. Es decir, no permitir que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho ilícito de tales servicios.
- Efectuar los Copagos a su cargo en los casos que se establecen en este contrato.

VIII. Servicios Cubiertos

Todas las autorizaciones serán obtenidas a través del Coordinador Médico

La ISES se obliga a proporcionar los servicios que se mencionan en esta Póliza, al Usuario, cuando sean prestados por los Proveedores de la Red, aún cuando estos padecimientos sean preexistentes, siempre que y según corresponda:

- Paguen a dichos proveedores, el Copago que corresponda.
- Sean prescritos por el Médico de Primer Contacto o por los demás Proveedores de la Red referidos previamente por aquél.
- Sean supervisados por el Coordinador Médico.
- A criterio del Médico de la Red, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso.

Programas preventivos

Cada usuario tendrá derecho en cada programa a cuatro consultas cada doce meses con su Médico de Primer Contacto o médico designado en el programa sin costo para la administración de los Programas Preventivos aplicables según el sexo y edad del Usuario. Los Servicios Preventivos que cubre la Póliza son los siguientes:

- Programa del Niño Sano.
- Programa de Salud para la Mujer.
- Programa de Salud para el Hombre.

Servicios Restaurativos

Los Servicios Restaurativos de la Salud que cubre esta Póliza son los que a continuación se especifican y están sujetos a la obligación del Usuario de efectuar los Copagos a su cargo. El número de servicios en este rubro es ilimitado.

- Servicios proporcionados por un Médico para el Diagnóstico y tratamiento de Enfermedad por Lesión.
- Servicios Ambulatorios.
- Maternidad.
- Cuidado Neonatal.
- Servicios de Laboratorio.
- Servicios de Imagenología y Gabinete Convencional.

IX. Exclusiones

Esta Póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- Las enfermedades o malformaciones congénitas cuando se requiera hospitalización y/o cirugía.
- Uso y servicio de sala de urgencias médicas.
- Servicios hospitalarios.
- Cuidados intensivos.
- Servicios de ambulancia; salud reproductiva, equipo médico de rehabilitación, órtesis y prótesis, fisioterapia y medicina física; terapia del lenguaje, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- Servicios de gabinete, excepto los especificados en los servicios y Programas Preventivos.
- Radioterapia y Quimioterapia.
- Transplantes de órganos y gastos médicos del donante, ni tampoco gastos por servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- Queratotomía o Queratectomía, ni sus consecuencias y/o complicaciones.
- Tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocidos como Litotripsias, así como servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- Estudios especiales de imagenología, tales como: Radiografía con método de contraste, resonancia magnética, estudios angiográficos, tomografía axial computarizada, cateterismo cardíaco.
- Cualquier tipo y clase de cirugía.
- Servicios o productos proporcionados por proveedores no pertenecientes a la Red de Proveedores.
- Procedimientos de fertilización in vitro y transferencia de embrión u óvulo; tratamientos por esterilidad relacionados con un padre sustituto; procedimientos de reversión de una esterilización voluntaria; medicamentos orales recetados para el tratamiento de esterilidad; medicamentos anticonceptivos implantables, a excepción del intrauterino, dispositivos o instrumentos anticonceptivos que no requieren receta; amniocentesis e inyecciones de hormona gonadotropina-coriónica (HCG).
- Servicios dentales, incluyendo Terapias de aplicación para el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ), servicios relacionados con la maloclusión o

mal posición de los dientes: ortodoncia; cuidado de los dientes, prótesis dentales, incrustaciones y obturaciones dentales.

- Tratamientos quiroprácticos.
- Honorarios de enfermeras (legalmente autorizado para ejercer su profesión), cuando dicho servicio se requiera en forma especial.
- La compra o renta de equipo incluyendo: bicicletas para ejercicio, purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua, almohadas alergénicas, colchones, camas de agua o silla de ruedas eléctricas; compra o renta de escaleras eléctricas o levadores, saunas, albercas y artículos para el hogar.
- Abastecimiento o reemplazo de aparatos auditivos.
- Lentes, incluyendo de contacto, cristales, micas intraoculares, así como los armazones y exámenes para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento.
- Honorarios de una persona que brinde productos, servicios o tratamientos relacionados con el cuidado en el hogar, para ayudar a caminar, acostarse, levantarse, bañarse, vestirse, preparación de dietas especiales.
- Pruebas dermoimmunológicas aunque estén orientadas al diagnóstico, así como las pruebas citotóxicas, radioalergosorbente (RAST), determinación de la piel por titulación auto-inyección de orina y pruebas de provocación de neutralización para alergias.
- Abortos voluntarios ni sus consecuencias y/o complicaciones.
- Cuidados rutinarios del pie, incluyendo: limar callos, callosidades y uñas excepto tratamientos médicamente necesarios por condiciones de circulación.
- Tratamientos contra la adicción a drogas, alcohol o tabaquismo, así como sus complicaciones y/o consecuencias directas o indirectas.
- Complicaciones derivadas o que pueda surgir durante o después de un tratamiento médico que cause adicción.
- Terapias alternativas, así como acupuntura, bioretroalimentación, hipnoterapia y terapia recreativa, educativa, manipuladora o de sueño. Terapia primaria, terapia de Rolf, psicodrama, terapia megavitamínica, terapia bioenergética, entrenamiento de percepción visual, terapia de dióxido de carbono o servicios relacionados con este tipo de tratamiento; y la medicina no alópata.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos, anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos así como las complicaciones que resulten de ellos; así como consultas, cuidados o tratamientos nutriólogos.
- Servicios para la enseñanza de niños atrasados, así como la evaluación o tratamientos de problemas de aprendizaje o disfunciones mínimas del cerebro o trastornos de desarrollo y aprendizaje; pruebas de diagnóstico relacionadas con problemas del comportamiento así como su entrenamiento y rehabilitación cognoscitiva, demoras en el desarrollo y trastornos por falta de concentración.
- Cuidados, tratamientos e internamientos para la salud mental, así como cuidados o tratamientos psiquiátricos, psicológicos u otros para desórdenes emocionales o mentales.
- Procedimientos o tratamientos destinados a alterar las características físicas del sexo biológico de un Usuario por las características del sexo opuesto.

- Consultas, terapias tratamientos productos o asesorías para disfunciones o adecuaciones sexuales.
- Gastos erogados por el tratamiento de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) y sus complicaciones, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi y las derivadas de su evolución.
- El comercio o transportación de órganos y tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.
- Servicios prestados en el extranjero.
- Servicios médicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consanguinidad, afinidad y civil con el Usuario.
- La adquisición de cualquier tipo de medicamentos, salvo pacto contrario que se haga constar mediante cláusula adicional agregada a este contrato.
- Los estudios prenupciales o de ingreso a la Institución Contratante o cualquier otra Institución que requiera el Usuario.
- Lesiones causadas por culpa grave del Usuario a causa de los efectos del alcohol, estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.
- Lesiones sufridas en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por culpa grave del Usuario por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales.
- Lesiones o enfermedades sufridas a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia.
- Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Usuario, o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.

TODOS LOS SERVICIOS QUE NO ESTEN EXPLICITAMENTE CUBIERTOS EN EL APARTADO "SERVICIOS CUBIERTOS" DEL PRESENTE CONTRATO NO ESTAN CUBIERTOS, AUN CUANDO NO SE ENCUENTREN EN ESTE APARTADO DE "EXCLUSIONES".

X. Liberación de Responsabilidades

La ISES no será responsable en caso de que los proveedores de la Red se vean imposibilitados a prestar sus servicios en caso de desastre nacional, guerra, disturbio, insurrección civil, epidemia, o en cualquier otro supuesto de caso fortuito o fuerza mayor.

El Contratante, Asegurado y sus Dependientes están de acuerdo en que la ISES estará excluida de cualquier responsabilidad por la elección que el Asegurado realice del Médico de Primer Contacto, así como por los servicios que reciban de éstos y de los demás Proveedores de la Red.

XI. Suma Asegurada

Los servicios cubiertos están sujetos a los límites establecidos en el presente Contratos, descritos en la carátula de la misma, de tal forma que el asegurado esta obligado a pagar los costos que excedan los límites contemplados.

XII. Responsabilidad del Usuario

El Usuario será responsable por el costo de los servicios que no se encuentren cubiertos por esta Póliza.

XIII. Otros Seguros

El Contratante y los Miembros de la Colectividad Asegurada, tendrán la obligación de poner en conocimiento de la Institución la existencia de otros seguros de vida, salud, accidentes y gastos médicos que contrate durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de la Aseguradoras, el número de las pólizas contratadas, el tipo de seguro y ramo de que se trate, así como las sumas aseguradas en su caso.

Si el Contratante o los Miembros de la Colectividad Asegurada omiten dar el aviso referido o si contratan diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Institución estará facultada para rescindir de pleno derecho el contrato.

XIV. Territorialidad

Los servicios cubiertos por esta Póliza, solo se prestarán dentro de la República Mexicana.

XV. Moneda

Los pagos que el Contratante, el Usuario y la Institución deban hacer conforme a este contrato, se liquidarán en moneda nacional de acuerdo con la Ley Monetaria vigente.

XVI. Notificaciones

Cualquier notificación o comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la ISES, precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma.

XVII. Competencia

En caso de controversia, el quejoso deberá acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF) y en lo conducente a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

XVIII. Interés Moratorio

Si la Institución no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con el artículo 135-Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

CAPITULO IV

4. Nota Técnica

La situación económica actual que vive el país ha repercutido en forma directa en el costo de los servicios en general y particularmente en el de los tratamientos médicos. Esto último ha ocasionado una mayor demanda por parte del mercado asegurador de productos que cubran de manera integral la disminución económica que sufre cualquier asegurado al presentarse algún accidente o enfermedad.

Asimismo, el incremento que han tenido los servicios médicos ha motivado un aumento sustancial en la siniestralidad de la atención médica, provocando pérdidas; inclusive las Instituciones de seguros que pagan por cuidados médicos han encontrado el sistema de pago por tabulador exageradamente costoso y han tenido que crear un mercado basado en un sistema de competencia llamado "Managed Care"⁷.

Bajo este esquema, los proveedores de servicios tienen un papel importante en la utilización de los mismos, ya que el sistema tiene un generoso incentivo por control de costos, generándose a su vez competencia entre los proveedores asegurando una alta calidad en los servicios a un costo totalmente accesible. El ejemplo esencial para justificar este modelo es la expansión de programas de cuidados preventivos obteniendo un mayor control de gastos y reduciendo el costo total de los proveedores médicos, mientras se mantiene la calidad en el servicio permitiendo que se generen ganancias.

Tomando en cuenta lo anterior, es indispensable el diseño de una cobertura, que por un lado cumpla los requerimientos solicitados por el mercado y por otro permita un sano desarrollo del ramo de Salud de acuerdo a bases técnicas y financieras acordes a la situación actual del país, por lo que el fin de este trabajo es plantear el "Diseño de una cobertura básica para un seguro de salud al alcance de la población".

4.1. Nombre Comercial

SISSET BASICA (Sistema Individual de Salud Especializado para Todos)

⁷ Administradoras de salud.

4.2. Objetivo

La compañía aseguradora se obligará a cubrir dentro de los límites y bajo los términos de la póliza, los gastos directos por la prestación en los servicios dirigidos a prevenir enfermedades y restaurar la salud que requiera el asegurado, denominado en adelante como Usuario, proporcionando la atención médica en dos niveles de atención los cuales son prevención y tratamiento, esto con una red de proveedores médicos suficiente y calificada a nivel nacional.

Para efectos del presente trabajo solamente se considerarán los dos primeros niveles de atención, la prevención y el tratamiento de enfermedades o accidentes que no necesiten hospitalización; esto debido a que la inclusión de la hospitalización así como de accidentes o enfermedades mayores aumentarían el costo de este seguro, motivo por el cual dejaría de ser accesible para la mayoría de la población.

4.3. Características Generales del Plan

Este sistema funcionará bajo los principios de las Organizaciones de Protección de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO) que funcionan en los Estados Unidos de América. La misión fundamental de este sistema de salud es preservar y/o restaurar la salud, además de poder garantizar una alta calidad de los servicios médicos prestados a sus participantes.

Una HMO es una red cerrada de proveedores de servicios médicos que abarca tres niveles de atención médica. El primer nivel de atención médica está compuesto de Médicos de Primer Contacto de la Red (MPC), que incluye Médico Familiares, Generales y Pediatras.

En este modelo cada Usuario inscrito selecciona un MPC de la red, quien será responsable de brindar la atención de primer nivel, además de coordinar el acceso cuando sea necesario al segundo y tercer nivel de atención. El acceso al segundo nivel no se encuentra restringido. En el segundo nivel, están incluidos proveedores de la red, tales como laboratorios, médicos especialistas (ME) y gabinetes, en adición a servicios como cirugía ambulatoria.

4.4. Descripción de la Cobertura

Los servicios que ofrece el Siset son servicios de Medicina Preventiva, Consultas, Exámenes de Laboratorio y Radiología, Cuidado Prenatal, con los copagos correspondientes. No se cubren; Servicios de Gabinete e Imagenología especializados, Hospitalizaciones y Urgencias.

4.5. Bases Técnicas

A efecto de considerar la frecuencia y severidad de la morbilidad afectada por esquemas en el cuidado de la salud, se tomó como base el tipo de servicio, periodo y modalidad del tratamiento por enfermedad de las experiencias de cada una de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud autorizadas para la administración de servicios de salud, mismas que ofrecen sus servicios tanto a sus empleados como al público en general.

Para la distribución del gasto por edad y sexo también se tomó como base la experiencia de las compañías mencionadas, mismas que se especializan en el ramo de Salud, debido a que la estructura de la base de datos de la experiencia de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) es relativamente nueva por lo que la tarifa propuesta es experimental, la cual se podrá ajustar dependiendo del volumen y experiencia de la cartera a que se aplique este seguro.

4.5.1. Cálculo de la Prima de Tarifa

Prima de Riesgo Por Miembro Por Mes (PRMPM)

Para el cálculo de la Prima de Riesgo Por Miembro Por Mes, los servicios se han agrupado con la información de frecuencia y severidad en el ramo de Salud proporcionando por las compañías antes mencionadas, de acuerdo con su experiencia en la administración de servicios de salud que ofrecen a sus empleados y al público en general, pero enfocadas a los servicios que se desea ofrecer en este Sistema Integral de Salud Especializado para Todos.

Los servicios cubiertos en la Póliza han sido agrupados en los rubros de Servicios Ambulatorios, Honorarios Médicos, Servicios Preventivos y Otros. Para efectos de este trabajo se utilizará el pago de la prima en forma mensual, debido a que se considera que la mayoría de la población puede adquirir de forma más fácil un plan de Seguro de Salud, si la forma de pago puede fraccionarse o se realiza a través de un descuento por nómina.

Frecuencia Anual (FA)

La Frecuencia Anual, se determinó con base en las estadísticas proporcionadas por las áreas médicas de las ISES, basada en el tipo de servicio, periodo y modalidad del tratamiento, utilizando la fórmula siguiente:

$$FA = \frac{\text{Número de siniestros}}{\text{Número de riesgos expuestos}}$$

Dando como resultado el valor que se muestra en la **Tabla 1**.

Severidad por Servicio (SevSer)

La Severidad para cada rubro, fue proporcionada por las áreas médicas de las ISES, basada en los tabuladores de la red de médicos y hospitales y el costo de los servicios en el mercado médico.

TABLA 1

	Tipo de Servicio	Frecuencia Anual	Severidad por Servicio	Prima de Riesgo por Servicio
		FA	SevSer	
1	Servicios Ambulatorios			
2	Radiología	0.22000	\$ 339.80	\$ 6.23
3	Laboratorio	0.20000	\$ 339.80	\$ 5.66
4	Subtotal			\$ 11.89
5				
6	Honorarios Médicos			
7	Consultas primer nivel	3.80000	\$ 95.14	\$ 30.13
8	Consultas especialista	1.20000	\$ 135.92	\$ 13.59
9	Consultas a domicilio	0.00130	\$ 259.63	\$ 0.03
10	Inyecciones terapéuticas	0.14950	\$ 27.18	\$ 0.34
11	Pruebas de alergia	0.03530	\$ 271.84	\$ 0.80
12	Inmunoterapia alérgica	0.29340	\$ 203.88	\$ 4.98
13	Exámenes de diagnóstico	0.29760	\$ 135.92	\$ 3.37
14	Exámenes de niño recién nacido	0.04559	\$ 207.71	\$ 0.79
15	Maternidad			
16	Consulta prenatal	0.45587	\$ 95.14	\$ 3.61
17	Subtotal			\$ 57.65
18				
19	Servicios Preventivos			
20	Consultas preventivas	2.00000	\$ 95.14	\$ 15.86
21	Exámenes de laboratorio	1.00000	\$ 339.80	\$ 28.32
22	Exámenes de gabinete	0.37457	\$ 500.00	\$ 15.61
23	Vacunas niños	0.26900	\$ 311.56	\$ 6.98
24	Vacunas adultos	0.18000	\$ 155.78	\$ 2.34
25	Examen de la vista	0.74000	\$ 27.18	\$ 1.68
26	Examen del habla	0.01200	\$ 67.96	\$ 0.07
27	Examen de oídos	0.01200	\$ 203.88	\$ 0.20
28	Exámenes físicos	0.30600	\$ 88.35	\$ 2.25
29	Subtotal			\$ 73.30
30				
31	Otros			
32	Consulta por rehabilitación y terapia física	0.54000	\$ 259.63	\$ 11.68
33	Subtotal			\$ 11.68
	Prima de Riesgo Actual PMPM Total			\$ 154.53

Prima de Riesgo por Servicio (PRS)

Para obtener la Prima de Riesgo por Servicio se multiplicará la Frecuencia Anual por la Severidad por Servicio y el resultado de lo anterior se divide entre los doce meses que estará vigente el seguro (ver **Tabla 1**), esto es:

$$PRS = (FA * SevSer) / (12)$$

Prima de Riesgo Total (PRT)

La PRT es la suma de la Prima de Riesgo por Servicio (ver **Tabla 1**)

$$PRT = \sum PRS = \$ 154.53$$

Determinación de los factores de copago

El copago es una participación del asegurado que debe de pagar al proveedor al momento de recibir el servicio médico. Para efectos de este trabajo, se considerarán los servicios que se ofrecerán con copago y serán los siguientes:

A los siguientes servicios se les aplicará un copago en monto fijo:

- Consultas de primer nivel
- Consultas de médicos especialistas
- Consultas prenatales
- Consultas por rehabilitación
- Consultas a domicilio

A los siguientes servicios se les aplicará un copago en porcentaje del valor del servicio:

- Radiología
- Laboratorio

Cabe aclarar que los servicios Preventivos no son afectados por copagos para que los usuarios utilicen estos servicios y poder disminuir costos en servicios de tratamiento y restauración de la salud de los usuarios.

Copago en Monto fijo (Cop\$)

El Cop\$ es un monto fijo que se resta de la Prima de Riesgo por Servicio. Este se aplicará en consultas, ya que el costo de las mismas se pacta con los prestadores de servicios de la red Médica, por los que son uniformes.

Se tomara como base un Copago de Monto Fijo Cop\$ de \$50, aunque este puede cambiar de acuerdo al usuario.

Copago en Porcentaje (Cop%)

El Cop% representa un porcentaje de la Prima de Riesgo Actual PMPM por Servicio. Para consultas, se aplicará el Copago en Monto Fijo y para laboratorio y radiología el copago es en porcentaje. Los copagos variables se aplicarán en los estudios de laboratorio y gabinetes ya que los costos de estos varían en función del tipo de estudio a realizar.

Se tomará como base un Copago en Porcentaje Cop% del 25%, aunque este puede cambiar de acuerdo al usuario.

Copago por Servicio (CopSer)

Para obtener el monto de la participación del usuario en el servicio, es decir el valor del copago, cuando éste se ha expresado como monto fijo, para los casos de consulta, renglones 7, 8, 16, 32 y consulta a domicilio, renglón 9 de la Tabla 1, se multiplicará el copago por la Frecuencia Anual y el resultado de lo anterior, se divide entre los doce meses que estará vigente el seguro.

$$\text{CopSer} = (\text{FA} * \text{Cpo\$}) / (12)$$

Para obtener el valor del Copago en Porcentaje, para laboratorio y radiología, renglones 2, 3 de la Tabla 1 se multiplicará la Severidad por Servicio por el Copago en Porcentaje y por la Frecuencia Anual. El resultado de lo anterior, se divide entre los doce meses que estaría vigente el seguro.

$$\text{CopSer} = (\text{SevSer} * \text{FA}) * (\text{Cpo\%}) / (12)$$

El valor del Copago en Monto o Porcentaje debe ser aplicado a los servicios correspondientes.

Prima de Riesgo por Servicio Aplicando el Copago (PRASAC)

Para obtener la PRASAC se resta de la Prima de Riesgo Total para cada servicio el valor del Copago.

$$\text{PRASAC} = \text{PRT} - \text{CopSer}$$

Prima de Riesgo Total Aplicando el Copago por Servicio (PRAACS)

La PRAACS es la suma de la Prima de Riesgo por Servicio Aplicando Copago, para los servicios que no están siendo afectados por el Copago. (**Tabla 1**). Por lo que para cada tipo de Copago se obtiene:

$$PRAACS = \sum PRASAC + \sum PRT$$

Cálculo de los Factores (CF)

El Cálculo de los Factores será la Prima de Riesgo Total Aplicando el Copago por Servicio dividido por la Prima de Riesgo por Servicio de la **Tabla 1**.

$$CF = PRAACS / PRS$$

Cálculo de la Prima de Riesgo por Miembro por Mes

Para obtener la Prima de Riesgo PMPM del producto para cualquier combinación de Copagos de la tabla anterior, se requiere realizar los cálculos que a continuación de describen: Los posibles factores para los copagos se muestran en las **Tablas 2, 3 y 4**.

TABLA 2

Copago para consultas		
Pesos	PRAACS	Fac
0	\$ 154.53	1.0000
10	\$ 149.53	0.9677
20	\$ 144.53	0.9353
30	\$ 139.53	0.9030
40	\$ 134.54	0.8706
50	\$ 129.54	0.8383
60	\$ 124.54	0.8059
70	\$ 119.54	0.7736
80	\$ 114.54	0.7413
90	\$ 109.55	0.7089
100	\$ 104.55	0.6766
110	\$ 99.55	0.6442
120	\$ 94.55	0.6119
130	\$ 89.56	0.5796
140	\$ 84.56	0.5472
150	\$ 79.56	0.5149

TABLA 3

Copago para Imagen, Lab y Gab		
%	PMPM	Fac
0%	\$ 154.53	1.0000
10%	\$ 153.34	0.9923
15%	\$ 152.74	0.9885
20%	\$ 152.15	0.9846
25%	\$ 151.55	0.9808
30%	\$ 150.96	0.9769
35%	\$ 150.36	0.9731
40%	\$ 149.77	0.9692
45%	\$ 149.17	0.9654
50%	\$ 148.58	0.9615
55%	\$ 147.98	0.9577
60%	\$ 147.39	0.9538
65%	\$ 146.80	0.9500
70%	\$ 146.20	0.9461
75%	\$ 145.61	0.9423
80%	\$ 145.01	0.9384

TABLA 4

Copago para Consultas a domicilio		
Pesos	PMPM	Fac
0	\$ 154.53	1.0000
250	\$ 154.50	0.9998

Cálculo de los Factores de los Copagos (CFC)

Para ver como se utilizaran los factores de los copagos porcentuales y fijos es necesario calcular estos factores.

El CFC es la suma de los factores de los tres copagos y se le restará el número de factores menos uno, esto es:

$N =$ número de factores a sumar (si se contratan los tres servicios será $3-1=2$),

Por lo que el Cálculo de los Factores de Copago sería el siguiente:

	Pesos	Fac
Copago de consultas	\$ 20.00	0.9353
Copago de consultas a domicilio	\$ 250.00	0.9998
Copago Imagen, Lab y Gab	20%	0.9846
Suma de los factores		2.9198
$N = 3 - 1 = 2$		
Cálculo de los Factores de Copago		0.9198

Prima de Riesgo Actual PMPM Aplicando los Factores de Copago (PRAAFC)

La PRAAFC es el producto de la Prima de Riesgo Total de la **Tabla 1** y el producto de los Factores de los Copagos, lo que da:

$$PRAAFC = PRT * CFC$$

Cabe aclarar que este total varía de acuerdo a las coberturas solicitadas o cubiertas.

Inflación (Inf)

La Inflación se tomó de los índices publicados por el Banco de México; el porcentaje siguiente corresponde a la inflación anualizada del mes de noviembre de 2004.

La determinación de aplicar un factor de inflación, se debe a que se planea mantener vigente este seguro por un periodo indeterminado de tiempo, sin embargo las tarifas que aquí se presenten, tienen que modificarse de acuerdo a la situación económica del país, esto con motivo del poder adquisitivo de cada persona.

$$\text{Inf} = 8.5\%$$

Prima de Riesgo (PR)

Se aplicará la inflación a la Prima de Riesgo Actual Aplicando los Factores de los Copagos, de lo que se obtendrá lo siguiente:

$$\text{PR} = \text{PRAAFC} * (1 + \text{Inf})$$

Prima de Riesgo (PR) Considerando la Edad y el Sexo

Los factores por Edad y Sexo representan segmentos de población, cuya frecuencia de morbilidad es estadísticamente diferente. Dichos factores, que muestran en la **Tabla 5**, fueron obtenidos de la experiencia de las ISES. La función de estos factores será el disminuir (descuento) o incrementar (recargo) el costo del seguro, dependiendo de la edad y sexo del asegurado.

TABLA 5

Concepto	Resultado
PRAT	154.53
FAC	0.7617
PRAAFC	117.71
INF	0.085
PR	127.72

Para calcular la Prima por Edad y Sexo se debe multiplicar la matriz de Factores por Edad y Sexo de la **Tabla 6** por la Prima de Riesgo PMPM de la **Tabla 5**. El resultado del cálculo se muestra en la **Tabla 7**.

Las tarifas de este producto se deberán revisar y actualizar por los menos cada seis meses, o antes si los factores que influyan en el comportamiento tienen un cambio drástico.

TABLA 6

Factor por edad y sexo			
Rango de edades		Hombre	Mujer
0	1	0.9516	0.9516
1	2	0.9323	0.9323
2	4	0.8953	0.8953
5	9	0.7964	0.8714
10	14	0.6724	0.8867
15	19	0.5994	0.9275
20	24	0.5776	0.9939
25	29	0.6066	1.0857
30	34	0.6867	1.2031
35	39	0.8178	1.3460
40	44	1.0000	1.5143
45	49	1.2332	1.7082
50	54	1.5174	1.9276
55	59	1.8526	2.1726
60	64	2.2389	2.4430
65	69	2.6762	2.7390
70	74	3.1645	3.0604
75	79	3.7038	3.4074
80	++	4.2942	3.7799

TABLA 7

Prima de riesgo por edad y sexo			
Rango de edades		Hombre	Mujer
0	1	\$ 146.91	\$ 146.91
1	2	\$ 143.93	\$ 143.93
2	4	\$ 138.21	\$ 138.21
5	9	\$ 122.95	\$ 134.53
10	14	\$ 103.81	\$ 136.89
15	19	\$ 92.54	\$ 143.19
20	24	\$ 89.16	\$ 153.43
25	29	\$ 93.64	\$ 167.61
30	34	\$ 106.01	\$ 185.73
35	39	\$ 126.26	\$ 207.78
40	44	\$ 154.38	\$ 233.78
45	49	\$ 190.38	\$ 263.71
50	54	\$ 234.25	\$ 297.58
55	59	\$ 286.00	\$ 335.39
60	64	\$ 345.64	\$ 377.14
65	69	\$ 413.14	\$ 422.83
70	74	\$ 488.53	\$ 472.46
75	79	\$ 571.79	\$ 526.02
80	++	\$ 662.93	\$ 583.53

Prima de Tarifa

Para calcular la Prima de Tarifa, se deben de tomar en cuenta los Gastos y Utilidad que se definen a continuación:

Gastos y Utilidad (GU)

Los GU representan la suma de los Gastos de Administración, Gastos de Adquisición y la Utilidad Esperada. El Gasto de Administración se encuentra expresado en monto fijo el cual es de \$25, el que se deberá revisar y actualizar por lo menos cada seis meses, y los demás conceptos son definidos como un porcentaje de la prima y monitoreados por el área de Planeación y Finanzas. Los gastos se especifican de acuerdo a la **Tabla 8**.

Se obtiene la Prima de Tarifa al sumar los gastos de administración expresados en monto fijo a cada uno de los valores de la matriz de la Prima de Riesgo por Edad y Sexo de la **Tabla 8** y dividiendo a continuación cada uno de estos valores entre el monto que resulta de la diferencia de la unidad y el porcentaje de los Gastos de Adquisición y la Utilidad esperada de la **Tabla 8**.

$$\text{Prima de Tarifa} = \frac{\text{Prima de Riesgo por Edad y Sexo} + \text{Gastos de Administración}}{1 - (\% \text{Gastos de Adquisición} + \% \text{Utilidad Esperada})}$$

TABLA 8

Concepto	Rango
Gastos de administración	\$ 25.00
Gastos de adquisición	5%
Utilidad esperada	5%

Lo que da como resultado la tarifa que a continuación se presenta (**Tabla 9**).

TABLA 9

TARIFA					
Rango de edades		Hombre		Mujer	
0	1	\$	207.12	\$	207.12
1	2	\$	203.53	\$	203.53
2	4	\$	196.64	\$	196.64
5	9	\$	178.25	\$	192.20
10	14	\$	155.19	\$	195.05
15	19	\$	141.62	\$	202.64
20	24	\$	137.54	\$	214.98
25	29	\$	142.94	\$	232.06
30	34	\$	157.84	\$	253.89
35	39	\$	182.24	\$	280.46
40	44	\$	216.12	\$	311.78
45	49	\$	259.49	\$	347.85
50	54	\$	312.35	\$	388.66
55	59	\$	374.70	\$	434.21
60	64	\$	446.55	\$	484.51
65	69	\$	527.88	\$	539.56
70	74	\$	618.71	\$	599.35
75	79	\$	719.02	\$	663.88
80	++	\$	828.83	\$	733.16

Extra Prima Médica

Si como consecuencia del análisis de los cuestionarios médicos se determina que dentro de la colectividad existe al menos un integrante de alto riesgo médico, de acuerdo al criterio del médico tomando en cuenta factores preexistentes, edad promedio del grupo, Índice de Masa Corporal, experiencia en el padecimiento descrito, entre otras, es

necesario distribuir el riesgo excedente entre el total del grupo mediante el incremento de la tarifa; a dicho incremento se le llama Extra Prima Médica.

La Extra Prima se calcula valuando el gasto médico necesario para cubrir cada padecimiento presentado con las características antes mencionadas de acuerdo a nuestra experiencia, el cual distribuimos en forma mensual por participante, así el monto obtenido se aplica a la tarifa.

Pérdida máxima posible

Para este cálculo se utilizará la información de los siniestros pagados del Servicio Médico, siendo el pago promedio de las ISES ¿cuáles? de \$300,000. Por lo que se considerará que la pérdida máxima posible por evento no excederá los \$300,000 previstos que resulta de sumar las Consultas recibidas más los Auxiliares del Diagnóstico que son beneficios cubiertos es este plan.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de acuerdo a las Circulares S-9.6 y S-9.6.1 vigentes y con base en los activos computables de cada compañía, le impone un Límite Máximo de Retención por riesgo o por asegurado, mismo que deberá tomar en cuenta en los riesgos que pretenda retener, con esto y el cálculo de la pérdida máxima posible, la compañía de seguros podrá planear una estrategia de reaseguro para evitar rebasar los conceptos mencionados, siendo un contrato de reaseguro automático no proporcional la opción más utilizada en el mercado de seguros de salud.

CAPITULO V

5. Caso Práctico de la Nota Técnica

Para ilustrar el cálculo de la prima de tarifa, a continuación se mostrarán dos ejemplos con diferentes características para poder apreciar de una mejor manera el efecto que puede tener en el costo del seguro las características particulares de cada seguro, a continuación se detallan los datos de cada asegurado:

	EJEMPLO 1	EJEMPLO 2
SEXO	FEMENINO	MASCULINO
EDAD	26 AÑOS	35 AÑOS
COPAGO CONSULTAS	\$ 70	\$ 100
COPAGO LABORATORIOS	20 %	30 %

Para efectos del ejemplo 1 se consideró una persona del sexo femenino de 26 años de edad, esto debido a que es la edad más fértil y por consecuencia necesitará de mayor y más constante atención médica, para el ejemplo 2 se tomó una persona del sexo masculino de 35 años por que se considera que a esa edad tendrá una mayor necesidad de la atención médica, por otro lado también se podrá notar la diferencia de precios entre solicitar copagos de distintos montos, dado que la intención del presente capítulo es el mostrar como se realiza el cálculo de la prima en el sector asegurador. Para ambos se manejaron las mismas coberturas, a excepción de la cobertura de maternidad.

Se contemplaron los servicios más importantes para estos ejemplos, dado que al tomar solamente algunas coberturas no ahorra tiempo en el cálculo, pero la forma de para obtener la prima de tarifa, es la misma si se consideran todas las coberturas.

Para ser más precisos y claros con los conceptos descritos en el capítulo III, se mostrará a continuación paso por paso el cálculo de cada uno.

Prima de Riesgo Por Miembro Por Mes (PRMPM)

Para obtener la Frecuencia Anual y la Severidad por Servicio se debe describir primeramente las coberturas a asegurar, en ambos ejemplos estas serían:

Servicios Ambulatorios

Radiología	Cubierto
Laboratorio	Cubierto

Honorarios Médicos

Consultas de primer nivel	Cubierto
Consultas de especialistas	Cubierto
Consultas a domicilio	No Cubierto
Inyecciones terapéuticas	No Cubierto
Pruebas de alergia	No Cubierto
Inmunoterapia alérgica	No Cubierto
Exámenes de diagnóstico	Cubierto
Exámenes de niño recién nacido	Cubierto

Maternidad

Consultas prenatales	Cubierto
----------------------	----------

Servicios preventivos

Consultas preventivas	Cubierto
Exámenes de laboratorio	Cubierto
Exámenes de gabinete	Cubierto
Vacunas niños	Cubierto
Vacunas adultos	No Cubierto
Examen de la vista	No Cubierto
Examen del habla	No Cubierto
Examen de oídos	Cubierto
Exámenes físicos	Cubierto

Otros

Consulta por rehabilitación y terapia física	No Cubierto
--	-------------

Después de haber definido las coberturas, la severidad y la frecuencia por servicio de cada una de las coberturas se obtendrán de la tabla 1⁸, con estos datos se calculará posteriormente la prima de riesgo, la cual será el resultado de multiplicar la Frecuencia Anual por la Severidad por Servicio y el resultado de lo anterior se dividirá entre los doce meses que estará vigente el seguro.

$$PRS = (FA * SevSer) / (12)$$

En la siguiente tabla se muestra la Frecuencia Anual, la Severidad por Servicio y la Prima de Riesgo por Servicio, de cada una de las coberturas contratadas.

⁸ Ver el capítulo III

TABLA 1

	Tipo de Servicio	Frecuencia Anual	Severidad por Servicio	Prima de Riesgo por Servicio
		FA	SevSer	
1	Servicios Ambulatorios			
2	Radiología	0.22000	\$ 339.80	\$ 6.23
3	Laboratorio	0.20000	\$ 339.80	\$ 5.66
4	Subtotal			\$ 11.89
5				
6	Honorarios Médicos			
7	Consultas primer nivel	3.80000	\$ 95.14	\$ 30.13
8	Consultas especialista	1.20000	\$ 135.92	\$ 13.59
9	Consultas a domicilio	0.00000	\$ 259.63	\$ -
10	Inyecciones terapéuticas	0.00000	\$ 27.18	\$ -
11	Pruebas de alergia	0.00000	\$ 271.84	\$ -
12	Inmunoterapia alérgica	0.00000	\$ 203.88	\$ -
13	Exámenes de diagnóstico	0.29760	\$ 135.92	\$ 3.37
14	Exámenes de niño recién nacido	0.04559	\$ 207.71	\$ 0.79
15	Maternidad			
16	Consulta prenatal	0.45587	\$ 95.14	\$ 3.61
17	Subtotal			\$ 51.50
18				
19	Servicios Preventivos			
20	Consultas preventivas	2.00000	\$ 95.14	\$ 15.86
21	Exámenes de laboratorio	1.00000	\$ 339.80	\$ 28.32
22	Exámenes de gabinete	0.37457	\$ 500.00	\$ 15.61
23	Vacunas niños	0.26900	\$ 311.56	\$ 6.98
24	Vacunas adultos	0.18000	\$ 155.78	\$ 2.34
25	Examen de la vista	0.00000	\$ -	\$ -
26	Examen del habla	0.00000	\$ -	\$ -
27	Examen de oídos	0.01200	\$ 203.88	\$ 0.20
28	Exámenes físicos	0.30600	\$ 88.35	\$ 2.25
29	Subtotal			\$ 71.56
30				
31	Otros			
32	Consulta por rehabilitación y terapia física	0.00000	\$ -	\$ -
33	Subtotal			\$ -
	Prima de Riesgo Total PMPM			\$ 134.95

Para los dos casos se obtuvieron los mismos valores, puesto que estos no depende del sexo ni la edad, con excepción de la cobertura de Maternidad, puesto que ésta sólo aplica para el ejemplo 1.

Prima de Riesgo Total (PRT)

La PRT es la suma de la Prima de Riesgo por Servicio por cada una de las coberturas contratadas, esto es, la suma de la columna de la tabla anterior que tiene los costos de la Prima de Riesgo por Servicio para ambos ejemplos.

$$PRT = \sum PRS$$

EJEMPLO 1 \$ 134.95

EJEMPLO 2 \$ 131.33

Determinación de los Factores de los Copagos

Se considerará un Copago en Porcentaje del **20%** y del **30%** y un Copago en Monto Fijo de **\$70** y **\$100** por consulta, para el caso 1 y 2 respectivamente, los cuales se aplicará de acuerdo a las coberturas que se describen en los renglones siguientes:

A los siguientes servicios se les aplicará un copago en monto fijo.

- Consultas de primer nivel
- Consultas de médicos especialistas
- Consultas prenatales
- Consultas por rehabilitación
- Consultas a domicilio

EJEMPLO 1

EJEMPLO 2

\$70

\$100

A los siguientes servicios se les aplicará un copago en porcentaje del valor del servicio

- Radiología
- Laboratorio

EJEMPLO 1

EJEMPLO 2

20 %

30 %

Cabe señalar que para efectos de este trabajo los servicios preventivos no son afectados por copagos.

Copago en Monto fijo (Cop\$)

Como se mencionó antes, se tomaron solamente las consultas de primer nivel, consultas de médicos especialistas y consultas prenatales, las consultas por rehabilitación y consultas a domicilio no se tomaron en cuenta por no encontrarse contratadas esas coberturas para efectos del presente ejemplo.

Entonces, a la frecuencia de los mencionados renglones se les multiplicó el monto del copago que en este caso es de \$70 y \$100, y se dividió entre 12 que representa los meses que el seguro se encontrará vigente lo que da como resultado un copago de monto fijo de:

Cop\$

EJEMPLO 1 \$ 31.83

EJEMPLO 2 \$ 45.47

Esto representa la cantidad en dinero, que el asegurado absorberá de total del costo de los servicios en relación a las consultas.

Copago en Porcentaje (Cop%)

Para obtener la cantidad que representa los servicios que tienen copago en porcentaje, los cuales se describieron anteriormente, se realizó el siguiente procedimiento: se multiplicó la frecuencia por la severidad de los mencionados renglones, después se multiplicó por el porcentaje que se cobrará de copago y al final se dividió entre 12 que representa los meses que el seguro se encontrará vigente, lo que da como resultado un monto de \$2.38 y \$3.57 para cada uno de los ejemplos.

Cop%

EJEMPLO 1 \$ 2.38

EJEMPLO 2 \$ 3.57

Esto representa la cantidad en dinero, que el asegurado absorberá de total del costo de los servicios en relación a los estudios de laboratorio.

Copago por Servicio (CopSer)

El valor del Copago en Monto o Porcentaje debe ser aplicado a los servicios correspondientes para obtener el total de la participación del asegurado en el costo del

seguro, para tal efecto se suman los resultados anteriores para así obtener el Copago por Servicio.

CopServ

EJEMPLO 1 \$ 34.20

EJEMPLO 2 \$ 49.03

Prima de Riesgo por Servicio Aplicando el Copago (PRASAC)

Para obtener esta prima se resta de la Prima de Riesgo por Servicio el valor del Copago por Servicio, lo que da como resultado:

PRASAC

EJEMPLO 1 \$ 100.74

EJEMPLO 2 \$ 82.30

Esto representa el costo que tendrá la aseguradora por cada individuo que contrate las coberturas descritas al principio.

Prima de Riesgo Total Aplicando el Copago por Servicio (PRAACS)

La PRAACS es la suma de la Prima Actual por Servicio, para los servicios que no están siendo afectados por el Copago.

PRAACS

EJEMPLO 1 \$ 103.12

EJEMPLO 2 \$ 85.87

En nuestro caso la prima de riesgo obtenida descontando los copagos de manera global o específicamente de cada cobertura es la misma, dado que los copagos propuestos son menores al costo del servicio.

Cálculo de los Factores (CF)

El Cálculo de los Factores sería la Prima de Riesgo Aplicando el valor del Copago dividido por la Prima de Riesgo por Servicio, tanto para monto fijo como para porcentaje, a continuación se muestra para cada caso y copago, el factor correspondiente.

	Cop\$	Cop%
EJEMPLO 1	\$103.12 / \$134.95	\$132.57 / \$134.95
EJEMPLO 2	\$ 85.87 / \$131.33	\$127.76 / \$131.33

	Cop\$	Cop%
EJEMPLO 1	0.7642	0.9824
EJEMPLO 2	0.6538	0.9728

Cálculo de la Prima de Riesgo por Miembro por Mes

El dato anterior solamente nos sirve para calcular la prima para esos copagos en específicos, pero en la práctica cotidiana se tienen una gran variedad de combinaciones de copagos y por ende el costo de la prima será diferente. Para obtener la Prima de Riesgo PMPM del producto para cualquier combinación de Copagos, se requiere realizar los cálculos de los factores de los copagos que por política maneje la compañía, para nuestro trabajo a continuación se muestran los posibles factores en las **Tablas 10 y 11**

TABLA 10

Copago para consultas		
Pesos	PRAACS	Fac
0	\$ 134.95	1.0000
10	\$ 130.40	0.9663
20	\$ 125.85	0.9326
30	\$ 121.31	0.8989
40	\$ 116.76	0.8652
50	\$ 112.21	0.8315
60	\$ 107.67	0.7979
70	\$ 103.12	0.7642
80	\$ 98.57	0.7305
90	\$ 94.03	0.6968
100	\$ 89.48	0.6631
110	\$ 84.93	0.6294
120	\$ 80.39	0.5957
130	\$ 75.84	0.5620
140	\$ 71.29	0.5283
150	\$ 66.75	0.4946

TABLA 11

Copago para Imagen, Lab y Gab		
%	PMPM	Fac
0%	\$ 134.95	1.0000
10%	\$ 133.76	0.9912
15%	\$ 133.16	0.9868
20%	\$ 132.57	0.9824
25%	\$ 131.97	0.9780
30%	\$ 131.38	0.9736
35%	\$ 130.78	0.9692
40%	\$ 130.19	0.9647
45%	\$ 129.59	0.9603
50%	\$ 129.00	0.9559
55%	\$ 128.41	0.9515
60%	\$ 127.81	0.9471
65%	\$ 127.22	0.9427
70%	\$ 126.62	0.9383
75%	\$ 126.03	0.9339
80%	\$ 125.43	0.9295

Cálculo de los Factores de los Copagos (CFC)

La idea de calcular estos factores de copagos, es que no tengamos que calcular el costo de la prima de riesgo nuevamente por cada asegurado, sino que únicamente aplicaremos este porcentaje a la prima para saber lo que tenemos que cobrar. Para ver como se utilizan los factores de los copagos porcentuales y fijos es necesario el cálculo de de estos factores.

El CFC es la suma de los factores de cada uno de servicios contratados a los que se aplicará el copago menos el número de factores reducido en uno, para los ejemplos que se están trabajando el cálculo sería el siguiente:

EJEMPLO 1		
	Pesos	Fac
Copago de consultas	\$ 70.00	0.7736
Copago de consultas a domicilio	NO CUBIERTO	
Copago Imagen, Lab y Gab	20%	0.9846
Suma de los factores		1.7582
$N = 2 - 1 = 1$		
Cálculo de los Factores de Copago		0.7582

EJEMPLO 2		
	Pesos	Fac
Copago de consultas	\$ 100.00	0.6766
Copago de consultas a domicilio	NO CUBIERTO	
Copago Imagen, Lab y Gab	30%	0.9769
Suma de los factores		1.6535
$N = 2 - 1 = 1$		
Cálculo de los Factores de Copago		0.6535

Prima de Riesgo Actual PMPM Aplicando los Factores de Copago (PRAAFC)

La PRAAFC es el producto de la Prima de Riesgo Total de la **Tabla 1** y el producto de los Factores de los Copagos, lo que da:

$$\text{PRAAFC} =$$

EJEMPLO 1 **$\$134.95 * 0.7465 = \100.74**

EJEMPLO 2 **$\$131.33 * 0.6366 = \$ 83.61$**

Inflación (Inf)

Se tomó la inflación de acumulada al mes de diciembre de 2004, sin embargo esta se deberá actualizar cada vez que el encargado de realizar la nota técnica la actualice, o cuando se considere necesario.

$$\text{Inf} = 5.19 \%$$

Prima de Riesgo (PR)

Se aplicará la inflación a la Prima de Riesgo Actual Aplicando los Factores de los Copagos, de lo que se obtendrá lo siguiente:

$$\text{PR}$$

EJEMPLO 1 **$\$100.74 * (1 + 0.0519) = \$ 105.97$**

EJEMPLO 2 **$\$ 85.91 * (1 + 0.0519) = \$ 87.95$**

Prima de Riesgo Considerando la Edad y el Sexo

El cálculo hasta este momento no ha considerado la edad ni el sexo, pero como estas dos variables si tienen impacto en el costo y probabilidad de riesgo, se deben de tomar en cuenta para cobrar una prima más equitativa según el riesgo, para este fin se multiplicará la Prima de Riesgo antes obtenida por el factor correspondiente a la edad y sexo del asegurado que se muestran a continuación en la **TABLA 12**.

TABLA 12

Rango de edades		Factor por edad y sexo	
		Hombre	Mujer
0	1	0.9516	0.9516
1	2	0.9323	0.9323
2	4	0.8953	0.8953
5	9	0.7964	0.8714
10	14	0.6724	0.8867
15	19	0.5994	0.9275
20	24	0.5776	0.9939
25	29	0.6066	1.0857
30	34	0.6867	1.2031
35	39	0.8178	1.3460
40	44	1.0000	1.5143
45	49	1.2332	1.7082
50	54	1.5174	1.9276
55	59	1.8526	2.1726
60	64	2.2389	2.4430
65	69	2.6762	2.7390
70	74	3.1645	3.0604
75	79	3.7038	3.4074
80	++	4.2942	3.7799

Para el primer ejemplo, tomamos el valor correspondiente al rango de edad de 25 a 29 en la columna de mujer, por lo cual obtendremos la siguiente prima:

Prima por Edad y Sexo = \$ 105.97 * 1.0857 = \$ 115.05

Debido a que las mujeres en esta edad tienen una mayor probabilidad de enfermarse y por consiguiente a ocupar los servicios, es razón por la que se debe recargar la prima de riesgo.

Para el segundo ejemplo, tomamos el valor correspondiente al rango de edad de rango de edad de 35 a 39 de la columna hombre, por lo cual obtendremos la siguiente prima:

Prima por Edad y Sexo = \$ 87.95 * 0.8178 = \$ 71.93

En este caso, como se puede observar los hombres a esta edad todavía su probabilidad de requerir servicios médicos es relativamente baja, hecho por el cual se le otorga un descuento en la prima en contraposición al caso de las mujeres.

Como se puede observar la diferencia de costo entre estas dos cobertura se hace bastante significativa al incluir en el cálculo edad y sexo del asegurado.

Prima de Tarifa

Para calcular la Prima de Tarifa, se deben de tomar en cuenta los Gastos y Utilidad que se definen a continuación:

Gastos y Utilidad (GU)

TABLA 8

Concepto	Rango
Gastos de administración	\$ 25.00
Gastos de adquisición	5%
Utilidad esperada	5%

Lo que nos da como resultado la tarifa mensual siguiente:

PT

EJEMPLO 1 \$ 155.62

EJEMPLO 2 \$ 107.70

CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente trabajo es lograr que la mayor parte de la población cuente con una cobertura de salud que sea accesible y que cumpla con los requerimientos mínimos de prevención, atención y restauración de la salud, para esto fue necesario adentrarse en los aspectos técnicos, históricos, legales y normativos de mayor relevancia del seguro de salud, dado que esta operación es relativamente nueva y considero que puede llegar a tener un gran auge si se explotan adecuadamente estos "nuevos" Seguros de Salud, asimismo, creo que puede ser una buena referencia histórico-legal de los servicios de salud en México y también para entender mejor la diferencia entre los beneficios y alcances de un Seguro de Salud y un Seguro de Gastos Médicos Mayores, esto debido a que el Seguro de Salud por principio, tiene la ventaja de prevenir cualquier enfermedad, darle atención temprana a enfermedades menores y mayores y/o en el peor de los escenarios restaurar la salud del asegurado, mientras que el Seguro de Gastos Médicos Mayores nos ofrece una protección para una contingencia ya ocurrida como un accidente o enfermedad que requirió hospitalización o cirugía mayor, esto a través de los reembolsos o pagos directos.

Por otro lado, la idea de ofrecer una cobertura que cubra los servicios básicos es con el fin de llegar a los sectores de la población con menores recursos y que no cuenten con servicios de asistencia médica gubernamental o particular, a este sector se les podrá otorgar un servicio básico de salud particular que representaría una excelente opción tanto a las aseguradoras como a los asegurados ya que tendría un costo accesible para estos últimos y no tendrían un gasto tan excesivo como si pagaran consultas particulares para prevenir o restaurar su salud, esto aunado a que el pago podría ser mensual pero vía un descuento de nómina según la periodicidad de esta, o podría realizar los pagos directos a la aseguradora, en cuanto a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, generarían una mayor utilidad por el aumento en la emisión de primas de todos los seguros vendidos al sector a que va dirigido este servicio.

En lo que se refiere al aspecto técnico, se presenta el desarrollo de las bases técnico – actuariales de un nuevo producto de Salud, el cual ofrece una cobertura básica, primero porque considero que sería una muy buena opción para ofrecer un Seguro de Salud a la población con menores recursos, y segundo porque considero que una cobertura básica tendría un menor costo y por lo tanto una mayor aceptación por la población a la que se dirige este seguro.

- ⇒ "LOS SEGUROS DE SALUD Y SANIDAD PRIVADA, CUADERNO No. 12"
Mercedes Vázquez de Padura,
Fundación Mapfre, España

- ⇒ PERSPECTIVAS DE SALUD
Irvin Pfeffer, David R. Clock
Editorial Mapfre, España

- ⇒ MATEMÁTICA ACTUARIAL
Ubaldo Nieto de Alba, Jesús Vegas Asensio
Editorial Mapfre, España

- ⇒ ASPECTOS TECNICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE RIESGO EN EL
SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES, DOCUMENTO DE TRABAJO No. 11
Miguel Ángel Beltrán Prado
CNSF

- ⇒ ASPECTOS GENERALES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS
EN SALUD (ISES)
TESIS, UNAM

- ⇒ LOS SEGUROS DE SALUD
REVISTA MILENIO

- ⇒ PERIODICO "EL ASEGURADOR"

- ⇒ LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

- ⇒ LEY DEL SEGURO SOCIAL

- ⇒ REGLAS DE OPERACIÓN DEL RAMO DE SALUD

- ⇒ LEY GENERAL DE SALUD