



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

ANÁLISIS DE LOS SEGUROS MÉDICOS EN MÉXICO

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ECONOMISTA**

**PRESENTA:
LUIS ALBERTO MAGAÑA GUTIÉRREZ**



**ASESOR DE TESINA
MIGUEL CERVANTES JIMENEZ**

Cd. Universitaria D. F. 2016



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.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN	4
I. PLANIFICACIÓN FINANCIERA: LOS SEGUROS DE GASTOS DE SALUD	6
1.1. La elección de los individuos en caso de riesgo: los seguros	6
1.2. Características de los seguros	8
1.2.1. Tipos de seguros	11
1.3. Los seguros de gastos en materia de salud	14
II. LOS SISTEMAS DE SEGUROS MÉDICOS Y DE SALUD EN EL MUNDO.....	18
2.1. Los seguros de salud en economías desarrolladas	18
2.1.1. Estados Unidos	18
2.1.2. Europa	20
2.2. La situación de los seguros en América Latina	23
2.2.1. Argentina	23
2.2.2. Brasil	24
2.2.3. Chile	26
2.2.4. Colombia	28
2.2.5. Costa Rica	29
III. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUROS MÉDICOS Y PARA LA SALUD EN MÉXICO, 2000-2012.....	30

3.1. Evolución del sistema de seguros médicos y para la salud en México	30
3.2. Mapa de los seguros de salud y gastos médicos en México	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	44

INTRODUCCIÓN

Los seguros médicos más completos ofrecen consultas, honorarios quirúrgicos, anestesia, hospitalización (habitación y alimentos), enfermera, servicio de ambulancia (terrestres, de terapia intensiva y aérea), aparatos ortopédicos, urgencias médicas fuera del país y hasta hospitalización en el extranjero. Para adquirirlo hay diferentes modalidades según la empresa u organización aseguradora y según también el plan que se solicite. Una de las modalidades más acostumbrada es una cuota mensual que paga el asegurado directamente a través de un banco u otra entidad financiera o por medio de un deducible del salario acordado con su empresa y con la empresa aseguradora, a lo cual llegan por intermedio de convenios. Existen otros criterios, obviamente, para obtener el seguro médico tales como:

1. La suma asegurada: la que depende de la decisión del asegurado según estimado proyectado del costo y según los planes que ofrezca la empresa u organización. Cuanto mayor sea la suma asegurada, naturalmente mayor será la prima o pago, pero la cobertura de gastos será más grande.
2. Coaseguro: es una modalidad que existe en algunos países como México. Es un porcentaje con el cual participa el asegurado para el tratamiento de la enfermedad o accidente que se cubre, la otra parte o porcentaje del total de gastos es la que asume la aseguradora.

El sector asegurador en México se integra por 56 compañías que realizan diferentes actividades de seguros, en este sentido de las 56 listadas la totalidad cuenta con cobertura de daños y solo 35 de las 56 cuentan con algún plan de seguros para la salud (accidentes y enfermedades), aunadas a las 35 mencionadas se cuentan con otras 13 compañías cuyo rama de actividades es el sector salud.

La interacción entre el sistema de salud y los seguros médicos privados varía a lo largo de dos dimensiones: la interacción con el sistema y el nivel de participación. En cuanto a la interacción entre el sistema de salud y los seguros, a diferencia de lo que pasa en otros países principalmente los europeos en que los seguros de salud son complementos o suplementos del sistema público, en México el sistema de seguros médico privados es del tipo de duplicación, es decir se ofrece cobertura a servicios que ya son cubiertos por entidades públicas. En cuanto a la participación,

esta es baja ya que este tipo de seguros son costosos por lo que impiden a una mayor proporción de la población ser beneficiada por los mismos.

En este tenor, el objetivo general de este trabajo será presentar y analizar la evolución de los seguros de gastos médicos en México a través de la presentación de información del sector.

El documento se integra por tres apartados, en el primero, se expone el marco conceptual de los seguros en lo general y seguros de gastos médicos en particular; en el segundo, se describen los sistemas de seguros médicos en países desarrollados, y en el tercero, se analiza la evolución de la contratación de seguros de gastos médicos en México a través de los indicadores existentes. Al final se incorporan las conclusiones y recomendaciones.

La investigación permitirá analizar los avances y retrocesos en materia de contratación de seguros de gastos médicos en la población mexicana a través de la evaluación de las estadísticas existentes del sector, permitiendo formular en las conclusiones recomendaciones de política en la materia.

I. PLANIFICACIÓN FINANCIERA: LOS SEGUROS DE GASTOS DE SALUD

La incertidumbre y los riesgos de vicisitudes en la vida del ser humano, lo obliga en la mayoría de las ocasiones, a prever el futuro con base en la información que dispone. Debido a esto se han desarrollado planes que determinan la totalidad de objetivos financieros del individuo y en el que se seleccionan y ejecutan las mejores estrategias coordinadas para alcanzarlos. La planificación de las finanzas personales pretende responder las preguntas básicas que se plantean las unidades familiares sobre la gestión de su economía y finanzas a lo largo del tiempo.

Un aspecto importante de esta planeación, son las estrategias que toma el individuo para enfrentar los riesgos procedentes de accidentes y enfermedades, denominados gastos contingentes en el cuidado de la salud.

En este capítulo se desarrollaran los aspectos microeconómicos de la elección de los seguros por parte de los agentes y las características de los seguros, en especial los referentes a gastos de salud.

1.1. La elección de los individuos en caso de riesgo: los seguros

Un individuo adverso al riesgo se caracteriza por tener una función de utilidad esperada cóncava y por tanto, presenta distintas utilidades marginales del ingreso esperado en función de los estados de la naturaleza, siempre que el ingreso que obtiene no sea el mismo durante cada estado en el que se desempeña. Por lo tanto, el individuo solo está dispuesto a renunciar a una parte de su ingreso en los escenarios donde la utilidad es baja.

Siguiendo la exposición de (Cervantes Jiménez, 2015) y de (Gravelle & Ray, 2005), suponga que existen solo dos escenarios, en el primero el individuo posee un ingreso inicial de Y y en el segundo escenario es de $Y-L$ donde Y representa el ingreso del individuo y L una disminución de la riqueza por lo que este segundo escenario representa una pérdida causada por algún accidente o alguna enfermedad. Debido a esta situación, los individuos contratan seguros que disminuyan los riesgos de una pérdida significativa en su patrimonio o de su salud.

Una compañía de seguros está dispuesta a vender cobertura en caso de accidentes o en caso de algún problema de salud, a cambio de una prima p la cual se encuentra definida en el intervalo

mayor a cero y menor a uno. El individuo contratante del seguro paga una cantidad denominada prima en unidades monetarias a la compañía de seguros a cambio de la promesa de ésta de pagarle q unidades monetarias si y solo si se produce el accidente.

“Cuando el agente depende de los resultados de eventos aleatorios enfrenta estados de la naturaleza en función del evento que se presente y conforma un plan de consumo contingente y por supuesto el agente tiene preferencias sobre los escenarios de consumo. El seguro permite alejarse de los escenarios extremos. Cuando un seguro tiene un valor de p unidades monetarias y paga una prima de q unidades monetarias. El consumo cuando todo está en calma (Cc) será su ingreso menos la prima, pero cuando sucede el siniestro su consumo (Cs) cambia a su ingreso más el precio del seguro menos la prima ($ps - qps$). Así, el consumo que se pierde en condiciones en calma dividido por el consumo adicional cuando ocurre el siniestro será (Cervantes Jiménez, 2015):

$$= - \frac{q}{1 - q}$$

Dada la actitud ante el riesgo, la cobertura óptima de los seguros del contratante, depende de variables exógenas que determinan la posición de acuerdo a la restricción presupuestaria y de la forma que asuman las preferencias. De tal manera que la demanda de contratos de seguros se puede expresar de la siguiente manera:

$$Q^d = D(y, L, ps, \pi_2)$$

La compañía aseguradora no conoce con total seguridad el estado de sus clientes potenciales en el momento de asegurarlos, lo que abre la posibilidad de riesgo moral. Sin embargo, las personas que compran un seguro conocen su propio estado de salud o patrimonial mejor que las propias compañías de seguros, incluso aunque les obliguen a realizarse una revisión médica antes de aceptarlos como asegurados. La probabilidad de que las personas enfermas o con riesgo de perder su patrimonio deseen contratar un seguro es mayor que la probabilidad media de la población total. Por ello, el precio de los seguros médicos es elevado. Al ser muy caro, las personas que están sanas optan finalmente por no adquirirlo (son expulsadas del mercado). Esta decisión provoca un aumento de la proporción de personas que contratan un seguro. Selección adversa o negativa: las personas que contratan el seguro tienen en promedio menor salud que la población

total. El mecanismo de selección adversa que surge como consecuencia de la información asimétrica, actúa presionando al alza los precios de las pólizas de seguros.

Otro mecanismo para minimizar las consecuencias de la selección adversa lo implementan las propias compañías aseguradoras: ofrecen pólizas de seguro a las empresas, aceptando a todos sus trabajadores por laborar en la empresa. Con estas pólizas conjuntas reduce la probabilidad de que un elevado número de personas con un alto riesgo de siniestralidad compre el seguro (también se compensan las pérdidas por siniestros con elevada probabilidad correspondientes a personas de mayor edad con los seguros de personas más jóvenes y que estadísticamente tienen menor probabilidad de enfermar).

1.2. Características de los seguros

El desarrollo de un plan exhaustivo en el que se determinan la totalidad de objetivos financieros del individuo y en el que se seleccionan y ejecutan las mejores estrategias coordinadas para alcanzarlos. La planificación financiera es el conjunto de decisiones realizadas a lo largo del ciclo vital de una unidad familiar con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades financieras presentes y futuras. La planificación financiera permite al individuo controlar todos aquellos hechos relevantes y/o adversidades que se planteen y que puedan menoscabar su patrimonio.

Los seguros son una manera de anticiparse a acontecimientos impredecibles que pueden afectar, a veces de manera fatal, la vida de las personas, de su familia y allegados más próximos que dependen de su responsabilidad, incluida la muerte prematura. Un seguro es un valor económico y comercial y a la vez un instrumento que permite, a todas las personas, avizorar y garantizar la situación económica, ante hechos futuros, susceptibles de ocurrencia y de los que la persona que opta por él ni nadie puede tener certeza.

Las personas tienen miedo a que estos hechos, que se llaman fenómenos o factores contingenciales de la vida, puedan ocurrir, por lo cual quieren contrarrestar o remediar los efectos mediante un seguro, que por todas las circunstancias que lo explican, lo definen como una inversión y no como un gasto, como muchas personas todavía lo califican, quizás por insuficiente información sobre el mismo.

Asegurarse hoy y hacia el futuro, además de una necesidad por las diferentes contingencias a que se ve enfrentada la vida, los bienes y el bienestar de las personas y de sus familias se ha convertido en una impostergable necesidad, al tiempo que en un tema que requiere educación, ya que no es fácil acceder a tal cultura.

Paradójicamente, el ser humano se hace cada vez más vulnerable, en muchos aspectos, pese al intenso desarrollo científico y tecnológico que también cada vez se acentúa más. Las personas deben protegerse hoy como casi nunca de los estafadores y timadores, los atracadores, los accidentes de tránsito, los desastres naturales, la contaminación y muchos fenómenos más que las conduce no sólo a poner en riesgo sus bienes y demás recursos financieros al grado de, y esto es lo más grave, su propia salud, su vida y la de sus familiares.

Un fondo de recursos para eventualidades o fondo de emergencia se define como la cantidad del patrimonio que un individuo destina a prever determinadas eventualidades de carácter extraordinario que pueden surgir en un momento determinado (reparaciones en casa, un problema con el coche, o un gasto médico). Existe una regla intuitiva para determinar el importe del fondo de maniobra: una vez analizado el presupuesto familiar, se debe destinar a dicho fondo entre tres y seis meses de gastos. Aunque depende de las personas, suelen incluirse en este apartado aquellos gastos previstos o imprevistos que puedan ocasionarse en el futuro. Hay ocasiones en que la cantidad destinada al fondo de maniobra no es suficiente para cubrir todas las eventualidades, por lo que hay que recurrir a las distintas posibilidades de endeudamiento: líneas de crédito, préstamos personales, entre otros.

Además de esto, dichas personas en su proceso evolutivo, en un momento dado, no podrán trabajar más o ser víctimas de una enfermedad o de un accidente que las inhabilite, para seguir respondiendo por la subsistencia de sí mismas y de sus familiares.

Para contratar un seguro se deben considerar los siguientes criterios sencillos, cfr. (BACCREDOMATIC, 2008):

- Tener claridad respecto a la información sobre la necesidad del seguro, de tal manera que se tenga la suficiente motivación para obtenerlo.
- Considerar el alcance de la cobertura que el seguro garantiza.

- Cotejar el precio de los servicios comparado con otros de la misma naturaleza, cuando existe competencia en el mercado de seguros.
- Identificar el tipo de servicio que ofrece la empresa aseguradora.
- Investigar la seriedad, idoneidad, competitividad y posicionamiento de la empresa que ofrece o vende el seguro, así como su solidez económica comprobada.
- Contemplar la experiencia y antigüedad de la empresa en el ramo, es decir, en el campo de los seguros.
- Discurrir las garantías que ofrece la compañía en relación con el cumplimiento fiel del contrato y de los pagos.
- Razonar la idoneidad de los profesionales y calidad del servicio al cliente.
- Esgrimir la claridad y transparencia absoluta en todo lo que la compañía ofrece.
- Examinar la fiabilidad de la infraestructura y organización de la empresa.

Se distinguen cuatro participantes en un contrato de seguros, tal como se muestra en la Tabla 1, entre los que es bueno tomar en cuenta y diferenciar al que contrata el seguro del que lo vende, aun cuando la coincidencia se dé en el momento en el que el contratante tome el seguro por cuenta propia.

Con el objetivo de que una entidad de seguros no sobrepase el límite de su capacidad de cobertura, pero pueda continuar comercializando seguros, existen dos figuras que permiten transmitirlo o repartirlo. En primer lugar, el coaseguro es un contrato de seguros suscrito de una parte por el asegurado, y de otra, por varios aseguradores que asumen con entera independencia, los unos de otros, la obligación de responder separadamente de la parte del riesgo que le corresponda. Es factible que un asegurador no pueda responder financieramente de la totalidad de un riesgo por no traspasar y es cuando aparece la figura del coaseguro, en virtud del cual son varios los aseguradores que intervienen independientemente en el seguro.

Tabla 1. Participantes en el mercado de seguros

PARTICIPANTES EN UN CONTRATO DE SEGUROS
--

Asegurador	Persona que se obliga a pagar la indemnización, capital o renta en caso de un siniestro a cambio de una prima
Tomador del seguro	Persona que contrata con el asegurador, asumiendo las obligaciones contractuales
Asegurado	Aquella persona cuyos bienes o su integridad están expuestos al riesgo
Beneficiario	Persona que tiene derecho a recibir la prestación del asegurador

Fuente: Guías Banco Caminos. Planificación de las finanzas personales, 2015.

En el segundo, el reaseguro toma el riesgo que un asegurador le transmite al haber sobrepasado su propio nivel de riesgo con el fin de reducir su posible pérdida. El vínculo jurídico entre estos dos es totalmente independiente del que media entre el asegurador y el asegurado, siendo el asegurador el único responsable frente al asegurado. La comercialización de seguros queda reservada con carácter exclusivo y profesional a los mediadores de seguros: personas naturales o jurídicas que realizan profesionalmente el ejercicio de dicha actividad. Los mediadores de seguros se clasifican en agentes de seguros y corredores de seguros, ya sean personas físicas o jurídicas, siendo ambas actividades incompatibles entre sí (AFI, 2015).

1.2.1. Tipos de seguros

Los seguros cuentan con dos contrapartes principalmente: un asegurador, quien contrata con un cliente o asegurado, que busca una protección para determinada cosa, y por la cual el cliente paga. Los seguros son como un guardián dormido, que no hacen nada hasta cuando llegan los ladrones, pero cuando éstos llegan, se convierten en una protección de los bienes. De esta manera

se atomiza o dispersa el riesgo, pero por la ley de los grandes números pueden además crearse reservas para hacer frente a situaciones en las que, incluso, muchas de las personas que adquieran un seguro necesiten cobrarle. Entre los principales tipos de seguros se encuentran los siguientes (BAC-CREDOMATIC, 2008):

- 1) El seguro de vida es un mecanismo financiero que existe para dotar de ingresos a las personas que dependen del asegurado y que permite que en caso de fallecimiento del mismo o por incapacidad, su familia no entre en bancarrota y esté expuesta a padecer necesidades por insuficiencia de los ingresos que aportaba el jefe de familia. Para obtener un seguro de esta naturaleza sustantiva conviene tener presentes, entre otras, las siguientes características básicas generales:
 - a) Beneficiarios: lo constituyen las personas que recibirán la suma que haya sido asegurada. Es una condición el que todos los asegurados sean mayores de edad;
 - b) cantidad asegurada: la cantidad difiere según sea la familia, su nivel, su constitución, etc., esto implica que las familias sean aseguradas por diferentes cantidades de dinero. La suma se calcula y se proyecta de forma que los recursos que se percibe permitan a la familia sobrevivir con comodidad y dignidad. La suma asegurada podrá mantenerse estable o constante o podrá variar según el comportamiento inflacionario;
 - c) duración del seguro: hay seguros que pueden proteger por uno o dos años o cubrir toda la vida, en el primer caso los seguros son temporales, en el segundo, vitalicios;
 - d) la frecuencia y el periodo de pago: la frecuencia se refiere al tiempo en que se debe pagar el seguro. Hay aseguradoras que lo establecen mensualmente y otras semestral o anualmente, el periodo de pago alude al tiempo total que durará el pago del seguro, así, cuanto menor sea el periodo, mayor será el monto de las primas anuales o mensuales y los beneficios adicionales:
 - i) Beneficio por muerte accidental: los beneficiarios reciben el doble de la suma asegurada, si fallece por accidente.
 - ii) Beneficio por muerte accidental y pérdidas orgánicas por accidentes: comprende el beneficio por muerte accidental que se vio en el punto anterior, pero agrega la protección contra pérdidas orgánicas (ojos, dedos, piernas, brazos, entre otros.).

- iii) Exención de primas: se aplica en caso de que la persona asegurada presente invalidez total y permanente, y consiste en que no tendrá que seguir pagando la prima del seguro, la cual se mantendrá vigente hacia el final del plazo contratado.
 - iv) Pago adicional por invalidez: en caso de invalidez total permanente, el seguro deberá entregarle en vida la cantidad contratada, pero tendrá que seguir pagando el seguro básico, con el fin de mantener su vigencia, hasta el final del plazo contratado.
 - v) Préstamos contra primas cobradas y reservas: éste beneficio consiste en que el asegurado puede solicitar un crédito contra las primas que haya pagado, siempre y cuando exista una reserva.
- 2) Planes de jubilación: es un dinero que se ahorra para el momento de la jubilación. En general, no se puede recuperar el dinero hasta el momento de la jubilación. Los años en los que se destine parte de los ingresos al plan de pensiones se pagarán menos impuestos, pero cuando se quiera recuperar el dinero se tiene que pagar impuestos por la cantidad que se recibe. Sirve como fórmula de ahorro ideal para aquellas personas que quieren complementar su jubilación, al finalizar el período de actividad laboral. Son seguros de vida mixtos de capital diferido, contratados a un plazo determinado en el que al asegurado se le garantiza el cobro de un capital, para caso de supervivencia y otro distinto para caso de fallecimiento o invalidez.
- 3) Seguro de automóvil: Este seguro también se ha hecho muy popular, dado el crecimiento de los robos en los países, especialmente, en los llamados en vías de desarrollo como, por ejemplo, los del área central y sudamericana, aun cuando de este mal no se escapan los países desarrollados. Este robo es muy apetecido por los delincuentes que se han constituido en verdaderas mafias en los países, quienes se roban los vehículos para venderlos transformados en el mismo país o en el exterior, especialmente en los países vecinos o para condenarlos al desarmado en empresas de reparación y ventas que se dedican al tráfico de partes usadas de automotores. Otra razón para que este seguro se incremente y se vuelva una necesidad, es el alto número de accidentes vehiculares que muchas veces no sólo afectan al conductor y a su familia, sino a otras personas que son víctimas de ellos. En los países hay básicamente dos tipos de seguros: uno llamado voluntario y otro seguro obligatorio. El primero, es el más común y está dimensionado, en cuanto a costo, según la necesidad que tenga el asegurado y lo que le permita, desde luego, su nivel económico. El seguro cubre lo que se llama en

algunas partes responsabilidad civil suplementaria, daños al vehículo propio, incluyendo los incendios; robo del mismo y reclamaciones y defensa legal.

- 4) Seguro de vivienda: La vivienda, casa o residencia es la propiedad esencial que quieren obtener y conservar todas las personas y las familias, de allí su preocupación por protegerla de diferentes circunstancias que puedan atacar contra ella como robos, daños y desastres naturales como terremotos e incendios, entre otros.
- 5) Los seguros de salud: por su relevancia se abordan en el siguiente apartado.

1.3. Los seguros de gastos en materia de salud

En particular, el seguro de salud es definido como una protección contra gastos por servicios médicos que proveen de un sistema de cuidado de salud a la persona que se encuentra asegurada así como a una serie de beneficiarios; buscando con ello motivar la prevención de la salud y prevenir enfermedades que provocan onerosos gastos en su tratamiento y recuperación. Dentro de los principales aspectos que cubren los seguros médicos se encuentran los siguientes (cfr. Elsa Almada (2002), Salvador Rojas (2005):

- Prevención y mantenimiento de la salud en lo referente a atención médica no especializada;
- Gastos médicos mayores, que cubren los gastos derivados de un accidente o de alguna enfermedad que no puedan resolverse con atención médica no especializada y, por tanto, se requiera de consulta;
- Gastos por concepto de maternidad, cubre los gastos por parto, cesárea, consulta prenatal, así como la atención del recién nacido;
- Servicios odontológicos, entre otros gastos cubre la atención odontológica como puede ser la consulta y el diagnóstico, así como la limpieza y extracción de piezas dentales siempre y cuando estas no requieran de un tratamiento más especializado que eleve los costos del seguro debido al incremento de los precios, y
- Servicios auxiliares de diagnóstico, que incluyen los gastos de análisis en laboratorios, rayos X, y demás análisis especializados que se requieran con el fin de que el médico efectúe un diagnóstico acertado al paciente.

Los seguros de salud más completos ofrecen consultas, honorarios quirúrgicos, anestesia, hospitalización (habitación y alimentos), enfermera, servicio de ambulancia (terrestres, de terapia intensiva y aérea), aparatos ortopédicos, urgencias médicas fuera del país y hasta hospitalización en el extranjero. Para adquirirlo hay diferentes modalidades según la empresa u organización aseguradora y según también el plan que se solicite. Una de las modalidades más acostumbrada es una cuota mensual que paga el asegurado directamente a través de un banco u otra entidad financiera o por medio de un deducible del salario acordado con su empresa y con la empresa aseguradora, a lo cual llegan por medio de convenios. Existen otros criterios, obviamente, para obtener el seguro médico, tales como:

- La suma asegurada: Esto depende de la decisión del asegurado según el costo proyectado y los planes que ofrezca la empresa u organización. Cuanto mayor sea la suma asegurada, naturalmente mayor será la prima o pago, pero la cobertura de gastos será más grande. Por otra parte, cuanto mayor sea el deducible, menor será el precio. En todo esto presta asesoría en la venta la empresa aseguradora. El deducible mencionado, se refiere a una suma final que debe cubrir el asegurado y que corresponde a los primeros gastos derivados del accidente o de la enfermedad. Cualquier gasto inferior a esa cantidad no será cubierto por el seguro. De este modo, cuanto mayor sea el deducible menor será el costo del seguro.
- Coaseguro: es una modalidad que existe en algunos países como el nuestro, se presenta en la forma de un porcentaje con el cual participa el asegurado para el tratamiento de la enfermedad o accidente que se cubre, la otra parte o porcentaje del total de gastos es la que asume la aseguradora.
- Formas de pago del seguro en salud: en los seguros de salud hay más o menos estas tres modalidades de pago:
 1. Pago directo: ocurre cuando al asistir a un médico de un hospital u otro que está dentro de la red médica de la aseguradora, la persona no tiene que pagar, sino sólo dar aviso a la aseguradora para que ella se encargue del pago;
 2. Pago por reembolso: este se da cuando el asegurado llega donde el médico, recibe la atención, efectúa el pago directamente y después solicita a la aseguradora el

reembolso. Esta le devolverá el dinero dentro de un determinado plazo y descontará el deducible o el coaseguro si esa es la modalidad;

3. Pago directo programado: también se aplica a la red médica de la aseguradora y se utiliza comúnmente en caso de cirugías o internamiento en hospital, lo cual se puede programar con algunos días de anticipación. La persona asegurada paga todo.
- Riesgos en la contratación del seguro: para contratar un seguro médico, obviamente también pueden darse algunos riesgos, por ello hay que dejar muy claro, antes de la decisión de su contratación, cuáles son los tratamientos y las enfermedades no cubiertas por un lado, y por el otro, lo que finalmente cubre el seguro. También, hay que tener cuidado con ciertas cláusulas que especifican de pronto que tal aspecto o seguro sólo se puede poner en práctica después del pago de un año, dos años o el tiempo que se defina en el contrato.

A manera de conclusión se toma el siguiente extracto: “El seguro privado de enfermedad mejora el acceso a cuidados asistenciales y la elección de esos cuidados a amplias franjas de la población europea. Posee carácter voluntario, opera en el marco de un mercado competitivo y funciona siguiendo los principios del seguro que incluyen, entre otros, el de la diferenciación por riesgo; esto es, el riesgo financiero de un individuo ligado a una intervención asistencial se diluye en el riesgo global de otros asegurados que presentan un riesgo similar. En el proceso asegurador es de importancia crucial calcular la probabilidad de que un siniestro o evento de carácter asistencial ocurra y estimar su costo, por lo que la posesión de datos estadísticos sobre perfiles de riesgo es fundamental para el cálculo actuarial. Dado que, obviamente, los fondos disponibles para cubrir el conjunto de siniestros son limitados, las entidades aseguradoras se ven obligadas a analizar cuidadosamente qué riesgos pueden cubrir a cambio de unas primas razonables y comercialmente atractivas. Para que un riesgo sea asegurable, como el riesgo que supone caer enfermo y necesitar tratamiento, debe ser posible cuantificarlo en términos de medias poblacionales, aunque no se pueda saber si el siniestro finalmente ocurra o en qué fecha. Por ello, las pólizas sólo pueden asegurar riesgos y no certezas (como son enfermedades preexistentes o cirugías programadas conocidas antes de la fecha de contratación del seguro), ya que tales situaciones, rayanas en la

seguridad de que un determinado siniestro asistencial va a ocurrir, nos hallamos ante un riesgo no asegurable, pues su precio sería prohibitivo” (Ruiz Ferrán, 2008, pág. 10).

II. LOS SISTEMAS DE SEGUROS MÉDICOS Y DE SALUD EN EL MUNDO

En este capítulo se describen las características de los seguros de salud y médicos en algunos países, desde las economías desarrolladas hasta países latinoamericanos con los cuales México tiene similitudes.

2.1. Los seguros de salud en economías desarrolladas

En este apartado se consideran el caso de Estados Unidos y Europa.

2.1.1. Estados Unidos

La Unión Americana cuenta con un sistema de salud 100% privado, por lo que es sin duda, el más avanzado en relación con los seguros de salud. A principios de la década de los ochenta, en materia de salud, el sistema más tradicional e importante en este país era el seguro de reembolso de gastos. En esta misma década empezaron a proliferar compañías de seguros que manejaban los sistemas conocidos como medicina prepagada como HMSOs, PPOs, etc. motivadas por los desequilibrios que se venían originando en el seguro de reembolso de gastos, particularmente:

- Health Maintenance Organizations (HMO), ofrecen sus servicios mediante una red propia de clínicas o una red de proveedores; dentro de estas se proporcionan todos los servicios de salud, pero es necesario acudir con un médico de la red, de lo contrario el afiliado afrontará los gastos que haya incurrido.
- Preferred Provider Organizations (PPO), sistema diseñado para controlar costos de los beneficios dando incentivos para la utilización de proveedores designados. Una PPO tiene contratos con proveedores de la salud, quienes proporcionan tarifas más bajas por los servicios que les sean solicitados. Los miembros de este sistema pueden usar otras redes pero pierden incentivos.

BlueCross BlueShield of North Carolina, indica que a partir del primero de enero de 2014, el seguro médico es obligatorio para la mayoría de las personas en Estados Unidos. Con costos de transacción, ya que si los individuos no adquiere un seguro médico para ellos y su familia durante un período definido como de inscripción abierta, serán sujetos al cobro de una multa al presentar

la declaración de impuestos. Cabe señalar que el cuidado de la salud en Estados Unidos puede ser costoso y puede crecer cuando las enfermedades son graves.

La misma fuente indica que existen varias formas de comprar seguros médicos, a saber:

- En caso de no contar con ningún tipo de cobertura, el seguro puede adquirirse a través de un agente de seguros, quien brinda información (sin costo adicional) sobre las diferentes opciones y sus respectivos precios en función de las necesidades y el presupuesto de las personas.
- Por medio del Mercado de Seguros Médicos, con nacimiento en octubre de 2013 y que se puede tener acceso a través de Internet, específicamente digitando el portal www.cuidadodesalud.gov, con la ventaja de estar disponible la versión en español.
- El costo de las cuotas del seguro médico, generalmente, mensuales, varían con base en la edad del contratante, el condado donde vive y si es o no fumador. Existe una ventaja, ya que se puede obtener un subsidio gubernamental para cubrir la prima del seguro, ello depende del número de personas de su familia y de su ingreso. (BlueCross BlueShield of North Carolina, N.D., pág. 5) .

A través del programa Medicare, el gobierno federal dota a los adultos mayores estadounidenses (mayores de sesenta y cinco años) con un seguro de salud, que padecen insuficiencia renal permanente y aquellas personas con discapacidades. El Medicare contiene un conjunto de más de 40 millones de registrados. Dicho programa es financiado por medio de una combinación de impuestos a los sueldos, ingresos generales, además de las primas pagadas por los beneficiarios. El Medicare se integra por cuatro partes:

- La Parte A proporciona seguro de hospital;
- La Parte B, proporciona seguro médico complementario,
- La Parte C, que permite que las dos partes anteriores sean prestadas por medio de planes de salud privados,
- La parte D que se enfoca a la cobertura de medicamentos” (Clínicas de Chile , 2009, pág. 2).

Existe otro programa denominado Medicaid, un programa de seguro de salud financiado conjuntamente por el gobierno federal y los gobiernos estatales, cuya población objetivo es la de bajos ingresos y necesitados. El programa Medicaid atiende a 36 millones de personas, entre los que se incluyen niños, ancianos, ciegos, discapacitados y aquellos que presentan una situación precaria en su nivel socioeconómico. (*Ibid*, pag 4). Haciendo analogía con el caso mexicano, con las debidas proporciones guardadas, es el equivalente al IMSS Prospera de México.

2.1.2. Europa

El Ministerio de Sanidad informa que Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y España se rigen por el modelo de sistema nacional de salud denominado Beveridge, tal como lo ilustra la Tabla 2, cuya financiación sanitaria se obtiene mayormente a través de impuestos. El modelo se basa en una idea de solidaridad, en donde el que más tiene más paga, y el resto de los impuestos son del tipo valor agregado. Además se incorporan otros gravámenes como el de hidrocarburos, al alcohol, al tabaco o a la electricidad.

Tabla 2. Sistemas sanitarios en Europa: Servicio Nacional de Salud- Modelo “Beveridge”

Financiación a través de impuestos	Presupuestos del Estado
Acceso universal	Médicos asalariados o por capitación
Control gubernamental	Cierto sector privado
Gran implicación del Estado en la gestión	Algunos copagos por parte de usuarios
	Dinamarca
	España
	Finlandia
	Irlanda
	Italia
	Portugal
	Reino Unido
	Suecia

Fuente: (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad , 2014, pág. 10)

En el caso de Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos poseen un modelo de sistema de seguridad social de cuotas obligatorias, denominado Bismark y que se ilustra en la Tabla 3, en donde la principal fuente de financiación son las empresas y los

trabajadores. Cabe señalar que los fondos de enfermedad se organizan según categorías profesionales y pueden ser más o menos numerosos. Los impuestos generales también financian las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura o algún tipo de asistencia básica pública, como es el caso de vacunaciones o los servicios de salud maternas (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad , 2014, pág. 6).

Tabla 3. Sistemas sanitarios en Europa: Sistema de Seguros Sociales - Modelo “Bismark”

Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos
Los recursos financieros van a parar a los “fondos” que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos
Los “fondos” contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto
Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios
Alemania
Austria
Bélgica
Francia
Grecia
Luxemburgo
Países Bajos

Fuente: (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad , 2014, pág. 11)

El seguro médico privado, también conocido como seguro sanitario privado, seguro de salud o seguro de enfermedad, puede definirse como aquél voluntariamente sufragado por ciudadanos a título personal o por empresarios a cuenta de sus trabajadores. Este tipo de seguro puede ser proporcionado por entidades aseguradoras de finalidad lucrativa (compañías de seguros) o no lucrativa (mutuas). La tendencia actual es hacia una progresiva consolidación y dominio del mercado por las compañías aseguradoras, aunque por razones históricas en diversos países como Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda y Luxemburgo las mutuas dominan el mercado.

En la Unión Europea se distinguen tres grandes grupos de seguros médicos privados:

- Los seguros complementarios, financian coberturas y servicios asistenciales no cubiertos o no garantizados por los sistemas públicos de seguridad social, de modo total o parcial, como es el caso de Francia o Bélgica.

- Los seguros substitutivos, adoptan la forma de seguro privado substitutivo como principal fuente de cobertura asistencial en una parte de la población y proporcionan acceso asistencial a grupos e individuos que no pueden acceder al mismo a través de los seguros públicos, debido a su exclusión de las coberturas públicas tanto de forma voluntaria como involuntaria, como ocurre en Alemania (a partir de un cierto nivel de ingresos anuales) y España (grandes mutualidades del Estado).
- Los seguros suplementarios, garantizan determinadas coberturas asistenciales administradas y proporcionadas fuera del sistema público, por no estar cubiertas por el mismo. Pueden operar en forma de seguro privado alternativo o de cobertura duplicada, como sucede en el Reino Unido y España.

Los seguros médicos complementarios cubren aquellos gastos asistenciales no asumidos por los sistemas públicos de financiación, por lo que su ámbito de actuación dependerá en cada país de las coberturas ofrecidas a sus ciudadanos. Estos seguros están disponibles prácticamente en todos los Estados miembros de la Unión, aunque son particularmente relevantes en Francia, Bélgica, Italia, Dinamarca y Eslovenia; según la previsible evolución de las coberturas asistenciales públicas, con la progresiva incorporación de copagos por utilización de servicios asistenciales, están llamados a tener una importancia creciente en la UE. Los seguros médicos de carácter substitutivo reemplazan la cobertura asistencial de carácter público. Por ello, los asegurados acogidos a un esquema privado de carácter substitutivo no tienen derecho a una cobertura asistencial pública; de ahí que los servicios y coberturas proporcionadas por los aseguradores privados deban ofrecer, como mínimo, las mismas garantías asistenciales que el sistema público.

Las compañías aseguradoras, sobre todo en aquellos mercados europeos con una presencia significativa de seguros suplementarios con redes asistenciales contratadas, promueven en gran medida una mejor relación coste/efectividad dentro de un marco de servicio y de calidad asistencial, en el manejo de los pacientes por parte de los proveedores asistenciales, lo que, aunque no todas las entidades lo consiguen, suele traducirse en un mejor control del gasto médico y mayor satisfacción por parte de los asegurados y profesionales.

2.2. La situación de los seguros en América Latina

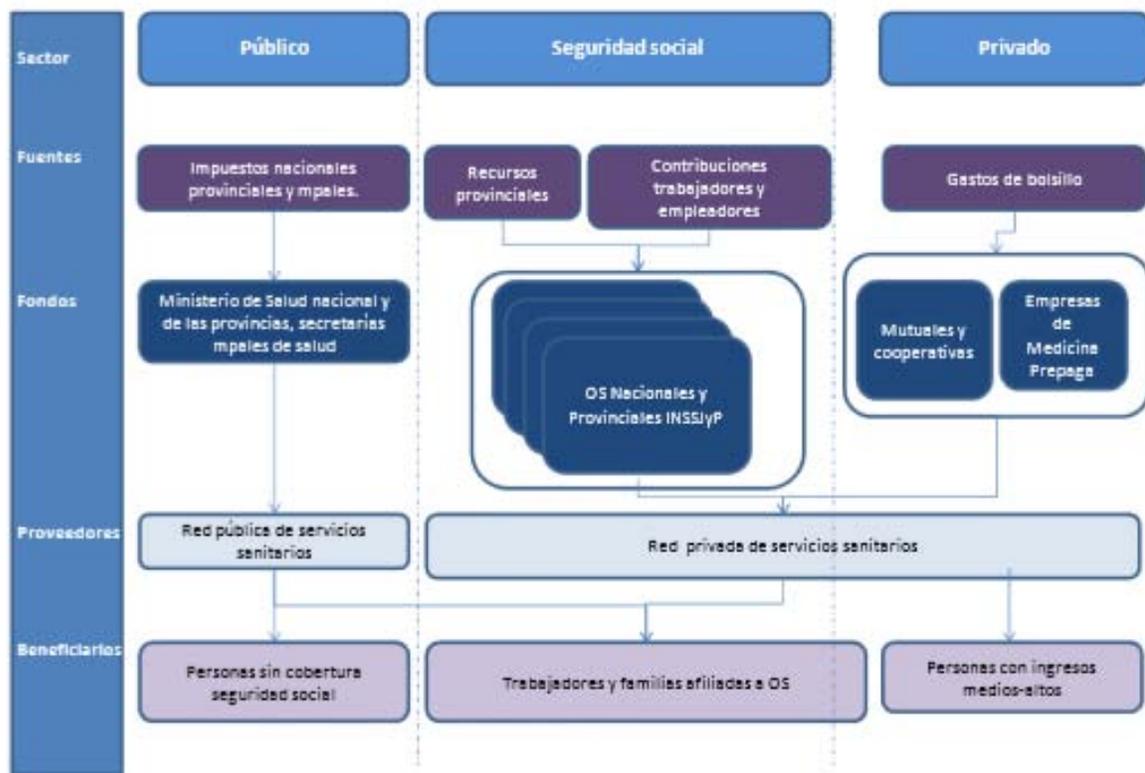
En este apartado se sintetizan los resultados obtenidos en las investigaciones de Úrsula Giedion *et all* (2010) y Carlos Castro (2012) y se exponen los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica.

2.2.1. Argentina

En Argentina pueden identificarse los siguientes cuatro tipos de actores privados que ofrecen una cobertura de aseguramiento en salud o prestan servicios de esta índole, según la Tabla 4:

- a. Las obras sociales nacionales son entidades de seguridad social sin fines de lucro y tradicionalmente vinculadas con la gestión sindical por rama de actividad. En cada rama productiva los sindicatos administran su propio seguro de salud. Si bien durante la década de los noventa, se avanzó hacia un proceso de desregulación que permitió transferencia de recursos de afiliados por la rama de actividad a instituciones de aseguramiento social de otras, en general el mecanismo se mantiene como en sus orígenes.
- b. Las Empresas medicinas prepagadas (EMP) forman parte del denominado sector privado del sistema sanitario. Predominan las empresas de medicina prepaga que asumen la forma de sociedades comerciales, por encima de aquellas constituidas como asociaciones de profesionales sin fines de lucro.
- c. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden a los afiliados de las obras sociales y de las EMP y a los usuarios que acceden directamente a ellos, y
- d. Las cooperativas y mutuales las cuales son entidades no lucrativas que ofrecen servicios de salud y que no son financiadas por obras sociales y empresas de medicina de prepaga y atienden al segmento de la población con menores recursos.

Tabla 4. Sistema sanitario en Argentina



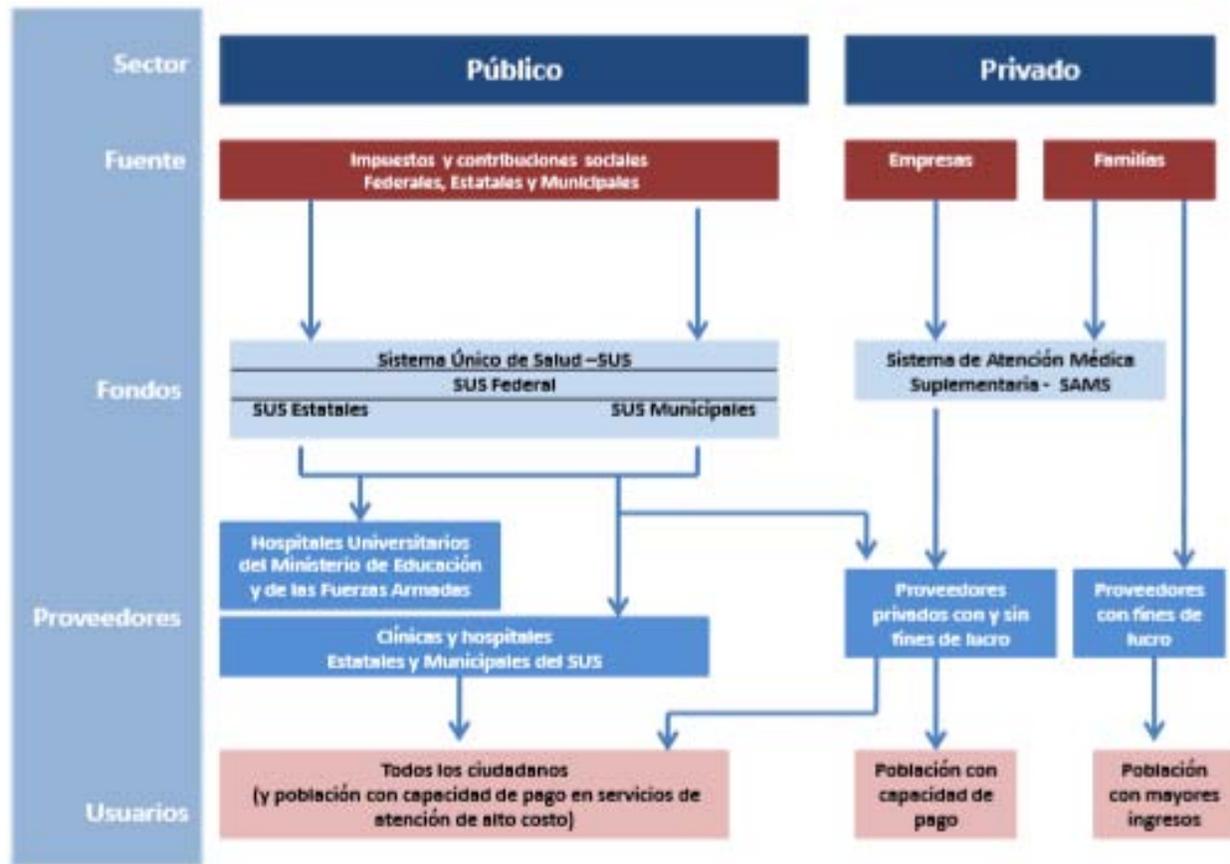
Fuente: los autores con base en una versión previa de Belló y Becerril (2008)

2.2.2. Brasil

El mapa general del sistema de salud de Brasil está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público es básicamente el Sistema Único de Salud (SUS), el sector privado lo componen el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y el sistema de pago directo. Ambos sistemas se incluyen en la Tabla 5. El SUS es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para la totalidad de la población, el sistema abarca desde la atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos y atención de alto costo, garantizando el acceso completo, universal y gratuito; el SUS promueve también acciones preventivas, de vigilancia sanitaria (como la vigilancia de los alimentos y de medicamentos), y de regulación del sistema de salud público y privado). El sector privado participa de forma complementaria y articulada con el SUS, la red privada está compuesta por un importante número de establecimientos que venden sus servicios, tanto al SUS como al SAMS y

a los usuarios con pagos directos. El SAMS es un sistema de aseguramiento en grupo que ofrece planes de salud, como complemento a lo ofrecido por el SUS; los principales usuarios de este tipo de seguros son las empresas y las familias, quienes adquieren planes autoadministrados o planes privados individuales de seguros de salud

Tabla 5. Sistema sanitario en Brasil



Notas: SUS: Sistema Único de Salud.

SAMS: Sistema de Atención de Salud Médica Suplementaria.

Fuente: los autores con base en Montekio et al (2008)

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos y recursos públicos provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. En 2004 la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS fue del 51%, mientras que las unidades de la federación participaron con el 27% y los municipios con el 23%. A diferencia de varios países de la región,

el sistema de financiación de la salud en Brasil no está asociado a las contribuciones laborales, ni a la formalidad laboral de los empleados del país. El financiamiento del sector privado tiene dos fuentes fundamentales: los recursos de las empresas y los recursos de las familias. Las empresas contratan planes y seguros privados para sus empleados, de manera individual y voluntaria, los cuales pagan conjuntamente, aunque las empresas siempre asumen la mayor parte del pago. Las familias adquieren seguros de salud en modalidad de prepago, o realizan pagos directos por los servicios de atención a la salud recibidos.

2.2.3. Chile

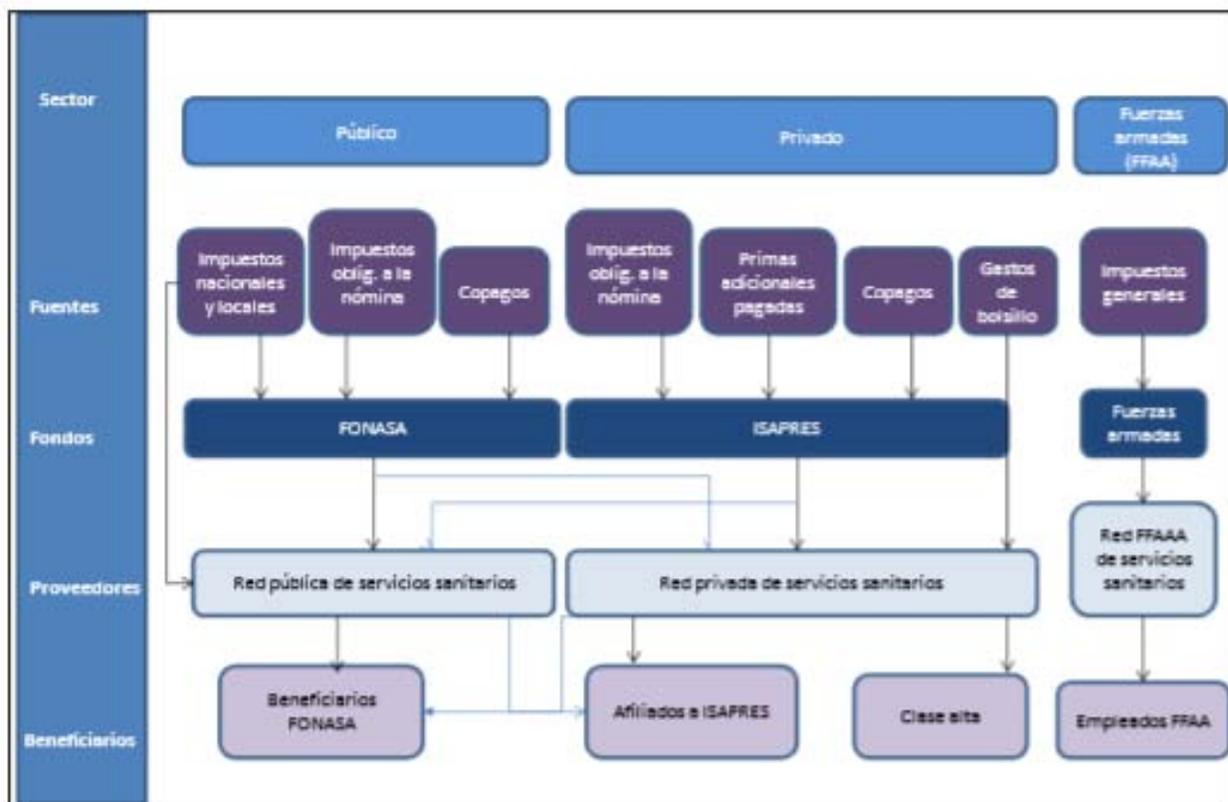
El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores: el público y el privado, esto se ilustra en la Tabla 6. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes a nivel regional (los 29 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente al 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mayores ingresos que así lo eligen. El sector público está financiado con impuestos generales, contribuciones obligatorias a la nómina y copagos que se reúnen en el FONASA. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que cubren aproximadamente al 18% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos.

Los trabajadores chilenos con recursos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRES en función principalmente de su capacidad de pago y el valor de la prima que se aplica para su grupo de riesgo. Las ISAPRES son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de aquellos trabajadores que han optado por el sistema privado de aseguramiento en vez del sistema público (FONASA). Las ISAPRES operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Las compañías de seguros ofrecen dos tipos de productos. Uno es el seguro complementario que ayuda a cancelar el monto de gastos de bolsillo

no cubierto por el seguro público o la ISAPRES. El segundo tipo es el seguro catastrófico, que cubre enfermedades de alto costo.

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos de los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRES y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan en el momento de recibir la atención. Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud (hasta un tope fijado por la Ley). Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRES

Tabla 6. Sistema sanitario en Chile

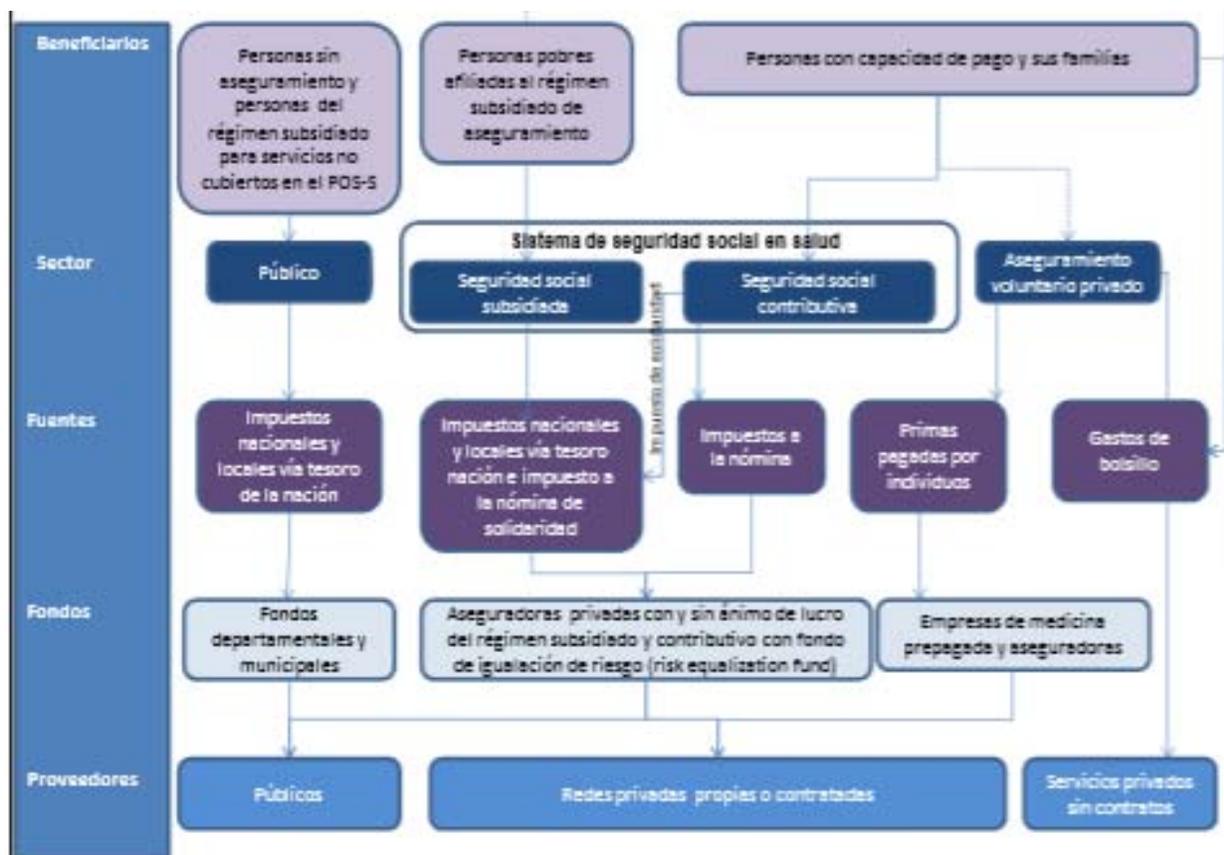


Fuente: los autores introducen simplificaciones con base en Montekio et al (2008)

2.2.4. Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, Tabla 7, cuenta con dos regímenes, el contributivo (RC) y el subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS incluye a todas las personas sin capacidad de pago. La cobertura combinada de los dos regímenes se estima por encima del 90% de la población. También existen Regímenes Especiales (RE) que cubren a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.

Tabla 7. Sistema sanitario en Colombia



Fuente: los autores adaptado de Becerril, Vásquez y Corcho (2008)

El RC se financia mediante cotizaciones de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al

SGSSS es obligatoria, mediada por las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas, que ofrecen planes de servicios como el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS transfieren los fondos recaudados por concepto de cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual paga a las EPS el valor equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tenga cada una de ellas. Tanto la UPC como el POS son establecidos por el gobierno.

Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), públicas o privadas, algunas pertenecientes a las EPS, pero en todo caso son contratadas por éstas. El sector privado ofrece seguros privados a la población de mayores recursos, que también suele acudir a la consulta privada. Parte de la población de medianos ingresos, acude a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo, generalmente debido a deficiencias del sistema.

2.2.5. Costa Rica

En Costa Rica, el sistema de salud atiende además los problemas relacionados con el agua y el saneamiento ambiental. Los servicios de salud públicos corresponden a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. Administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. Se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones y, mediante compromisos de gestión, contrata a las entidades privadas para ampliar su capacidad. El sector privado en salud también se financia con pagos de bolsillo y con primas de seguros privados. De otro lado, el Instituto Nacional de Seguros atiende tanto al sector público como al privado, cubriendo los riesgos laborales y de tránsito, así como los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación relacionados. El Ministerio de Salud (MS), cuenta con una dirección de salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, para realizar la vigilancia y control epidemiológicos.

III. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUROS MÉDICOS Y PARA LA SALUD EN MÉXICO, 2000-2012

En este apartado se evalúan los seguros médicos en el país. En primer lugar se analiza su evolución y, en segundo lugar, se presenta el mapa de los seguros de salud y gastos médicos.

3.1. Evolución del sistema de seguros médicos y para la salud en México

Los sistemas formales de seguros en México, surgen en la década de los 70 del siglo XIX cuando el Código Civil comenzó a regular las actividades de contratación de seguros promulgándose la primera ley que rige a las mismas en el año de 1892, a pesar de estos antecedentes, el desarrollo de este sector en especial en materia de salud es limitado cubriendo apenas al 3% de la población total del país. No obstante el 64% de la ocupación de las camas en hospitales privados se da por medio de la población asegurada.

Los esquemas de seguros de gastos médicos mayores en nuestro país comenzaron a gestarse a finales del pasado siglo, siendo el objetivo de tales productos el cubrir los gastos médicos hospitalarios y otros tantos que sean necesarios para la recuperación de la salud de la población asegurada, cuando se haya sido afectado por alguna enfermedad o algún accidente, favoreciendo el acceso a los servicios privados de salud.

Es importante mencionar que ningún plan cubre la totalidad de los costos asociados con la incapacidad y entre las empresas aseguradoras existe una gran heterogeneidad y las coberturas varían de un plan a otro. Al igual que en los países desarrollados, los esquemas de seguro han evolucionado en particular durante la última década experimentando con nuevas formas de organización en particular con el movimiento del foco en la enfermedad hacia la inclusión de la salud.

En la práctica, los seguros médicos y de gastos médicos han generado efectos positivos a través de la creación de un mercado de seguros que permitan cubrir a la población a menores costos, hasta la mejora en la protección de los beneficiarios; entre los efectos negativos que ha generado tal sistema están las prácticas y formas de pago de los seguros médicos sobre la autonomía de los prestadores de servicios de salud en especial los médicos, como ejemplo de esto se encuentra “el

modelo de atención a la salud conocido como “Medicina Administrada” (Managed Care) que tuvo su origen en los Estados Unidos de Norteamérica durante la década de los setenta y cuya característica principal es el diseño de un sistema no lucrativo subsidiado por el gobierno, con el propósito de contener el alto costo de atención a la salud. Este modelo, basado en el prepago, contiene una serie de lineamientos, que limitan al paciente en su libertad de elección y al médico en su autonomía clínica, como consecuencia, además de disminuir en el corto plazo los costos de atención médica, produciendo ganancias multimillonarias a sus inversionistas, generaron gran descontento entre los usuarios de los servicios médicos, vulnerando la relación entre el paciente y su médico, tradicionalmente basada en la confianza; provocando, además, escasez de recursos económicos destinados a la enseñanza e investigación médicas, consideradas superfluas y costosas por muchas de las empresas de seguros” (Sámamo, G, 2003, pag 69).

En los últimos años, se desarrollaron una serie de modificaciones a la estructura normativa del sector de seguros en México. Los más relevantes fueron:

- En 1990, la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- 1991, emisión del nuevo reglamento de inversiones así como el establecimiento del capital mínimo de pagos.
- 1994, desarrollo de estudios para reformas a la Ley del Contrato de Seguros y Participación a través del COECE en las negociaciones del Tratado de Libre Comercio.
- 1996, reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para incorporar al sector asegurador al nuevo régimen de seguridad social.
- 1997, introducción de cambios al marco jurídico para fortalecer el esquema de supervisión y el marco de operación de la empresa, así como un nuevo marco para la operación de reaseguro que ofrecerá cobertura a los ramos de accidentes y enfermedades y la posibilidad de incluir en su extensión al sector salud.
- 1998, se establecen de bases legales, acordes al nuevo esquema de supervisión que opera la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 2000, la Secretaria de Hacienda y Crédito Público expide las reglas de operación de las instituciones de seguridad especializadas en el ramo de la salud.

Coronado opina que “Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, llamadas ‘ISES’ irrumpen en el escenario en 1999 alineándose a preceptos jurídicos ya establecidos como lo son en específico; la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley General de Salud y demás leyes reglamentarias. Entran en un momento crucial y en un terreno aún no maduro jurídicamente hablando, pero lo intentan con la firme esperanza de enriquecer su forma más genérica” (Coronado Alcántara, 2007, pág. 29).

Las políticas que se han adoptado desde el gobierno en materia de salud, en particular la del Seguro Popular, enfatizan la ampliación del gasto público para la población no asegurada, pero no han resuelto los problemas de información en los seguros y servicios de salud, y posiblemente han incrementado los obstáculos para la integración del cuidado de familias y pacientes. En consecuencia, las familias enfrentan una oferta que no es muy distinta a la que existía a inicios de la década de los noventa. Aún hoy, las personas sufren interrupciones de su cuidado médico e incertidumbre respecto a la atención que recibirán debido a la segmentación del sistema. Además, la forma en que los proveedores operan sigue estando basada en procesos legales y administrativos, incentivos y restricciones financieras que impide que el cuidado médico se adecue a las necesidades o preferencias de los ciudadanos, y promueva la productividad de los proveedores.

En el caso de nuestro país, los modelos de financiación y gestión de los seguros son muy diferentes entre la seguridad social privada y el resto del sistema, esto debido a que las familias se mueven entre sectores con frecuencia, esto trae como efecto que no sea posible sumar las cifras de cobertura entre los distintos esquemas. La política de las empresas se ha centrado en afectar algunas estadísticas promedio, entre las que destacan la media de gasto en efectivo y el promedio de dinero asignado por el gobierno a los asegurados por cada plan federal. Sin embargo, esta no puede ser una buena política, ya que ni siquiera existen mediciones confiables de lo que en realidad reciben las familias.

En México, el sector asegurador se integra por 56 compañías que realizan diferentes actividades, entre las características que se pueden destacar están:

- De las 56 empresas aseguradoras, la totalidad cuenta con seguros que cubren contra incendios,

- 35 cuentan con seguro de salud en caso de accidente y enfermedades,
- De las 56 compañías 13 son exclusivas del ramo de la salud.

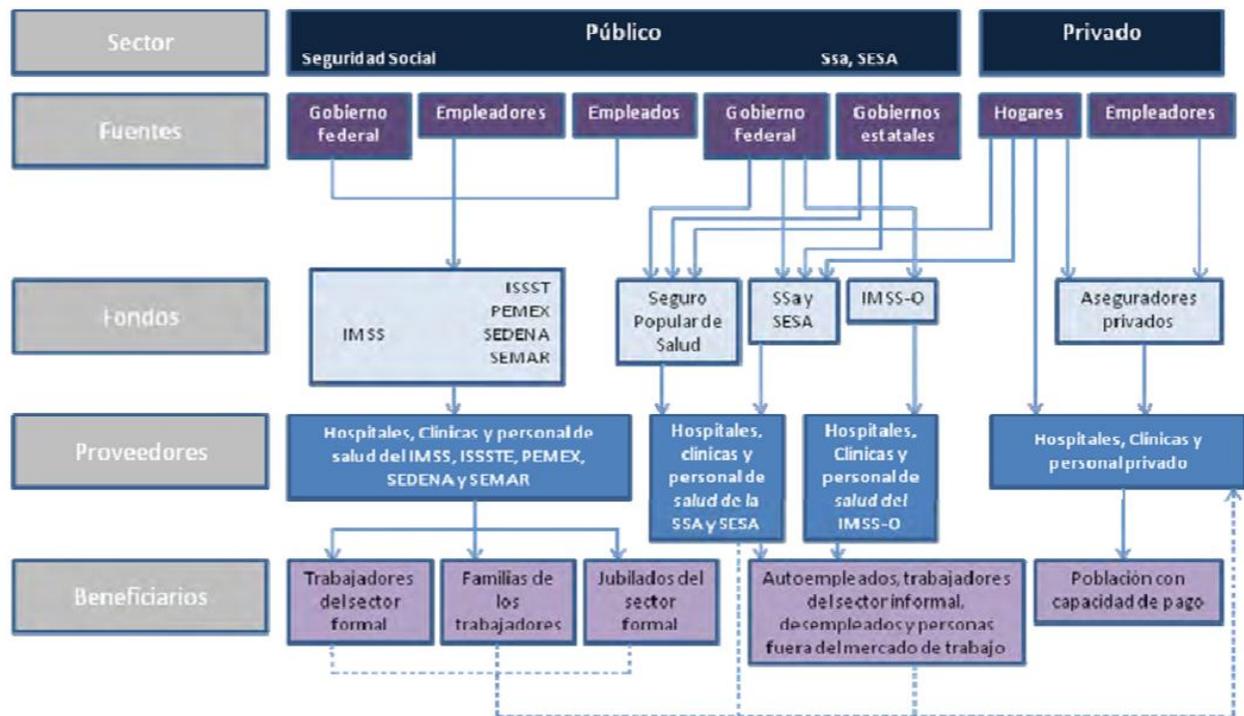
Los seguros de salud privados en nuestro país, concentran una parte menor del gasto en materia de salud, alcanzado de acuerdo a datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) cerca del 4% del gasto total que se realiza en materia de salud y el 7% del correspondiente al gasto privado; comparado con el gasto que se realiza en otras naciones de Latinoamérica como son Uruguay 68%, Argentina 24%, Brasil 35%, Chile 40% y Colombia 34%, por lo que se puede concluir que el mercado de seguros de salud y en gastos médicos mayores en nuestro país es compacto.

El seguro de gastos médicos mayores que operan algunas aseguradoras dentro de ramo de accidentes y enfermedades, no ha permitido del todo que el sector de las ISES madure por sí mismo, ya que estos servicios aun cuando no aplican en un rango de permanencia médica, han sido solicitados en el mercado de manera afanosa, pero no con una propensión a lo económico, sino por la insigne necesidad de los consumidores de buscar calidad. Algunos estudiosos del fenómeno aconsejan que por ética el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) debiera regresar los fondos que le han sido aportados como cuotas obrero-patronales para que en forma personalizada los derechohabientes busquen bajos sus propios méritos el servicio médico que más les acomode y que en este caso de incesante búsqueda pudieran ser las ISES o cualquier otra entidad privada. Según los entendedores del problema, esto podría permitir promocionar aún más el mercado de las ISES, abaratando el servicio que tanto proponen y que desean establecer como medida permanente. Ahora sin embargo, entendemos que el verdadero problema se encuentra en la capacidad de establecer el primer acercamiento que permita explotar libremente dicho mercado. En tal virtud criticamos todavía a las ISES en esa falta de méritos en infraestructura y organización.

Giedion opina que “el sistema mexicano de salud está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la

población sin seguridad social (Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. El sector privado se caracteriza principalmente por una cantidad grande de prestadores con más de tres unidades. Una gran mayoría de éstos son consultorios individuales de médicos privados. Seguros privados en el sector cubren entre el 1,5 y 3% de la población, prestando servicios a través de clínicas y hospitales privados, en muchos casos propios de la red. A finales de 2005 existían 23 compañías que ofrecían seguros relacionados con gastos médicos en México” (Giedion, 2010, págs. 215-216). Lo anterior se ilustra en la Tabla 8.

Tabla 8. Sistema sanitario en México



Fuente: (Giedion, 2010, pág. 211)

En cuanto a la composición Laurell considera que, “los seguros médicos o de salud incluidos en la seguridad social laboral cubren alrededor del 45% de la población que son los trabajadores formales y sus familias. El IMSS es el instituto más importante con el 76% de los

derechohabientes, seguido por el ISSSTE con otro 15% mientras que el 9% restante se reparte entre los institutos de seguridad social de la paraestatal PEMEX, de las fuerzas armadas y de algunos estados. Los institutos difieren en el ámbito de las pensiones y otros beneficios mientras que las prestaciones de salud son iguales y cubren prácticamente todos los servicios de salud incluyendo los medicamentos. Los institutos de seguridad social laboral son empresas paraestatales desconcentradas, sujetas al control presupuestal y al poder ejecutivo federal. Todos prestan una proporción muy alta de sus servicios médicos en instalaciones propias y con personal asalariado. Disponen de los recursos materiales y humanos para la salud más importantes del país. En 2007 concentraban cerca de 42 mil camas censables en 465 hospitales y empleaban a 78 mil médicos y 118 mil enfermeras. El IMSS subroga menos del 5% de sus servicios con el sector privado” (Laurell, A. 2011, pag. 2796).

En México, debido a la transición demográfica el sector asegurador deberá emprender una nueva estrategia debido a que los servicios de salud públicos no se darán abasto y es importante para el mercado de seguros comenzar a proyectar ese escenario, como expone PWC “se visualiza un entrono demográfico, económico, institucional de mucha necesidad para que los prestadores de servicios asuman un liderazgo para fomentar una corresponsabilidad de los pacientes por su salud, a través de tecnologías que faciliten el seguimiento de sus condiciones clínicas, esquemas financieramente óptimos para el abasto de insumos, flexibilidad en los procesos y una sinergia entre organizaciones (aseguradoras, distribuidoras, prestadores) para aprovechar las fortalezas de cada uno” (PWC, 2014, pag. 4) .

3.2. Mapa de los seguros de salud y gastos médicos en México

La importancia que tiene la salud en los seres humanos, ha provocado que estos se esfuercen para buscar medios que le permitan conservar un estado deseable y por ende no verse debilitados ni física ni mentalmente. En nuestro país, el tema de la salud es muy importante, esto debido a que gran parte de la población no contaba con un seguro médico hasta la aparición del seguro popular, a pesar de ello poca población cuenta con un seguro de gastos médicos mayores y en general con un seguro de vida que le cubra de los diversos riesgos existentes.

El presente apartado analiza los seguros de salud y médicos en México.

SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Comparativo de productos
Propuesta.

NOTA IMPORTANTE: EL ALCANCE DE LAS COBERTURAS DEPENDE DEL PLAN CONTRATADO Y DE LAS POLÍTICAS DE CADA COMPAÑÍA

COMPAÑÍA	PRODUCTOS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA GEOGRÁFICA	CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS DEFINIDO	POSIBILIDAD DE AMPLIAR EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS	RENOVACIÓN VITALICIA GARANTIZADA	PREEXISTENCIA DECLARADA	MATERNIDAD		MANEJO PADECIEMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA	URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	SERVICIOS ASISTENCIALES	COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO	CONTINUACIÓN DEL SEGURO POR MUERTE O INVALIDEZ DEL TITULAR	PÁGINA WEB	TELÉFONOS
								PARTO NORMAL	CESÁREA							
 ACE Seguros, S.A.	Médico Familiar	Seguro de Gastos Médicos Mayores.	México y Extranjero	No	N.A.	Si	No	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	No	Incluido en la Cobertura Básica	No	N.A.	No	No Existe	De cualquier parte (55) 52 58 58 00 Del extranjero (5255) 52 58 58 00
 Allianz México, S.A. Compañía de Seguros	Clinico	Linea Tu Salud. Cubre los gastos generados a consecuencia de un accidente o enfermedad. El acceso hospitalario depende de la zona y el plan contratados.	México	Si	Si	Si	No	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Cobertura Opcional	Incluido en la Cobertura Básica	Protección Patrimonial Gastos Funerarios Enfermedades Catstroficas	Cobertura Opcional	www.allianz.com.mx	Del D.F. 54 48 87 33 Urgencias en el D.F. 54 48 87 89 Del interior 01 800 733 2560 Cualquier otro lugar 55 54 48 87 33
	Internacional	Cifera cobertura internacional y suma asegurada sin límite.	México y Extranjero									Incluido en la Cobertura Básica				
 Asseguradora Interacciones, S.A.	Estándar	Seguros de Gastos Médicos Mayores. Las diferencias entre estos productos son la suma asegurada, el nivel de acceso hospitalario y de honorarios quirúrgicos.	México	Si	No	Si	No	Cobertura Opcional	Cobertura Opcional	Si	Cobertura Opcional	Incluido en la Cobertura Básica	Cobertura en el Extranjero Emergencia en el extranjero Muerte Accidental Ultimos Gastos Indemnización Dama Ambulancia Aérea Deportes Pulgones.	Cobertura Opcional	www.interacciones.com	Del D.F. 52 41 38 90 Del interior 01 800 736 4736
	Elite		México y Extranjero									Incluido en la Cobertura Básica				
 General México, Compañía de Seguros	Plan Plus	Diseñado para cubrir a un núcleo familiar o a una persona de manera individual por el acontecimiento de alguna enfermedad o accidente.	México y Extranjero	Si	Si	Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Cobertura Opcional	Cobertura Opcional	Cobertura total en el extranjero	No	No Existe	Atención a clientes: 52 41 10 10 Senedes: 52 41 10 41, 1075 o 1002. Del interior 01 800 201 6264 Emergencias en el Extranjero por cobrar 55 52 72 72 81
	Plan Plus															
 GNP	Linea Azul VIP	Cifera protección internacional en los mejores hospitales del mundo. Permiso al asegurado atenderse con el médico de su preferencia sin ninguna restricción.	México y Extranjero										CAME. Clausula de Acceso a Clínicas Médicas Integral AP. Accidentes Personales CECE. Clausula de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero RH. Respaldo Hospitalario H 100%. Hospitalización al 100% en el Extranjero CSF. Clausula de Salud Familiar CEE. Clausula de Emergencia en el Extranjero	Cobertura Opcional	www.gnp.com.mx	Del D.F. 52 27 35 03 Del interior 01 800 906 4400
	Linea Azul Internacional	Cifera protección en cualquier parte del mundo. Asegura el acceso a cualquiera de los mejores hospitales en territorio nacional o internacional.	México y Extranjero	Si	Si	Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica				
	Premier 100 (Sin Restricción de Hospitales)	Linea Azul Premio. Creada especialmente para atender a las necesidades de cualquier cliente. La única característica que los distingue es el acceso a hospitales a los que puede acudir el asegurado. Incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero.	México y Extranjero													
	Premier 200 (Algunas Restricciones de Hospitales)															
Grupo Nacional Provincial, S.A.	Premier 300 (Restricción Medta de Hospitales)															
	Premier 400 (Red Especifica de Hospitales)															

N.A. No Aplica

COMPAÑIA	PRODUCTOS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA GEOGRÁFICA	CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS DEFINIDO	POSIBILIDAD DE AMPLIAR EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS	RENOVACIÓN VITALICIA GARANTIZADA	PREEXISTENCIA DECLARADA	MATERNIDAD		MANEJO PACIENTES CON PERIODO DE ESPERA	URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	SERVICIOS ASISTENCIALES	COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO	CONTINUACIÓN DEL SEGURO POR MUERTE O INVALIDEZ DEL TITULAR	PÁGINA WEB	TELÉFONOS	
								PARTO NORMAL	CESÁREA								
 INC Seguros Compañía Anónima, S.A. de C.V.	Básico	Línea Tradicional. Estos planes protegen de los gastos médicos ocasionados que genera un accidente o enfermedad. Esta línea se ha basado en un sistema hospitalario, en el que se otorga el reembolso a la categoría del Hospital. En cualquier plan el asegurado puede elegir el hospital en el que desea atenderse, obteniendo beneficios por atenderse en la Red Médica correspondiente a su plan.	México									Cobertura Opcional					
	Superior																
	Magno																
	Básico Plus	Línea Plus. Mueve características del plan Tradicional más las siguientes coberturas: - Suma Asegurada en Límite Máximo por Parto Normal - Ampliación a la Suma Asegurada en Cesárea - Cirujías - Honor y Gastos Diferenciales por enfermedad - SIDA															
	Superior Plus		Cobertura Básica									Programa Cero Espera (Excepto EMO, Tumor, INC MM EMO y INC MM Tumor) Paquete de Beneficios Adicionales Cobertura en Atención Médica en el Extranjero (Excepto EMO, Tumor, INC MM EMO e INC MM Tumor)					
	Magno Plus																
	INC Multiprotección Médica Básico	Este tiene todas características de la Línea Plus más las siguientes coberturas: Ampliación a la Suma Asegurada en cesárea y parto normal.	México y Extranjero										Programa Cero Espera (Excepto EMO, Tumor, INC MM EMO e INC MM Tumor) Cobertura de Dato en Efectivo Extensión de Cobertura Incremento en Tabla de Procedimientos Transplantes (Excepto Tumor e INC MM Tumor) Cobertura de Descuento por Accidente Cobertura de Vida en Vida	Cobertura Opcional	www.inc.com.cobertura.com.mx	Del 01 al 24 de 00 Del 01 al 01 800 SOLUCIONES 800 765 8246	
	INC Multiprotección Médica Superior																
	INC Multiprotección Médica Magno		Cobertura Opcional														
	INC Multiprotección Médica EMO Internacional																
EMO Internacional	Ello. El asegurado puede elegir en que Hospital desea ser atendido tanto en territorio nacional como en el extranjero. Algunas coberturas solo se ofrecen en territorio nacional.	Cobertura Opcional															
INC Multiprotección Médica Titarium Health	INC MM Titarium Health. Mueve características de Titarium más las siguientes coberturas: - Ampliación a la Suma Asegurada en cesárea y parto normal. - Gastos Médicos Menores. - Medicina Diferencial.																
Titarium Health	Titarium Health. El asegurado puede elegir en que Hospital desea ser atendido tanto en territorio nacional como en el extranjero. A diferencia de EMO, todas las coberturas se ofrecen en territorio nacional y extranjero (excepto SIDA). No existe un catálogo abstracto para pago de Honorarios Médicos.	Cobertura Básica															
 Lafarge Compañía de Seguros	Ampli	Plan individual familiar cuya característica principal es la de que el plan puede elegir el país que más le convenga con sus necesidades personales y su economía familiar.	México y Extranjero	Si	Si	Si	No	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Reintegración Automática de la Suma Asegurada Participación Múltiple por Hospitalización Ampliación de la Cobertura en el	Cobertura Opcional	www.lafarge.com.mx	Del 01 al 24 de 00 Del 01 al 01 01 800 717 5332 800 714 2260	
	Límite		México														

N.A. No aplica

COMPAÑIA	PRODUCTOS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA GEOGRÁFICA	CATALOGO DE HONORARIOS MEDICOS DEFINIDO	POSIBILIDAD DE AMPLIAR EL CATALOGO DE HONORARIOS MEDICOS	RENOVACIÓN VITALICIA GARANTIZADA	PREEXISTENCIA DECLARADA	MATERNIDAD		MANEJA PADECIEMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA	URGENCIA MEDICA EN EL EXTRANJERO	SERVICIOS ASISTENCIALES	COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO	CONTRIBUCIÓN DEL SEGURO POR MUERTE O INVALIDEZ DEL TITULAR	PÁGINA WEB	TELÉFONOS
								PARTO NORMAL	CESÁREA							
 La Dinamisa Compañía General de Seguros, S.A.	Cartos Medicos Mayores Nacional	Cubre los gastos en que incurre el asegurado al presentarse un accidente o enfermedad que puedan causarle un desequilibrio económico.	México	No	N.A.	Si	No	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Cobertura Opcional	No	No	www.ladynamisa.com.mx	Del Interior 01 (999) 920-23-29 01 (999) 920-23-30	
	Cartos Medicos Mayores Internacionales		México y Extranjero													
 Mapfre Topopac, S.A.	Hospitalización Familiar Oro	Estos planes cubren los gastos hospitalarios y honorarios médicos erogados a consecuencia de atención médica por accidente o enfermedad.	México y Extranjero	Si	Si	Si	No	Cobertura Opcional	Cobertura Opcional	Si	Cobertura Opcional	Incluido en la Cobertura Básica	Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas Gastos de Sepelio Maternidad Enfermedades Catastróficas en el Extranjero Protección Mapfre Topopac Incremento a Honorarios Quirúrgicos	Cobertura Opcional	www.mapfreseguros.com.mx	Del D.F. 52 30 70 00 Del Interior 01 800 817 3922
	Hospitalización Familiar		México													
	Cartos Medicos y Hospitales Plus															
	Cartos Medicos y Hospitales															
 MetLife México, S.A.	FASE (Familia Segura)	Ofrece atractivas coberturas y beneficios complementarios que protegen al asegurado y su familia en caso de sufrir un accidente o enfermedad. Incluye cobertura dental y vision.	México y Extranjero	Si	Si	Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Continuación Familiar Cobertura en el Extranjero	Cobertura Opcional	www.metlife.com.mx	Del D.F. 52 28 70 00 Del Interior 800 METLIFE 800 638 5433
	Línea Independencia Salud Básico (sin Restricción Hospitalaria)	México y Extranjero	Ofrecen atractivas coberturas y beneficios complementarios que protegen al asegurado y su familia en caso de sufrir un accidente o enfermedad.													
	Línea Independencia Salud Amplio (sin Restricción Hospitalaria)															
	Línea Independencia Salud Integral (sin Restricción Hospitalaria)															
Línea Independencia Salud Integral Internacional (sin Restricción Hospitalaria)																
 Metropólitan Compañía General de Seguros, S.A.	Cartos Medicos Mayores	Cubre los gastos en que incurre el asegurado al presentarse un accidente o enfermedad que puedan causarle un desequilibrio económico.	México	Si	Si	Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Cobertura Opcional	Limites que al asegurado sufrir a consecuencia de la práctica amputación de miembros peligrosos. Cobertura Visual Asistencia Legal Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas Muerte Accidental en hijo menor Indemnización diaria por incapacidad Otros gastos Continuación familiar Costos en el extranjero Cobertura amplia en el extranjero Asistencia en viajes nacionales e internacionales	Cobertura Opcional	www.metropolitana.com.mx	Del D.F. 26 29 71 00 Del Interior 01 800 714 1795

COMPAÑIA	PRODUCTOS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA GEOGRÁFICA	CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS DEFINIDO	POSIBILIDAD DE AMPLIAR EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS	RENOVACIÓN VITALICIA GARANTIZADA	PREEXISTENCIA DECLARADA	MATERNIDAD		MANEJA PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA	URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	SERVICIOS ASISTENCIALES	COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO	CONTINUACIÓN DEL SEGURO POR MUERTE O INVALIDEZ DEL TITULAR	PÁGINA WEB	TELÉFONOS		
								PARTO NORMAL	CESÁREA									
Pia Seguros F.T.I.	Bisa 2000	Ofrecen protección al asegurado y a su familia ante cualquier enfermedad o accidente que se pueda presentar.	México	Si	Si	Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Cobertura Opcional	Incluido en la Cobertura Básica	Cobertura en el Extranjero Cobertura Dental	No	www.piaseguros.com.mx en construcción	Del D.F. 51 47 31 42 Del Interior 01 800 949 1216		
	Bisa Coro																	
	Bisa AA																	
	Bisa A																	
	Bisa B																	
Miguel Alemán	Medic Master, nivel I	Ofrecen protección al asegurado y a su familia ante cualquier enfermedad o accidente que se pueda presentar.	México y Extranjero	Si	Si	Si	No	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Cobertura Opcional	Cobertura Opcional	Emergencia Médica Asistencia en Viajes Parto Normal - Cesárea Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas Gastos Funerarios	No	www.miguelaleman.com.mx	Del D.F. 57 23 70 98 Del Interior 01 800 723 7900 EUA 1 800 506 1044		
	Medic Master, nivel II		México y Extranjero					Cobertura Opcional	Cobertura Opcional									
	Medic Master, nivel III		México															
	Medic Master Internacional, niveles I al V		México y Extranjero					No	No									
Royal & Surestancia, S.A.	Med Plus	Planes de protección familiar que cubren los gastos por tratamiento o emergencias médicas dentro del país. Se diferencian por el tipo de hospitales a los que tiene acceso.	México	Si	Si	Si	No	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Cobertura Opcional	Incluido en la Cobertura Básica	Cobertura Internacional Reembolso de gastos funerarios	Cobertura Opcional	www.royalysurestancia.com.mx	Del D.F. 91 77 50 00		
	Med Optimo																	
Seguros Altos, S.A.	Plan Mundial	Ofrece atención médica en México o en el extranjero.	México y Extranjero										Reembolso de gastos funerarios					
Banamex, S.A. de C.V.	Carlton Medicos Mundial	Ofrece cobertura de gastos médicos nacional e internacional a causa de accidentes o enfermedades. La diferencia entre los productos es la suma asegurada y el nivel de acceso hospitalario en el extranjero.	México y Extranjero	Cubre gastos Usual y Accidentariedad (prácticamente todos los gastos)	Cubre gastos Usual y Accidentariedad (prácticamente todos los gastos)	Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Ampliación de cobertura para complicaciones de Maternidad y del Recién Nacido	Incluido en la Cobertura Básica	www.banamex.com.mx	Del D.F. 12 26 82 75 Interior 800 800 7464	Del 01	
	Carlton Medicos Platinum																	
MABUSA S.A.	Inturmedic Sin Restricción de Hospitales	Cubren los gastos por la atención médica hospitalaria originada por un accidente o enfermedad que ocurra dentro de la vigencia de la póliza (Estos planes aplican en símbolos nacional y la diferencia entre ellos es el acceso hospitalario)	México	"Con Tabla de Honorarios Quirúrgicos, Sin Tabla de Honorarios Quirúrgicos"	Si "Amplio"						Cobertura Opcional							
	Inturmedic Con Restricción de Hospitales																	N.A.
	Inturmedic Atención Excluida en Red Segurmed					Si	Si	Incluido en la Cobertura Básica	Incluido en la Cobertura Básica	Si		Incluido en la Cobertura Básica	Gastos Funerarios Enfermedades Crónicas (S.V.) Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas Previsión Familiar	Cobertura Opcional	www.mabusa.com.mx	Del D.F. 25 04 03 24 04 96 05 23 Interior 800 712 4237	53 53 43,26 01	
	Inturmedic Sin Restricción de Hospitales Internacional																	
	Inturmedic Con Restricción de Hospitales Internacional	Además de la cobertura nacional ofrecen cobertura en el extranjero	México y Extranjero	"Con Tabla de Honorarios Quirúrgicos, Sin Tabla de Honorarios Quirúrgicos"	Si "Amplio"							Incluido en la Cobertura Básica						
Seguros Intersur, S.A.	Inturmedic Atención Excluida en Red Segurmed Internacional																	

N.A. No Aplica

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los seguros son una manera de anticiparse a acontecimientos impredecibles que pueden afectar, a veces de manera fatal, como la muerte prematura, la vida de las personas, de su familia y allegados más próximos que dependen de su responsabilidad. Un seguro es un valor económico y comercial y a la vez un instrumento que permite, a todas las personas, avizorar y garantizar la situación económica, ante hechos futuros, susceptibles de ocurrencia y de los que la persona que opta por él ni nadie puede tener certeza.

Los seguros de salud más completos ofrecen consultas, honorarios quirúrgicos, anestesia, hospitalización (habitación y alimentos), enfermera, servicio de ambulancia (terrestres, de terapia intensiva y aérea), aparatos ortopédicos, urgencias médicas fuera del país y hasta hospitalización en el extranjero. Para adquirirlo hay diferentes modalidades según la empresa u organización aseguradora y según también el plan que se solicite. Una de las modalidades más acostumbrada es una cuota mensual que paga el asegurado directamente a través de un banco u otra entidad financiera o por medio de un deducible del salario acordado con su empresa y con la empresa aseguradora, a lo cual llegan por intermedio de convenios.

Estados Unidos cuenta con un sistema de salud 100% privado, por lo que es sin duda, el más avanzado en relación con los seguros de salud. A principios de los 80's, en materia de salud, el sistema más tradicional e importante en este país era el seguro de reembolso de gastos. En esta misma década empezaron a proliferar compañías de seguros que manejaban los sistemas conocidos como medicina prepagada como HMSOs, PPOs, etc. Motivadas por los desequilibrios que se venían originando en el seguro de reembolso de gastos. HMO. Health Maintenance Organizations Ofrecen sus servicios mediante una red propia de clínicas o una red de proveedores; dentro de estas se proporcionan todos los servicios de salud, pero es necesario acudir con un médico de la red, de lo contrario el afiliado afrontará los gastos que haya incurrido.

En la UE se distinguen tres grandes grupos de seguros médicos privados:

- Los seguros complementarios financian coberturas y servicios asistenciales no cubiertos o no garantizados por los sistemas públicos de seguridad social, de modo total o parcial, como es el caso de Francia o Bélgica.

- Los seguros substitutivos adoptan la forma de seguro privado substitutivo como principal fuente de cobertura asistencial en una parte de la población y proporcionan acceso asistencial a grupos e individuos que no pueden acceder al mismo a través de los seguros públicos, debido a su exclusión de las coberturas públicas tanto de forma voluntaria como involuntaria, como ocurre en Alemania (a partir de un cierto nivel de ingresos anuales) y España (grandes mutualidades del Estado).
- Los seguros suplementarios garantizan determinadas coberturas asistenciales administradas y proporcionadas fuera del sistema público, por no estar cubiertas por el mismo. Pueden operar en forma de seguro privado alternativo o de cobertura duplicada, como sucede en el Reino Unido y España.

Los seguros médicos o de salud incluidos en la seguridad social laboral en México cubren alrededor del 45% de la población que son los trabajadores formales y sus familias. El IMSS es el instituto más importante con el 76% de los derechohabientes, seguido por el ISSSTE con otro 15% mientras que el 9% restante se reparte entre los institutos de seguridad social de la paraestatal PEMEX, de las fuerzas armadas y de algunos estados. Los institutos difieren en el ámbito de las pensiones y otros beneficios mientras que las prestaciones de salud son iguales y cubren prácticamente todos los servicios de salud incluyendo los medicamentos. Los institutos de seguridad social laboral son empresas paraestatales desconcentradas, sujetas al control presupuestal y al poder ejecutivo federal. Todos prestan una proporción muy alta de sus servicios médicos en instalaciones propias y con personal asalariado.

En México, el sector asegurador se integra por 56 compañías que realizan diferentes actividades, entre las características que se pueden destacar están:

- De las 56 empresas aseguradoras, la totalidad cuenta con seguros que cubren contra incendios,
- 35 cuentan con seguro de salud en caso de accidente y enfermedades,
- De las 56 compañías 13 son exclusivas del ramo de la salud.

Los seguros de salud privados en nuestro país, concentran una parte menor del gasto en materia de salud, alcanzado de acuerdo a datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) cerca del 4% del gasto total que se realiza en materia de salud y el 7% del

correspondiente al gasto privado; comparado con el gasto que se realiza en otras naciones de Latinoamérica como son Uruguay 68%, Argentina 24%, Brasil 35%, Chile 40% y Colombia 34%, por lo que se puede concluir que el mercado de seguros de salud y en gastos médicos mayores en nuestro país es compacto.

Como recomendación y debido a que en México, la transición demográfica dará pie a un mayor incremento en los adultos mayores, el sector asegurador deberá emprender una nueva estrategia debido a que los servicios de salud públicos no se darán abasto y es importante para el mercado de seguros comenzar a proyectar ese escenario a través de una sinergia entre organizaciones (aseguradoras, distribuidoras, prestadores) para aprovechar las fortalezas de cada uno

BIBLIOGRAFÍA

- AFI. (2015). *Guías Banco Caminos: Planificación de las finanzas personales*. Madrid, España.
- Almada Álvarez, E. (2002). *Recisiones de contratos en seguros de vida y gastos médicos mayores y su impacto en las compañías aseguradoras mexicanas*. México: Tesis de licenciatura en Actuaría UNAM.
- BAC-CREDOMATIC. (2008). *Libro maestro de educación financiera: un sistema para vivir mejor*. San José, Costa Rica: BAC-CREDOMATIC.
- BlueCross BlueShield of North Carolina. (N.D.). *El cuidado de la salud en los Estados Unidos*. BlueCross BlueShield of North Carolina.
- Carreón, V. (2012). *Infraestructura y cobertura universal en salud*. México: CIDE.
- Castro Hoyos, C. (2012). *Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina*. Colombia : Friedrich Ebert Stiftung.
- Coronado Alcántara, M. (2007). ISES, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud: Una opción de salud privada, asequible al bolsillo y de calidad . *Temas de ciencia y tecnología vol 11 num 33*, 29-46.
- Cervantes Jiménez, M. (2015). *Microeconomía*. México: LAES.
- Clínicas de Chile . (2009). *Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la reforma*. Chile .
- de la Calle, L. (s.f.). *Crecimiento potencial del sector salud en México*. México.
- Durán, A. (nd). *Los seguros médicos privados en México: su contribución al sistema de salud*. México.
- Fitch Ratings . (2013). *Perspectiva 2014: sector seguros de México*. México: Fitch Ratings .
- García Junco, D. (2012). La transformación del sistema de salud y el seguro popular . *Gaceta Médica de México*, 518-524.
- Giedion, Ú. (2010). *Los sistemas de Salud en Lationamérica y el papel del seguro privado*. Madrid: FUNDACIÓN MAPFRE-INSTITUTO DE CIENCIAS DEL SEGURO.
- Gravelle, H., & Ray, R. (2005). *Microeconomía*. España: Pearson.
- Gómez, D. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México vol 53*, 220-232.
- Lara di Lauro, E. (2014). *Seguros de salud*. Swiss Re.

- Laurell, A. (2011). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciencia & Saude* , 2795-2806.
- Martínez, G., & Nelly, A. (2012). *Seguro de salud en México*. México: Conferencia interamericana de seguridad social.
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad . (2014). *Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013*.
- PWC. (2012). *Convergencia y oportunidades en el sector salud* . México: PWC.
- PWC. (2014). *Perspectivas del sector salud en México para el 2015*. México: PWC.
- Rojas Miranda, S. (2005). *Los seguros privados de salud y su administración por las instituciones de seguros especializadas en salud (ISES)*. México: Tesis de Licenciatura en Actuaría, UNAM.
- Rivero Serrano, O. (2003). Los médicos especialistas y el problema de honorarios y seguros médicos. *Gaceta Médica de México*, 291-293.
- Ruiz Ferrán, J. (2008). El seguro médico privado en la UE. *Revista de Humanidades* , 4-18.
- Sámano, G. (2003). Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México. *Anales médicos* , 68-75.
- Uthoff, A. (2012). Elmercado de seguros de salud: lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solaridad . *Revista CEPAL*, 147-167.
- Vladés Olmedo, J. (. (2001). *La reforma de la salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud