



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN**

**Un mercado en declive en México para las  
Instituciones de Seguros Especializadas de  
Salud (ISES), 2000-2014**

# **TESIS**

**Que para obtener el título de  
Licenciado en Economía**

**PRESENTA:**

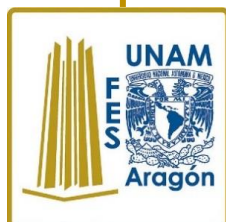
**Isaías Cerqueda García**

**ASESOR DE TESIS:**

**M.A.P. Víctor Manuel Ortiz Niño**

**Ciudad**

**Nezahualcóyotl, Estado de México, 2017**





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.



# Agradecimientos.

A Dios, que me ha acompañado a lo largo de mi vida y sin pedirme nada a cambio, hoy me regalas la alegría de ver realizado uno más de mis sueños, guarda mi corazón cerca de ti y guíame día con día en el camino que lleva hacia ti.

A mi mamá, sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer toda una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, sólo quiero que sientas que el objetivo logrado también es tuyo.

A mis hermanos, que gracias a ellos adquirí el don de la paciencia y de la reflexión, por compartir alegrías y tropiezos de los cuales salimos triunfadores, por su confianza por permitirme estar en sus vidas.

A la Facultad de Estudios Superiores Aragón, porque gracias a ella descubrí nuevos conocimientos, nuevos planteamientos y nuevas experiencias dentro de sus aulas.

A mi asesor, por la orientación y ayuda que me brindó para realizar la presente investigación, por su apoyo, paciencia y motivación que me permitieron terminar la presente investigación.

# Índice.

<b>Abreviaturas.....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1. Situación del Sector Salud.....</b>	<b>14</b>
1.1 Importancia Económica.....	15
1.1.1 PIB de Actividad Primarias.....	17
1.1.2 PIB de Actividades Secundarias.....	18
1.1.3 PIB de Actividades Terciarias.....	20
1.1.4 PIB del Sector Salud.....	23
1.2 Seguridad Social.....	28
1.3 Administradoras de Salud.....	40
1.4 Seguros de Salud.....	44
<b>Capítulo 2. La Globalización Financiera.....</b>	<b>49</b>
2.1 Qué es la Globalización Financiera.....	50
2.2 Qué es la Desregulación Financiera.....	55
2.3 La Globalización Financiera no Bancaria.....	58
2.4 Cambios del Sistema Financiero Mexicano tras la Globalización Financiera.....	60
2.5 El Sector de las ISES.....	62
<b>Capítulo 3. Particularidades Generales de los Seguros de Salud.....</b>	<b>64</b>
3.1 Concepto de Seguro.....	66
3.2 Concepto de Contrato de Seguro.....	67
3.3 Tipos de Seguros.....	69
3.4 Conceptos Generales de Seguros de Salud.....	72

3.5 Desarrollo de los Seguros de Salud.....	78
3.6 ISES.....	84
<b>Capítulo 4. Particularidades Generales de las ISES.....</b>	<b>88</b>
4.1 Qué son las ISES.....	90
4.2 Tipos de Coberturas Cubiertas y no Cubiertas.....	91
4.3 Diferencias entre SGMM e ISES.....	99
4.4 Funcionamiento.....	101
4.5 Marco Jurídico de las ISES.....	103
4.5.1 Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	105
4.5.2 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.....	108
4.5.3 Circular única de Seguros y Fianzas .....	130
4.5.4 Ley General de Salud.....	139
4.5.5 Ley Federal de Derechos.....	145
4.5.6 Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros.....	146
4.6 Marco Institucional de las ISES.....	147
4.6.1 Secretaría de Hacienda y Crédito Público.....	149
4.6.2 Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.....	150
4.6.3 Secretaría de Salud .....	152
4.6.4 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	153
4.6.5 Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicio Financieros .....	154
<b>Capítulo 5. Análisis de Penetración de las ISES.....</b>	<b>155</b>
5.1 Participación de las ISES en el Sector Asegurador.....	156
5.2 Estudio FODA de las ISES.....	158
5.3 Mercado de Contratación.....	160
5.4 Competidores en el Mercado de las ISES.....	166
5.5 Situación Financiera de las ISES.....	168
<b>Capítulo 6. Problemáticas de las ISES.....</b>	<b>181</b>
6.1 Falta de Cultura Financiera.....	181
6.2 Falta de Difusión.....	185
6.3 Desconfianza del Público en los Seguros.....	185
6.4 Comparación de Precios entre las ISES y los SGMM.....	188
6.5 Cambios en las Compañías Especializadas de Salud 2000-2014.....	192

6.6 Falta de Inversionistas.....	196
6.7 Estricta Regulación de las ISES.....	198
6.8 La Reforma del 4 de Abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas.....	198
<b>Conclusiones.....</b>	<b>200</b>
<b>Propuestas.....</b>	<b>208</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>211</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>220</b>

# Abreviaturas.

**AFORE.** Administradoras de Fondos para el Retiro.

**APP.** Asociaciones Publico Privadas.

**CONAMED.** Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

**CNB.** Comisión Nacional Bancaria.

**CNBS.** Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

**CNBV.** Comisión Nacional Bancaria y de Valores

**CONDUSEF.** Comisión Nacional para Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros.

**CONSAR.** Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

**CNSF.** Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CNV.** Comisión Nacional de Valores.

**CUSF.** Circular Única de Seguros y Fianzas.

**ENESS.** Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social.



**FODA.** Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

**IED.** Inversión Extranjera Directa.

**IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**INEGI.** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

**IPAB.** Instituto para la Protección al Ahorro Bancario.

**ISES.** Instituciones de Seguros Especializadas de Salud.

**ISSFAM.** Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

**ISSSTE.** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**LFD.** Ley Federal de Derechos.

**LGISMS.** Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**LGS.** Ley General de Salud.

**LIF.** Ley de Instituciones de Fianzas.

**LISF.** Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

**LISFAM.** Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

**LISSTE.** Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**LOAPF.** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

**LPDUSEF.** Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros.

**LSCS.** Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**LSS.** Ley del Seguro Social.

**PEMEX.** Petróleos Mexicanos.

**PIB.** Producto Interno Bruto.

**RESBA.** Registro de Tarifas de Seguros Básicos.

**RICONAMED.** Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

**RISHCP.** Reglamento Interno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**SMDGVDF.** Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal.

**SEDENA.** Secretaría de la Defensa Nacional.

**SGMM.** Seguros de Gastos Médicos Mayores.

**SHCP.** Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**SEMAR.** Secretaría de Marina Armada de México.

**SS.** Secretaría de Salud.

**SNS:** Sistema Nacional de Salud.

**TLCAN:** Tratado de Libre Comercio de América del Norte

**TTLC.** Tratado Trilateral de Libre Comercio.

# Introducción.

Durante el gobierno de Ernesto Zedillo se crearon las Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES), con el propósito de regular a las Administradoras de Salud, porque hasta entonces, no eran reguladas por ningún organismo.

Las aseguradoras de gastos médicos mayores, consideraban que las Administradoras de Salud competían de una manera desleal, al ofrecer productos que contenían un riesgo y no eran reguladas, por lo que el gobierno federal decide modificar la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en sus Artículos 7º y 8º, para incluir en los tipos de seguros el sector salud y así crear a las ISES.

Las ISES tuvieron como objetivo que un mayor número de mexicanos contarán con un seguro médico privado, y a la vez regular a las Administradoras de Salud, al transformarlas en ISES.

Así pues, las ISES serían reguladas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), Secretaría de Salud (SS), Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), después se incorporan la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

En el año 2000, la SHCP expide las Reglas para la Operación de Ramo de Salud, que contenía los requisitos para que las Administradoras de Salud se transformarán en ISES.

La presente investigación se plantea conocer las causas que originaron que las ISES no hayan logrado posicionarse en el mercado asegurador.

También se desea saber porque algunas ISES se les revoco la autorización para operar en el ramo de salud, que está ocasionando que la competencia disminuya en este sector.

Con la reforma del 4 de abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas, que consecuencia ocasionará al mercado de las ISES, puesto que esta reforma plantea que los SGMM ofrezcan servicios preventivos en sus pólizas como beneficio adicional, visto que las ISES eran las únicas instituciones de seguros que ofrecían este tipo de coberturas.

Para los economistas es importante estudiar este tema, para conocer las problemáticas que enfrentan los seguros de salud, y así proponer posibles soluciones, dado que este mercado representa un papel muy importante para la sociedad, porque en la actualidad están aumentando las enfermedades crónicas como el cáncer, y los tratamientos son muy costosos, de modo que los seguros de salud es una buena alternativa para reducir éstos altos costos.

El mercado de los seguros de salud, podría ser benéfico para la sociedad, siempre y cuando, este mercado sea reglamentado adecuadamente, de tal manera que haya una autoridad especializada en la regulación médica, como es el caso de las ISES, a través de un Controlador Médico.

Los beneficios posibles que podrían gozar la sociedad a través de estos productos son: planes integrales de salud familiar o individual, buena atención hospitalaria, y precios accesibles.

Las ISES no han logrado posicionarse en el mercado asegurador, por diferentes causas, entre ellas:

- a) Porque son desconocidas para la población mexicana.
- b) Los SGMM tienen mayor difusión, lo que está generando que las ISES tenga un declive en el mercado asegurador.

- c) La reforma del 4 de abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas, que permitirá a los SGMM ofrecer servicios de prevención, que sólo lo ofrecían las ISES, lo que va provocar que este mercado este a la deriva.

Otro factor importante para que las ISES no logren posicionarse en el mercado asegurador, es la falta de cultura preventiva, es decir, la población piensa que la contratación de un seguro es un gasto innecesario, y no como una forma de prevenir un posible riesgo.

También las ISES es un producto muy desconocido para la sociedad, porque en la mayoría de los medios de comunicación masiva (radio, televisión e internet), las aseguradoras más promocionadas son aquellas que no ofrecen seguros de salud, por ende las ISES no realizan la publicidad necesaria para influir en la población, para que los adquiera.

Otra causa trascendental para que los productos ofrecidos por las ISES no sean adquiridos por el público es el precio, puesto que los seguros ofrecidos por las ISES tienen un costo más elevado que los SGMM, alrededor de un 15% más, este incremento se debe a que las ISES tienen que contratar un Controlador Médico, lo que encarece el precio de la prima.

Con la reforma del 4 de abril a la Ley de Seguros y Fianzas, que permitirá a los SGMM ofrecer servicios preventivos, ocasionará que las personas no adquieran los productos ofrecidos por las ISES, y prefieran contratar un SGMM.

El capítulo 1 se habla sobre la Situación del Sector Salud, que comprende de un análisis del sector salud, que engloba la producción de este sector, así como las instituciones públicas que ofrecen servicios de salud, y el porcentaje de sus derechohabientes que lo utilizan, también se explica el surgimiento de las ISES, que se da gracias a una política del gobierno federal, con el fin de regular a las Administradoras de Salud.

Con respecto al capítulo 2 se analiza la Globalización Financiera, el cual se expone como se llevó a cabo el proceso de globalización financiera, así como los ajustes que se fueron dando en el Sistema Financiero Mexicano, de tal modo que sentaron las bases para que surgieran las ISES, con la reforma de la LGISMS en 1999.

Para el capítulo 3 se ilustra las Particularidades Generales de los Seguros de Salud, que consiste en analizar los términos básicos de los seguros de salud, con el fin de conocer los conceptos más importantes de éstos seguros, para finalizar con las similitudes de las ISES con el modelo estadounidense denominado “Managed Health Care”.

En relación al capítulo 4 se presenta las Particularidades Generales de las ISES, que consta de un análisis sobre las coberturas que ofrecen las ISES, así como su funcionamiento y su reglamentación.

Las ISES ofrecen dos tipos de seguros que son: Salud y Dental, para ambas ofrecen servicios preventivos y correctivos.

Para el funcionamiento de las ISES requiere de permisos muy específicos, tanto médica como financiera y administrativa, que vienen estipulados en su marco jurídico.

En cuanto al capítulo 5 se realiza un Análisis de Penetración de las ISES, que se fundamenta en un estudio de mercado, que corresponde en averiguar la participación de los seguros de salud en el mercado asegurador, así como las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de estos productos. También se realiza un estudio financiero que se basa en conocer la participación de cada aseguradora especializada de salud, así como su situación financiera.

Por último, en el capítulo 6 se estudia las Problemáticas de las ISES, que consiste en investigar las causas que llevaron a las aseguradoras especializadas de salud a un estancamiento y después a un declive en el mercado asegurado.

# Capítulo 1. Situación del Sector Salud.

En este apartado se analiza el sector salud, a través del Producto Interno Bruto (PIB) por actividad económica, que corresponde a las actividades primarias, actividades secundarias y actividades terciarias.

En el caso de las actividades terciarias, se identifica e interpreta a profundidad el comportamiento del PIB del sector salud, dado que el tema de tesis son las Instituciones de Seguros Especializadas de Salud (ISES), que son parte del sector salud, en el apartado de servicios médicos privados.

Se observa que la participación de las actividades terciarias representa más de la mitad del PIB total, pero en el caso del sector Salud, que es el tema de investigación, sólo tiene una participación del 3.62%, menor que los servicios educativos y los servicios profesionales, científicos y técnicos, porque entre ambos representan más del 4%.

También es necesario conocer el comportamiento de las instituciones de salud pública, como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (PEMEX), y el Seguro Popular, ésta última de recién creación.

Del total de la población con acceso a un sistema de seguridad social, en promedio sólo acuden el 50% de sus afiliados a la atención médica. En el caso del Seguro Popular, el 55.63% de sus derechohabientes acuden a su servicio médico, lo que significa que el programa implementado en 2004 por el gobierno federal no ha logrado la confiabilidad de la población que no tiene acceso a la salud pública.

Se describe como se creó en México los seguros de salud, conocidas como ISES, así como la implementación de la reforma de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en 1997, que entro en vigor hasta 1999, que dio origen al ramo de Salud en el sector asegurador

Las ISES tiene varias similitudes con el modelo estadounidense Managed Health Care, entre ellas están:

- ✓ Se le informa al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento.
- ✓ Decisión de aceptar o no tratamiento recomendado.
- ✓ Conocer el grado de preparación del médico especialista, así su honorabilidad.

## **1.1 Importancia Económica.**

El objetivo principal de esta sección es analizar la importancia que tiene el PIB del sector salud dentro del PIB total, a fin de determinar su importancia relativa, su producción y sus componentes.

Para ello se presentará un análisis del PIB por actividad económica, para realizar un estudio sobre él mismo, tomando el periodo 2000-2014 como referencia para conocer la participación de cada actividad económica en el PIB nacional, con el propósito de entender la participación del sector salud en las actividades terciarias.



Se toma como referencia el periodo 2000-2014, porque es el periodo de estudio del presente proyecto, para saber a cuanto equivale la participación promedio de cada actividad económica.

El PIB promedio del periodo 2000-2014 de las actividades primarias, representó el 3.47%, que es un porcentaje muy bajo, esto quiere decir, que las actividades del campo están rezagada, como es la producción agrícola, pecuaria, silvicultura, pesca, caza y acuicultura; pero es muy necesaria para que la población, en la elaboración de sus alimentos, con los productos generados por este sector, por lo que se deben de realizar políticas para mejorar el campo, a través de la implementación de maquinaria moderna.

El PIB promedio del periodo 2000-2014 de las actividades secundarias representó el 35.14%, esto significa la importancia que tiene la actividad minera, la generación de energía eléctrica, construcción y las industrias manufactureras en este sector; asimismo, para el desarrollo del país es muy importante el papel que juega las industrias manufacturas, como ha sido en los últimos años, la industria automotriz, que ha generado un gran número de empleos.

La minería, la generación de energía eléctrica y la construcción, es muy importante para las familias y empresas, porque sin ellas no podría llevar a cabo sus actividades cotidianas, porque de la minería proviene la extracción del petróleo y el gas natural, lo que genera el combustible, para el desplazamiento de las personas y la preparación de sus alimentos.

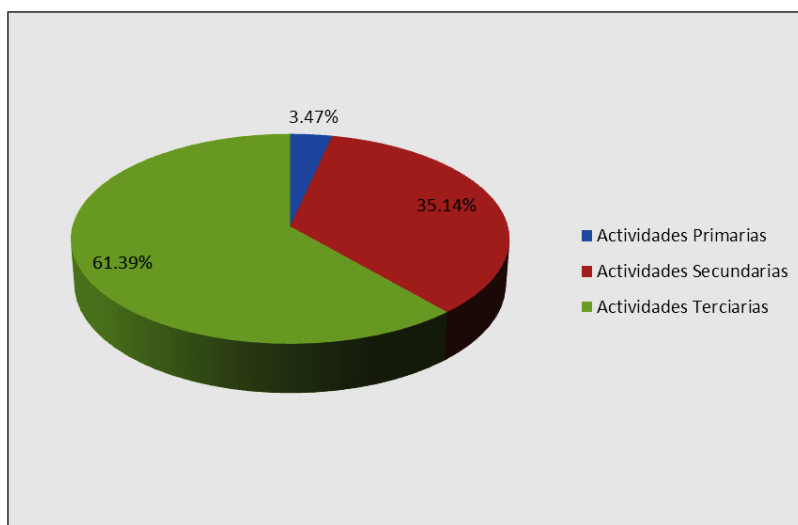
La energía eléctrica es esencial para las familias y empresas, en el caso de las familias, la utilizan para el funcionamiento de sus aparatos electrodomésticos, y para las empresas, lo necesitan para el funcionamiento de sus procesos de elaboración de nuevos productos.

La industria de la construcción, es una de las actividades más importantes del país, porque representa la edificación de casas, departamentos, corporativos, fábricas, etcétera.

El PIB promedio del periodo 2000-2014 de las actividades terciarias representó el 61.39%, lo que significa que este sector es el más importante para la economía mexicana, porque es la que generó mayores recursos, como son: servicios educativos, servicios de

esparcimiento, negocios, servicios de salud, servicios financieros, administración pública, etcétera.

**Gráfico 1.1 PIB Promedio del 2000-2014 por Actividad Económica.**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI. (4° trimestre de 2015). Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

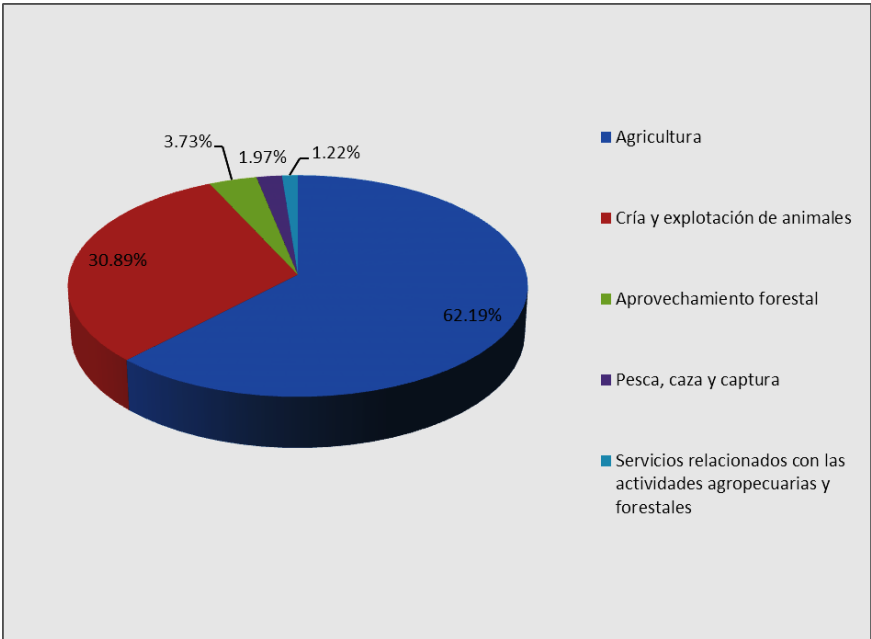
### **1.1.1 PIB de Actividades Primarias.**

Las actividades primarias son aquellas actividades dedicadas a la explotación de los recursos naturales, es decir, aquellas actividades que tienen como objetivo la explotación de los recursos no renovables, como son: la agricultura; la ganadería; el aprovechamiento forestal; la pesca y la caza; y los servicios relacionados con actividades agropecuarias y forestales.

El PIB de este sector está más enfocado a la agricultura y ganadería, como se muestra en el gráfico 1.1.1, dado que la agricultura aporta 62.19% de ésta actividad, mientras que la

ganadería lo hace con el 30.19%, lo que significa que éstas dos actividades son el pilar de este sector, puesto que entre ambas actividades acumulan el 93.08%.

**Gráfico 1.1.1. PIB Promedio del 2000-2014 de Actividades Primarias.**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI. (4° trimestre de 2015). Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

### 1.1.2 PIB de Actividades Secundarias.

Las actividades secundarias son aquellas actividades dedicadas a la transformación de bienes, es decir, aquellas actividades que tienen como objetivo la transformación de los recursos renovables y no renovables, como son: la minería; la electricidad, el agua y suministro de gas por ductos al consumidor final; la construcción, y las industrias manufactureras.

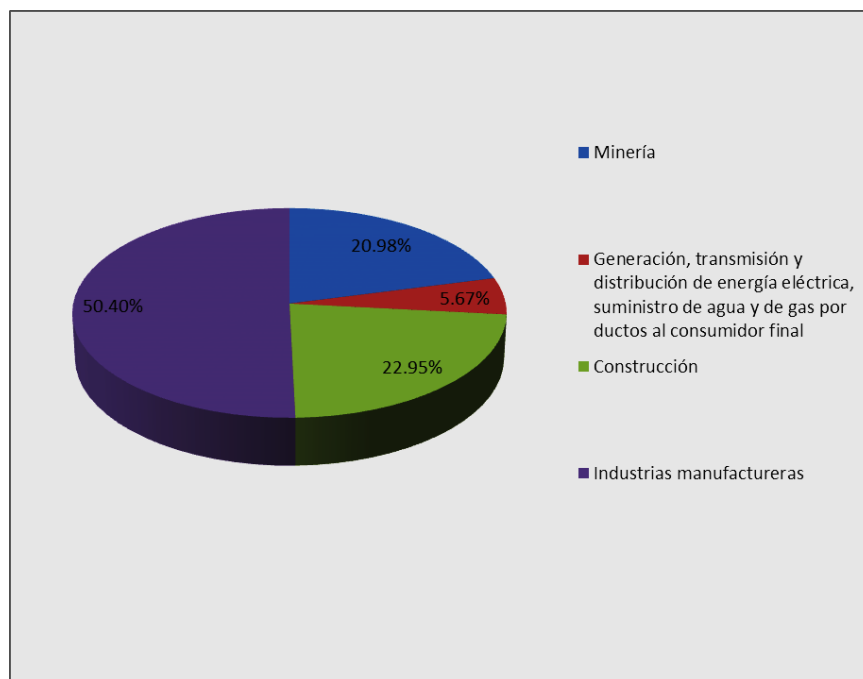
Las industrias manufactureras es la principal actividad de este sector, como se observa en el gráfico 1.1.2, que representa el 50.40% del PIB de ésta actividad, visto que las industrias manufactureras tienen una infinidad de industrias, como son: la industria de alimentaria, la industria de productos lácteos, la industria de bebidas, la industria de calzado, la industria de prendas de vestir, la industria de productos farmacéuticos, la industria de productos de limpieza, la industria automotriz, etcétera.

La construcción es muy importante para este sector, porque aporta el 22.93%, es decir, que la construcción, ampliación o remodelación de un departamento, casa, edificio, zona comercial, etcétera; representa un papel trascendental para las familias y empresas, porque sin ella no tendría un lugar en donde vivir o realizar las operación para los negocios.

En el caso de la minería es el tercer pilar de este sector, porque tiene una participación del 20.98% de la producción de ésta actividad, lo que significa que la extracción de petróleo y gas natural son las actividades más importantes de la minería. También extracción de petróleo y gas natural es muy importante para la población, porque sin ello, no podrían realizar sus actividades cotidianas, como es la preparación de sus alimentos.

En resumen, las industrias manufactureras, la construcción y la minería, son los pilares para el bienestar de la población, porque la industria manufacturera es la encargada de abastecer a la población de productos para su alimentación, vestido y medios de transporte; mientras que la minería es la encargada de abastecer a la población de combustible, como es la gasolina y el gas natural, para la trasladarse de un lugar a otro, y para la preparación de sus alimentos; y por último, la construcción es la encargada de abastecer a la población de un lugar en donde vivir o trabajar.

### Gráfico 1.1.2. PIB Promedio del 2000-2014 de Actividades Secundarias.



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI. (4° trimestre de 2015). Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

### 1.1.3 PIB de Actividades Terciarias.

Las actividades terciarias son aquellas actividades dedicadas a la prestación de un servicio, como son: el comercio; los transportes, correos y almacenamiento; la información en medios masivos; los servicios financieros y de seguros; los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles; los servicios profesionales, científicos y técnicos; los corporativos; los servicios de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación; los servicios educativos; los servicios de salud y de asistencia social; los servicios de esparcimiento, culturales y deportivos, y otros servicios recreativos; los servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas; otros servicios excepto actividades del gobierno; y las actividades del gobierno y de organismos internacionales y extraterritoriales.

El comercio es la principal actividad de este sector, porque aporta el 24.67% de esta actividad, como lo muestra el gráfico 1.1.3.

El comercio está compuesto por: la compra y venta bienes de consumo intermedio, como son los bienes de capital, materias primas y suministros utilizados en la producción, y bienes de consumo final.

De tal manera que el comercio es una actividad muy importante para las grandes empresas, porque por medio de esta profesión, realizan la comercialización de sus productos; mientras que para las familias es también muy importante, porque por medio de esta ocupación generan los recursos para su sustento.

Los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles, es muy importante para este sector, porque representa el 20.13% del sector, como lo muestra el gráfico 1.1.3.

Los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles se dedican al alquiler de bienes muebles e intangibles.

Los bienes muebles es el alquiler de: casas, locales comerciales, teatros y otras edificaciones, así como al alquiler de terrenos y a los servicios relacionados con los servicios inmobiliarios.

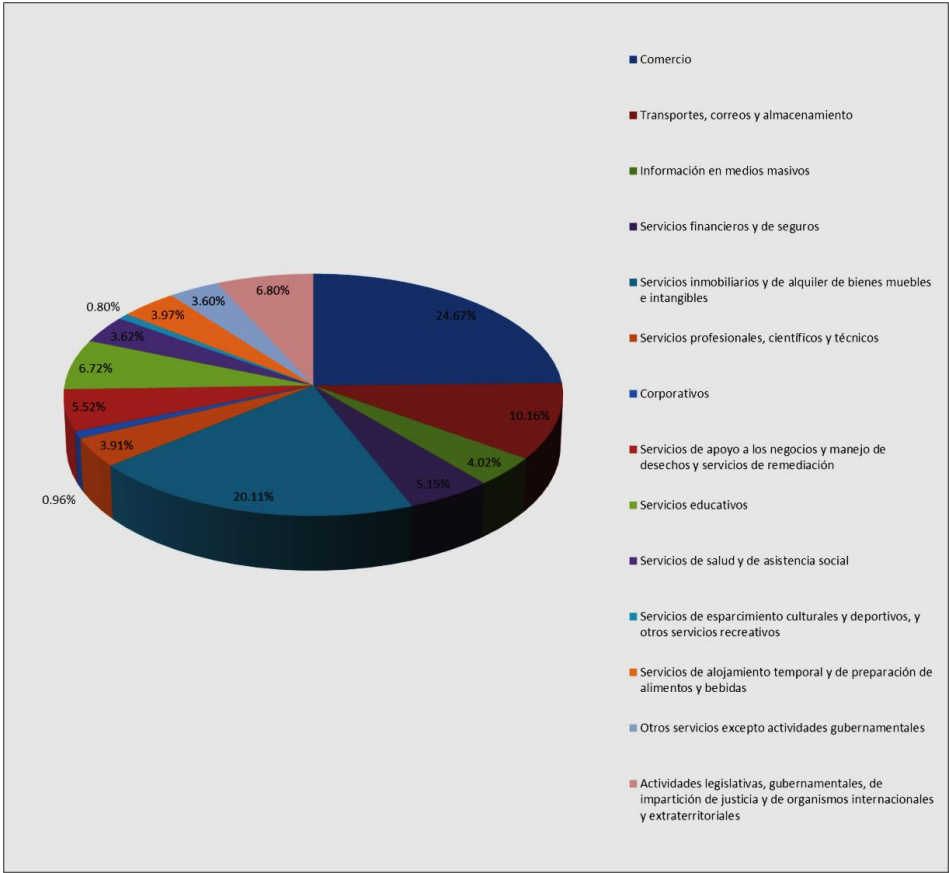
Mientras que los bienes intangibles es el alquiler de: bienes muebles en combinación con el arrendamiento financiero, así como el alquiler de marcas registradas, patentes y franquicias, los bienes alquilados.

La actividad inmobiliaria es una profesión muy importante para las familias y empresas. Para el caso de las familias es importante para la renta de un lugar en donde vivir, mientras que para las empresas es muy importante para realizar sus actividades comerciales.

Es importante conocer a cuánto asciende los servicios de salud, porque el tema de tesis se relaciona con el sector salud.

El gráfico 1.1.3, muestra que los servicios de salud y asistencia social aporta 3.62%, que es una cifra muy pequeña en comparación de los servicios educativos que representan el 6.72%, hacemos ésta comparación, porque la Salud y la educación, son los servicios más importantes para que la población se desarrolle. Así que la Salud es una de las actividades que aportan menos al PIB de este sector, sólo por encima de los corporativos y servicios de esparcimiento.

**Gráfico 1.1.3. PIB Promedio del 2000-2014 de Actividades Terciarias.**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI. (4° trimestre de 2015). Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

### 1.1.4 PIB del Sector Salud.

Antes de iniciar con el PIB del sector salud, es necesario saber el concepto de lo que es la salud: condición de bienestar de una persona que se caracteriza de no tener ningún padecimiento, ya sea físico, mental o social.

La Ley General de Salud (2016)<sup>1</sup> en el Artículo 1º Bis menciona que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; por lo que significa que la salud es la plena vida del ser humano.

Los servicios de salud, según la Ley General de Salud (2016) en el Artículo 24, estos se clasifican en: de atención médica; de Salud pública, y de asistencia social.

Según la Ley General de Salud (2016) en el Artículo determina que la atención médica, es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Los servicios en atención médica se clasifican en (LGS, 2016, Artículo 33):

- “Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad.
- Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario”.

---

1 Ley General de Salud (LGS) (Diario Oficial de la Federación 1 de Junio de 2016).



La salud pública, según la Ley General de Salud (2016) en el Artículo 35 determina que los servicios públicos, son los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, en consecuencia las instituciones que ofrecen la salud pública son: el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, SEDENA, los centros de salud de los estados, etcétera.

La asistencia social, según la Ley de Asistencia Social (2014)<sup>2</sup> en el Artículo 3º, dicta que la asistencia social, es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva; por lo cual, la Cruz Roja, los comedores comunitarios, las fundaciones, etcétera, son un ejemplo de éstos servicios.

El PIB del sector salud está compuesto por: servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados; Hospitales; y Residencia de asistencia social y para el cuidado de la salud, otros servicios de asistencia social.

Es necesario conocer, cuál es la participación de cada una de estas ramas en este sector.

En el gráfico 1.1.4.1, muestra que los hospitales tienen el 52.64%, es decir, más de la mitad del sector, lo que significa que los servicios médicos con instalaciones para la hospitalización de los pacientes tienen mayor participación en este sector.

La pregunta es quiénes pueden proporcionar estos servicios, la respuesta es tanto el sector público como el sector privado, a través del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, en el sector público, mientras que el sector privado, es a través de los hospitales privados.

Los servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados, en el gráfico 1.1.4.1, muestra que representa el 44.02%, lo que significa que este servicio, es el segundo componente de este sector, porque su participación en el sector es muy significativa,

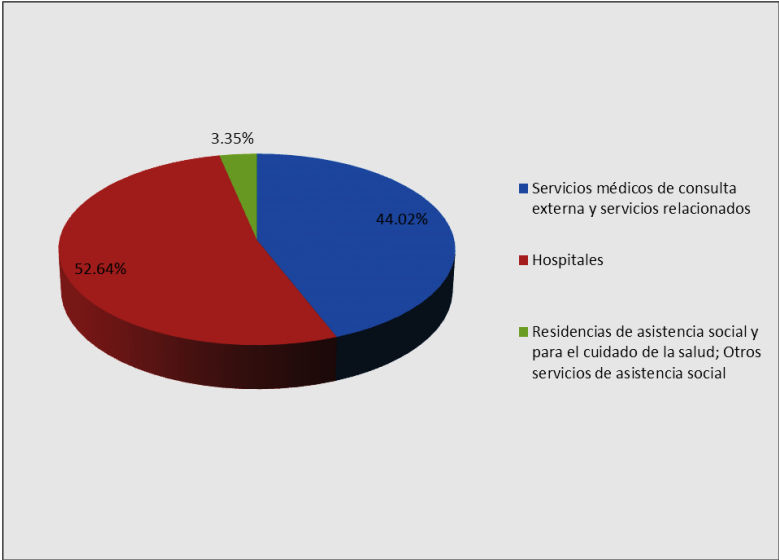
---

2 Ley de Asistencia Social (Diario Oficial de la Federación 19 de Diciembre de 2014).

además esta actividad también como el caso de los hospitales, lo puede proporcionar tanto el sector privado como el sector público, ya que engloba servicios médicos de consulta externa general o especializada, asimismo, servicios auxiliares al tratamiento médico y servicios para el cuidado de la salud.

La residencia de asistencia social y para el cuidado de la salud, otros servicios de asistencia social, sólo representa 3.35% del PIB de este sector, lo que significa que este servicio es muy reducido, esto se debe porque son servicios de cuidado a enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales; también engloba las personas con problemas de salud por abuso de substancias o con algún padecimiento mental, además de los ancianos, niños y discapacitados que no pueden valerse por sí mismos; de tal forma que este servicio lo puede proporcionar, tanto el sector público como el sector privado, a través de centro de rehabilitación, fundaciones, asilos, etcétera.

**Gráfico 1.1.4.1 PIB Promedio del 2000-2014 del Sector Salud.**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI. (4° trimestre de 2015). Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

Es necesario conocer la producción del sector salud, con el fin de saber los servicios más importantes que ofrece este sector.

El sector salud está compuesto por: impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud; servicios médicos de atención ambulatoria; centros y residencias para el cuidado de la salud y de asistencia social; actividades auxiliares del cuidado a la salud; servicios hospitalarios; administración de la salud pública; bienes para el cuidado de la salud; comercio de bienes relacionados con la salud; seguros médicos privados; investigación y desarrollo para el cuidado de la salud; formación de personal para el sector salud; otros servicios relacionados al cuidado de la salud; y bienes para el cuidado de la salud conexos.

En el gráfico 1.1.4.2, muestra que los servicios hospitalarios representan el 25.84%, lo que engloba actividades dedicadas a servicios médicos generales, psiquiátricos, para el tratamiento de abuso de sustancias y especialidades; lo que significa que esta actividad es muy importante para este sector, dado que la población tiene necesidad de éstos servicios para el tratamiento de sus enfermedades, más aún en las enfermedades crónicas que necesitan de médicos especialistas.

Los servicios médicos de atención ambulatoria aportan 21.07% de este sector, lo que engloba consultorios médicos, consultorios dentales y otros consultorios para el cuidado de la salud.

Esto significa que la población hace uso de éstos servicio muy frecuentemente, porque cuando se encuentran enfermos, tienen que acudir al médico, lo que significa el uso de consultorios médicos.

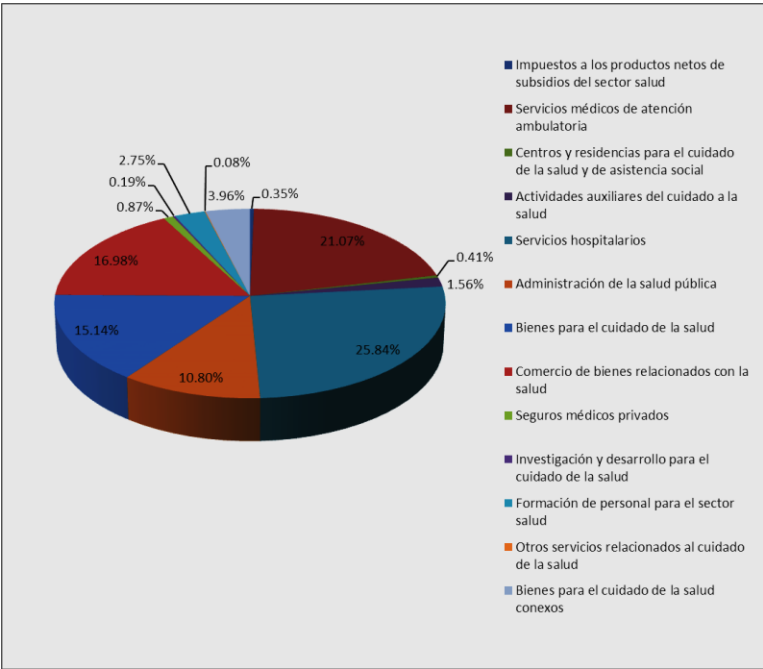
En el caso de que las personas que tenga una dolencia en sus dentaduras o requieran de una revisión periódica, tienen que acudir al dentista.

La tercer actividad más importante de este sector, es el comercio de bienes relacionados con la salud, que engloba todos los establecimientos de venta y compra de bienes relacionados con la salud, es decir, los productos que ofrecen las farmacias en todo el país, como son: medicamentos, guantes de látex, tapabocas, etcétera.

La cuarta actividad más importante para este sector, son los bienes para el cuidado de la salud, que representa el 15.14% de este sector, que engloba la fabricación de medicamentos, lentes y materiales de curación; que son proporcionados por los grandes laboratorios químicos.

También es pertinente conocer la participación que tienen los seguros médicos privados. En el gráfico 1.1.4.2 muestra que su participación en este sector es de 0.87%, que es una participación muy pequeña, por esta razón, el seguro médico privado no ha podido posicionarse en la elección de la población, porque la población no está acostumbrada a contratar seguros médicos privados, además lo consideran como un gasto innecesario.

**Gráfico 1.1.4.2 Producción Promedio del Sector Salud.**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI. (s.f.). *Banco de Información Económica (BIE)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/> > Estadísticas> Bancos de datos/Banco de Información Económica (BIE)> Cuentas nacionales> Cuenta satélite del sector salud de México base 2008> A precios corrientes> Producto Interno Bruto a precios de mercado> Total de la producción del sector salud.

## 1.2 Seguridad Social.

Para iniciar con el tema de seguridad social, es pertinente precisar que es la seguridad social: un conjunto de mecanismos que tiene como “finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo” (LSS, 2014, Artículo 2)<sup>3</sup>.

En México existen diferentes instituciones que ofrecen seguridad social, estas son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM); y Seguro Popular.

Aunque esta última no es una institución que preste seguridad social, sino es una política del gobierno federal para aquellos que no están afiliadas a ninguna institución de seguridad social.

Para nuestro análisis, es necesario saber qué porcentaje de la población está afiliada a cada una de las diferentes instituciones de seguridad social y el Seguro Popular.

En el gráfico 1.2.1 muestra que el Seguro Popular, es la institución con mayor número de afiliados, porque representa el 34.70%, esto se debe gracias a la facilidad que tiene la población para poder afiliarse a esta institución.

El IMSS es la segunda institución con más afiliados, dado que representan el 33.74%, esto significa que hay un mayor número de personas trabajando para el sector privado.

El ISSSTE es la tercera institución con más afiliados, porque representa el 5.21% de la población, esto significa que las personas que laboran en el gobierno, es menor que las que laboran en el sector privado.

---

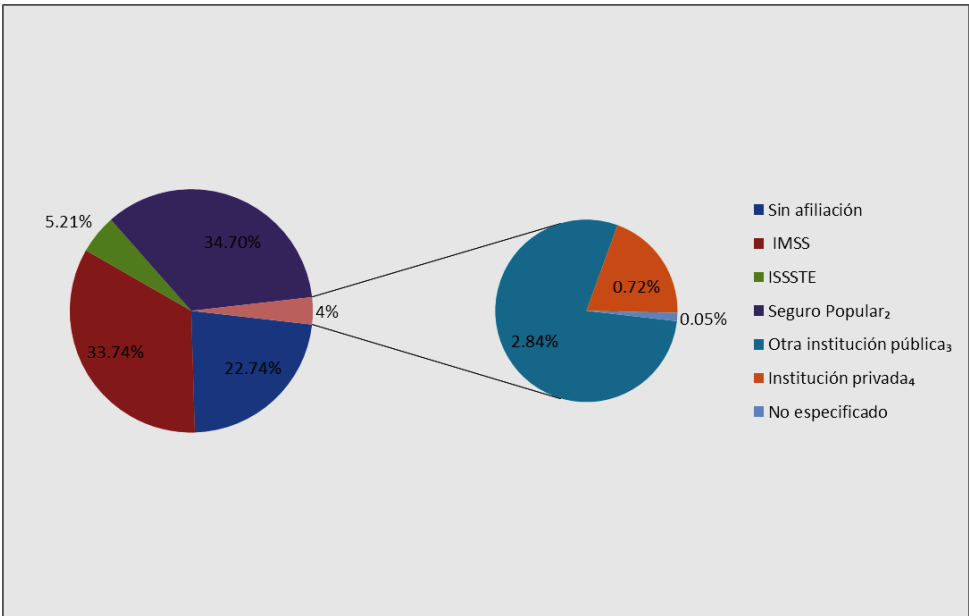
3 Ley del Seguro Social (LSS) (Diario Oficial de la Federación 2 de Abril de 2014).

El gráfico 1.2.1, muestra que el número de afiliado a otras instituciones públicas diferentes de las ya mencionadas, sólo representa el 2.84% de la población total, esto engloba tanto a PEMEX, ISSFAM y los centros de salud de las municipios y entidades federativa; esto se debe porque éstas instituciones tienen menor personal, como es el caso de PEMEX.

Es importante conocer qué porcentaje de la población no tiene servicio médico.

En el gráfico 1.2.1, muestra que el 22.74% de la población, no están afiliadas a ninguna institución pública, esto representa que casi una cuarta parte de la población no tienen acceso al servicio médico, por lo que ésta población decide acudir a la medicina tradicional o a la automedicación, en caso de una dolencia o enfermedad, dado que las personas que acuden a servicio privado o contratan un seguro médico solo representan el 0.72%.

**Gráfico 1.2.1 Porcentaje de la Población Total, según Condición de Afiliación y Tipo de Institución<sup>1</sup>, Julio-Agosto 2013.**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 33.

Del gráfico anterior se hacen las siguientes acotaciones:

<sup>1</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.

<sup>2</sup> Afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación).

<sup>3</sup> Afiliados de PEMEX, SEDENA, SEMAR, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.) y otras instituciones del sector público.

<sup>4</sup> Población que adquirió el derecho a prestaciones y servicios médicos en instituciones privadas contratadas por el empleador o en forma personal mediante prepago.

Es pertinente saber las coberturas de seguridad social que ofrecen cada una de las instituciones públicas.

El IMSS es un “organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado” (LSS, 2014, Artículo 5).

La cobertura de seguro social del IMSS es a través de dos regímenes: “obligatorio y voluntario” (LSS, 2014, Artículo 6).

El régimen obligatorio se considera a los “trabajadores asalariados, con una relación laboral permanente o eventual, los socios de sociedades cooperativas, así como las personas que determine el Ejecutivo Federal” (LSS, 2014, Artículo 12), que tienen acceso a los siguientes seguros: “riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales” (LSS, 2014, Artículo 11).

Mientras el régimen voluntario es aquella en que el trabajador dejó de trabajar en la empresa privada pero requiere estar cotizando en el IMSS o requiere de la cobertura de salud del IMSS, para estos casos, podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio, aquellas personas que laboren en las siguientes actividades:

“Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados; los trabajadores domésticos; los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social” (LSS, 2014, Artículo 13).

Es importante saber qué porcentaje acude al IMSS de sus afiliados y en el caso de que no lo hagan, donde acuden.

En el siguiente gráfico, se observa que de los afiliados al IMSS sólo acuden el 49.53%, esto significa que prácticamente de cada 100 afiliado al IMSS sólo acuden 50 afiliados.

Por otra parte, que pasa con la mitad de los afiliados del IMSS que no acuden a ésta institución, en el gráfico 1.2.2 muestra que el 35.23%, no acude a ninguna institución, o sea, prefiere acudir a la medicina tradicional, principalmente en las zonas marginales de nuestro país.

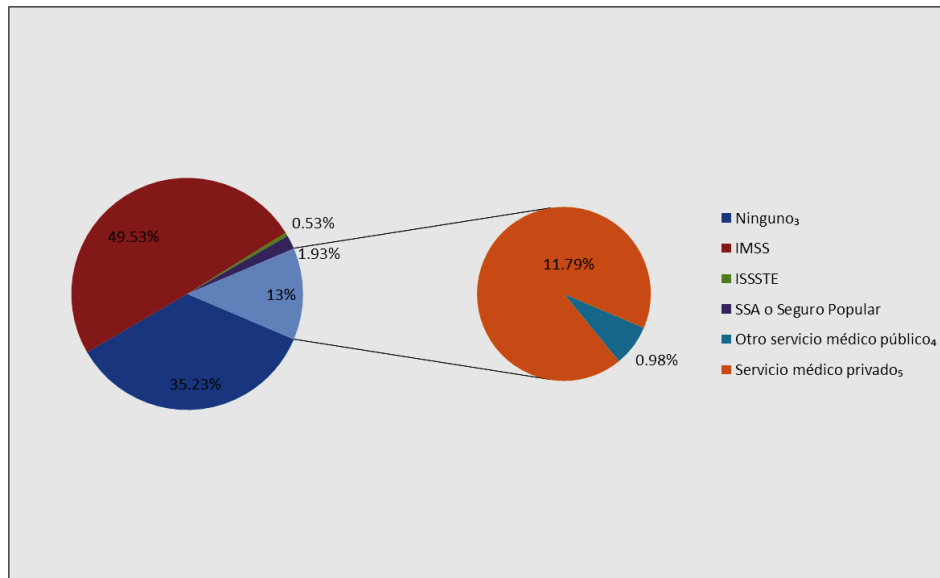
El resto de los afiliados que no acuden al IMSS, contrata un seguro médico privado, que representa el 11.79%, que puede ser un seguro médico privado de bolsillo o de prepago.

En el gráfico 1.2.2 se observa que porcentaje de los afiliados del IMSS que acuden al Seguro Popular, representando el 1.93%, que no es tan significativo.

En resumen, los afiliados del IMSS, sólo el 49.53% acude al IMSS, mientras que los demás, acuden a la medicina tradicional o se automedican con el 35.23%, al seguro médico privado el 11.79%, al Seguro Popular el 1.93%, a PEMEX o ISSFAM el 0.98% y por último al ISSSTE el 0.53%.



**Gráfico 1.2.2 Porcentaje de la Población Afiliada al IMSS, según Condición de Asistencia y Tipo de Servicio Médico al que Acudió más Frecuentemente en el Último Año, Mayo- Junio 2013.**



Fuente: Elaboración Propia con datos: INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 34.

Del gráfico anterior se hacen las siguientes acotaciones:

- <sup>1</sup> Población que declaró asistir al menos a un tipo de servicio médico, en los últimos 12 meses.
- <sup>2</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.
- <sup>3</sup> Incluye a las personas que acudieron a los servicios de yerbero, curandero, comadrona y a los que se automedicaron o fueron con un empleado de farmacia.
- <sup>4</sup> Servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.), PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público.
- <sup>5</sup> Incluye servicios médicos privados en cualquier nivel de atención adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

El ISSSTE al igual que el IMSS, su cobertura es a través del régimen voluntario y obligatorio.

El régimen voluntario cubre los siguientes seguros: “de salud (comprende: Atención médica preventiva; Atención médica curativa y de maternidad, y Rehabilitación física y mental); de

riesgos del trabajo; de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y de invalidez y vida” (LISSSTE, 2016, Art. 3)<sup>4</sup>.

En el caso del régimen obligatorio del ISSSTE, consiste en que el “trabajador que deje de prestar sus servicios en alguna dependencia o entidad y no tenga la calidad de pensionado, podrá solicitar la continuación voluntaria en todos o alguno de los seguros del régimen obligatorio, con excepción del seguro de riesgos del trabajo y, al efecto, cubrirá íntegramente las Cuotas y Aportaciones que correspondan conforme a lo dispuesto por el régimen financiero de los seguros en que desee continuar voluntariamente.

Las Cuotas y Aportaciones se ajustarán anualmente de acuerdo con los cambios relativos que sufra el Sueldo Básico en la categoría que tenía el interesado en el puesto que hubiere ocupado en su último empleo.

Para el caso del seguro de salud se requiere que el trabajador acredite haber laborado, cuando menos, cinco años en alguna Dependencia o Entidad incorporada al Instituto. El pago de las Cuotas y Aportaciones se hará por bimestre o anualidades anticipados” (LISSSTE, 2016, Artículo 200).

Es importante conocer qué porcentaje de los afiliados al ISSSTE utilizan su servicio médico.

En el gráfico 1.2.3 muestra que de los afiliados al ISSSTE sólo acuden el 54.10% a su servicio médico, esto quiere decir, que más de la mitad de sus afiliados utilizan su servicio médico.

Se requiere conocer que está ocurriendo con los afiliados que no acuden al ISSSTE.

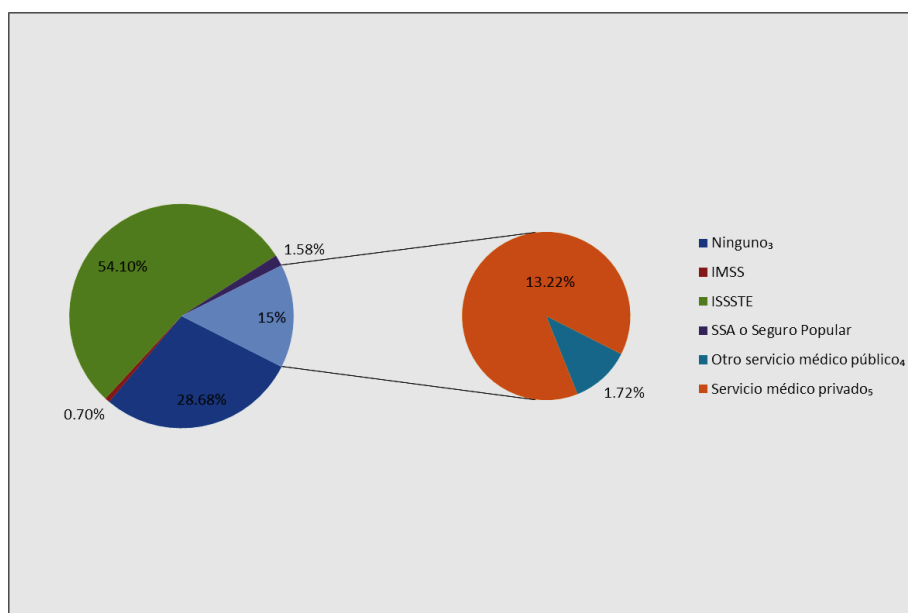
En el gráfico 1.2.3, muestra el 28.68% de sus afiliados no acuden a ninguna institución pública, sino que acuden a la medicina tradicional o a la automedicación, mientras que un 13.22% de sus afiliados prefieren el servicio médico privado, ósea, prefieren acudir a servicios privados o a la contratación de seguros médico, ya sea SGMM o ISES.

---

4 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE) (Diario Oficial de la Federación 24 de Marzo de 2016).

Por otra parte, sólo el 1.58% acuden al Seguro Popular, esto se debe porque los afiliados al ISSSTE consideran un mejor servicio el proporcionado por la medicina tradicional y el sector privado, que el Seguro Popular.

**Gráfico 1.2.3. Porcentaje de la Población Afiliada al ISSSTE, por Condición de Afiliación y Tipo de Institución<sup>2</sup>, según Condición de Asistencia y tipo de Servicio Médico<sup>1</sup> al que Acudió más Frecuentemente en el Último Año.**



Fuente: Elaboración Propia con datos: INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 34.

Del gráfico anterior se hacen las siguientes acotaciones:

- <sup>1</sup> Población que declaró asistir al menos a un tipo de servicio médico, en los últimos 12 meses.
- <sup>2</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.
- <sup>3</sup> Incluye a las personas que acudieron a los servicios de yerbero, curandero, comadrona y a los que se automedicaron o fueron con un empleado de farmacia.
- <sup>4</sup> Servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.), PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público.
- <sup>5</sup> Incluye servicios médicos privados en cualquier nivel de atención adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

Con respecto al servicio de seguridad social que presta PEMEX, es muy diferente a los casos anteriores, en este caso “los afiliados tienen acceso a servicios médicos, prestaciones en caso de enfermedad, accidente o muerte, así como jubilaciones. También cuentan con prestaciones relativas a la vivienda, en el caso de aquellos que cuentan con un contrato colectivo de trabajo, e incluso se contemplan apoyos muy particulares como la atención odontológica.

Una particularidad de esta institución es que es factible que el trabajador se atienda en instituciones de salud privadas cuando se requiera; y el costo de esta atención médica, así como las medicinas corre a cargo de la paraestatal” (INEGI e IMSS, 2014a, p. 8)<sup>5</sup>.

El servicio de seguridad social que presta el ISSFAM, es exclusivamente para los miembros del ejército, ya sea a la Secretaría de Marina Armada de México (SEMAR) o a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

El servicio de salud del ISSFAM se fundamenta en atención médico-quirúrgica, es decir, en un “sistema por el cual se trata de conservar y preservar la salud de las personas, entendiéndose por este concepto no sólo el bienestar físico y mental, sino también la ausencia de enfermedad” (LISSFAM, 2015, Artículo 142)<sup>6</sup>.

También la atención médico-quirúrgica “incluye además, la asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria y, en su caso, obstetricia, prótesis y ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como la medicina preventiva y social y la educación higiénica” (LISSFAM, 2015, Artículo 145).

El ISSFAM incluye de los siguientes beneficios: “Haber de retiro; Pensión; Compensación; Pagos de defunción; Ayuda para gastos de sepelio; Fondo de trabajo; Fondo de ahorro; Seguro de vida; Seguro colectivo de retiro; Venta de casas y departamentos; Ocupación temporal de casas y departamentos, mediante cuotas de recuperación; Préstamos hipotecarios y a corto plazo; Tiendas, granjas y centros de servicio; Servicios turísticos;

---

5 INEGI e IMSS. (2014a). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS documento metodológico*.

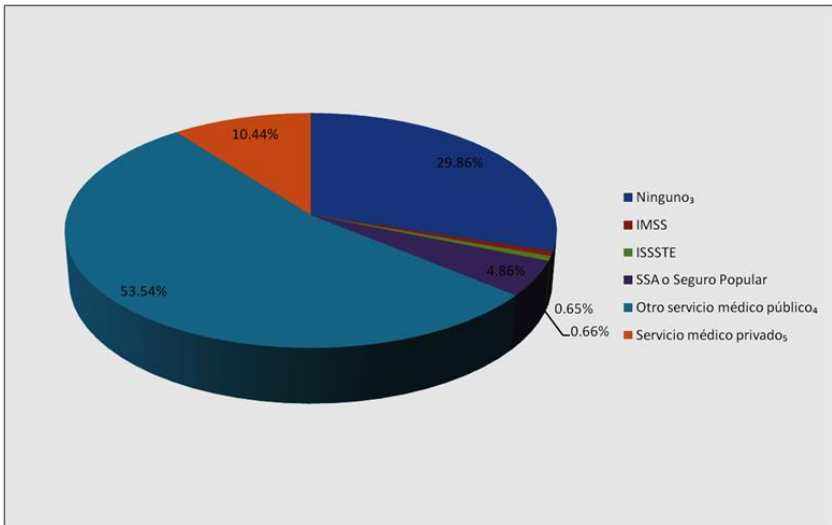
6 Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM) (Diario Oficial de la Federación 27 de enero de 2015).

Casas hogar para retirados; Centros de bienestar infantil; Servicio funerario; Becas y créditos de capacitación científica y tecnológica; Centros de capacitación, desarrollo y superación para derechohabientes; Centros deportivos y de recreo; Orientación social; Farmacias económicas; Vivienda; Beca de manutención; Beca escolar, y Beca especial” (LISSFAM, 2015, Artículo 18).

El porcentaje de los afiliados a servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales, PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público, que acuden a su servicio médico representan el 53.54%, de acuerdo al gráfico 1.2.4.

De esta forma, se puede manifestar que en éstas instituciones, más de la mitad de sus afiliados acuden a su servicio médico, mientras que el resto lo realizan a través de diferentes medios, por ejemplo, la medicina tradicional que representa el 29.84%, la medicina prepagada con 10.44%, y el seguro popular con el 4.68%.

**Gráfico 1.2.4. Porcentaje de la Población Afiliada a otro Servicio Médico Público, por Condición de Afiliación y tipo de Institución<sub>2</sub>, según Condición de Asistencia y Tipo de Servicio Médico<sub>1</sub> al que acudió más Frecuentemente en el Último Año.**



Fuente: Elaboración Propia con datos: INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 34.

Del gráfico anterior se hacen las siguientes acotaciones:

- <sup>1</sup> Población que declaró asistir al menos a un tipo de servicio médico, en los últimos 12 meses.
- <sup>2</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.
- <sup>3</sup> Incluye a las personas que acudieron a los servicios de yerbero, curandero, comadrona y a los que se automedicaron o fueron con un empleado de farmacia.
- <sup>4</sup> Servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.), PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público.
- <sup>5</sup> Incluye servicios médicos privados en cualquier nivel de atención adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

El Seguro Popular se crea en 2004, con fin de proporcionar a la población sin afiliación a ninguna institución de seguridad social servicios de salud; es “un seguro médico, público y voluntario, que fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar. Además, ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre 249 padecimientos, y a los medicamentos asociados a dichos padecimientos. Estos últimos están clasificados en 9 conglomerados o grupos de servicios: a) Acciones de detección y prevención para toda la familia; b) Medicina Ambulatoria; c) Odontología; d) Salud Reproductiva; e) Embarazo, parto y recién nacido; f) Rehabilitación; g) Hospitalización; h) Urgencias; e i) Cirugía” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, s.f., p.2)<sup>7</sup>.

Se requiere conocer qué porcentaje de los afiliados al Seguro Popular lo utilizan, ya que dependiendo de la proporción, podemos concluir si este programa de salud está funcionando o no.

En el gráfico 1.2.5, muestra que de los afiliados al Seguro Popular sólo lo utilizan el 55.63%, este es un porcentaje mediano, dado que este programa de salud es para aquellas personas que no tiene un servicio de salud pública.

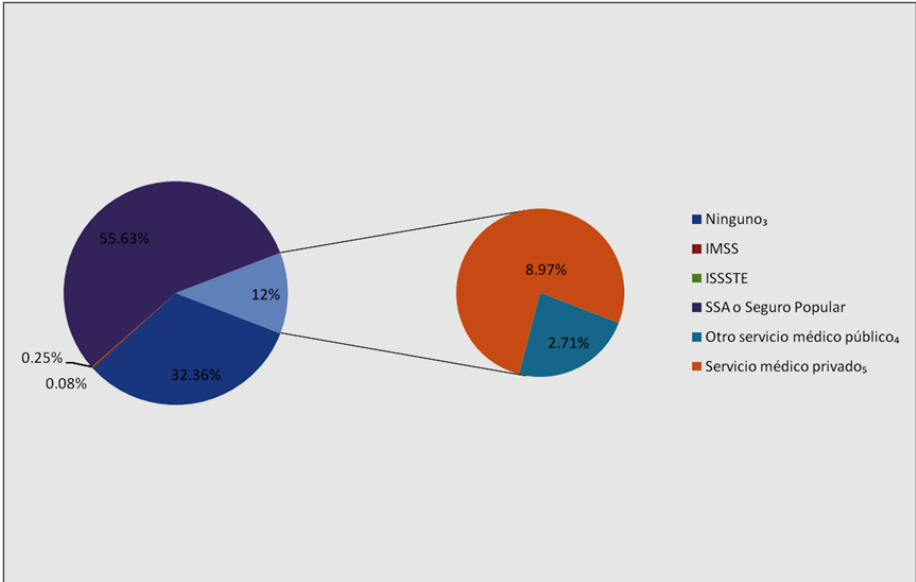
---

<sup>7</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (s.f.). *Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado el 1 de Octubre de 2016, de [http://www.salud.gob.mx/transparencia/infom\\_adicional/InfoGralSP.pdf](http://www.salud.gob.mx/transparencia/infom_adicional/InfoGralSP.pdf).

También se debe considerar que el Seguro Popular no ha logrado impactar a la población no afiliada a ninguna institución pública de salud, debido a que esta población tiene la desconfianza del tipo de servicio que ofrece el Seguro Popular, por lo que prefieren acudir a otra instancia, ya sea a otra institución pública, servicio médico privado o a la medicina tradicional.

El gráfico 1.2.5 muestra que esta población que no acude al Seguro Popular, los cuales prefieren acudir a la medicina tradicional o la automedicación con el 32.36%, esto se puede observar en las zonas marginales del país, que sigue siendo la medicina tradicional la principal fuente de atención médica, también la automedicación sigue teniendo un papel muy importante en la atención médica más allá de campañas que realiza el gobierno en contra de estas prácticas.

**Gráfico 1.2.5. Porcentaje de la Población Afiliada al Seguro Popular, por Condición de Afiliación y tipo de Institución<sub>2</sub>, según Condición de Asistencia y Tipo de Servicio Médico<sub>1</sub> al que Acudió más Frecuentemente en el Último Año.**



Fuente: Elaboración Propia con datos: INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 34.

Del gráfico anterior se hacen las siguientes acotaciones:

- <sup>1</sup> Población que declaró asistir al menos a un tipo de servicio médico, en los últimos 12 meses.
- <sup>2</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.
- <sup>3</sup> Incluye a las personas que acudieron a los servicios de yerbero, curandero, comadrona y a los que se automedicaron o fueron con un empleado de farmacia.
- <sup>4</sup> Servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.), PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público.
- <sup>5</sup> Incluye servicios médicos privados en cualquier nivel de atención adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

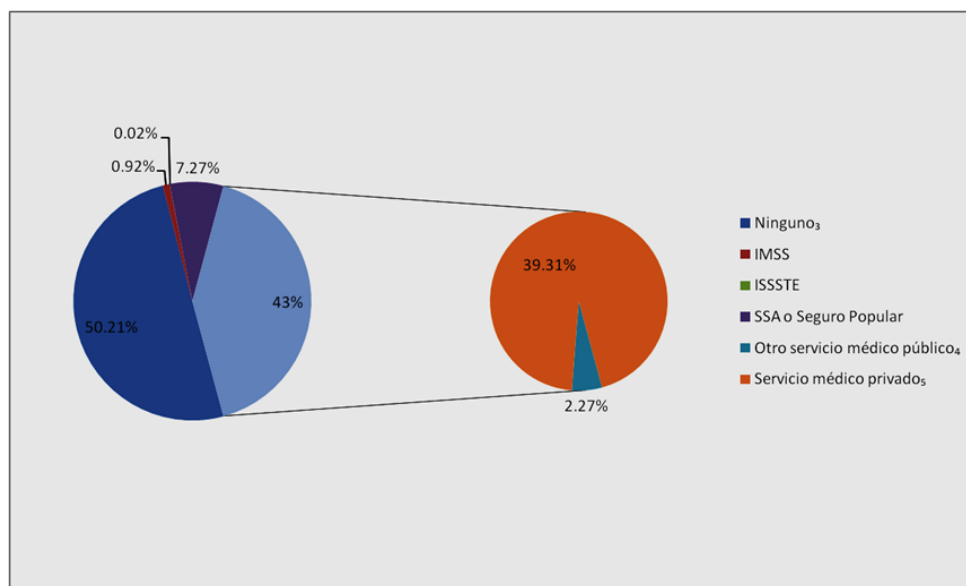
Es necesario mencionar que ocurre con las personas que no cuentan con ninguna protección de salud pública, como se muestra en el gráfico 1.2.6.

De modo que ésta población recurre a la medicina tradicional con el 50.21%, mientras que el 39.31% acuden a servicios médicos privados, por último, el 2.27% acuden a servicios médicos proporcionados por los gobiernos estatales y municipales como son los centros de salud, visto que este servicio no necesitan estar afiliados para ser atendidos.

La población que cuenta con protección de salud pública, acude principalmente alrededor del 50% de sus afiliados, mientras que la parte restante, prefieren acudir a la medicina tradicional o al servicio médico privado.



**Gráfico 1.2.6. Porcentaje de la Población sin Afiliación, por Condición de Afiliación y Tipo de Institución<sup>2</sup>, según Condición de Asistencia y tipo de Servicio Médico<sup>1</sup> al que Acudió más Frecuentemente en el Último Año.**



Fuente: Elaboración Propia con datos: INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 34.

Del gráfico anterior se hacen las siguientes acotaciones:

- <sup>1</sup> Población que declaró asistir al menos a un tipo de servicio médico, en los últimos 12 meses.
- <sup>2</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.
- <sup>3</sup> Incluye a las personas que acudieron a los servicios de yerbero, curandero, comadrona y a los que se automedicaron o fueron con un empleado de farmacia.
- <sup>4</sup> Servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.), PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público.
- <sup>5</sup> Incluye servicios médicos privados en cualquier nivel de atención adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

### 1.3 Administradoras de Salud.

Las Administradoras de Salud son aquellas que ofrecen servicios integrales de salud, las cuales operaron hasta 1999, a causa de las modificaciones de los artículos 7º y 8º de la Ley

General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), se convirtieron en Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES).

Éstas Administradoras de Salud tenían las siguientes coberturas (Gerzso Rivera, 1997, pp. 15 y 16)<sup>8</sup>:

- “Cuarto y alimentos. Este beneficio podía otorgarse por períodos de 31,60, 90 o 120 días, a opción del solicitante, y cuando este, como asegurado y por la naturaleza de la enfermedad que sufre, fuese internado en algún hospital o sanatorio.
- Intervención quirúrgica. Mediante este beneficio la compañía reembolsa los honorarios del cirujano y ayudantes erogados a consecuencia de una intervención quirúrgica, hasta el límite establecido. Este beneficio podrá ser contratado con catálogo.
- Gastos extras. Teniendo como límite el establecido en la póliza, se reembolsaba al asegurado únicamente el costo de los gastos estipulados en el endoso correspondiente a este beneficio, siempre que este se encontrara internado a consecuencia de una enfermedad.
- Visitas médicas. Mediante esta cobertura la compañía reembolsaba al asegurado los honorarios por visitas médicas en sanatorio y hospital, durante su permanencia en el mismo y con máximo de 30 visitas a razón de una diaria, siempre que no hubiera sido intervenido quirúrgicamente y sin que haya excedido la cantidad diaria contratada.
- Subsidio diario por enfermedad. Este beneficio solo se podía vender si se tenía contratado el subsidio diario por accidente, por períodos máximos de pago 1 o 2 años, a opción del solicitante, y por períodos de espera de 7, 14, 31, o 62 días”

Sin embargo, para ser asegurado por éstas Administradoras de Salud se requería que “las personas gozaran de buena salud de 30 días a 55 años de edad si se trataban de pólizas iniciales, en la renovación, esta edad se ampliaba a 59 años.

---

8 Gerzso Rivera, F. (1997). *Gastos Médicos Mayores en México pasado, presente y futuro*. México: Editorial Prado.

Para efectos del subsidio diario, la edad mínima era de 12 años, tratándose de los hijos, los mayores de 30 días y menores de 18 años que fueran solteros y dependieran económicamente del contratante también podían asegurados en los incisos a) al d), dentro de la póliza aquellas personas que vivían con el contratante, que no tuvieran remuneración por su trabajo y estuvieran dentro de los límites de aceptación y asegurabilidad” (Gerzso Rivera, 1997, p. 15).

Las Administradoras de Salud también contenían exclusiones, éstas eran (Gerzso Rivera, 1997, pp. 15 y 16):

- “Enfermedades preexistentes.
- Maternidad, tratándose de parto normal o aborto.
- Amigdalitis, asenoiditis, hernias, circuncisiones, hemorroides o cualquier proceso fisiológico-patológico que afectara los órganos genitales de la mujer.
- Tratamientos dentales, gingivales o alveolares, cualquiera que sea su origen.
- Tratamiento médico o quirúrgico para esterilización o control de la natalidad.
- Exclusiones que figuraban en los endosos anexos en las pólizas”.

“Las empresas administradoras de servicios de salud se enfrentaban a la problemática de cuidar la salud de los asegurados y brindarles un servicio de calidad que les garantice mantener y restaurar su estado de salud, utilizando para esto, un instrumento financiero” (Gerzso Rivera, 1997, p. 79).

Por lo tanto, las administradoras de servicios de salud desarrollaron diferentes estrategias, entre las cuales están: “desarrollo de redes de proveedores médicos, asistencia telefónica, supervisión en el proceso de la atención médica, módulos de atención hospitalaria, pago directo, entre otros” (Gerzso Rivera, 1997, p. 79).

La red de proveedores funcionaba de la siguiente manera: “para la atención de un evento programado, el asegurado deberá solicitar la asesoría de la empresa administradora, en donde se le especificará si el evento se encuentra amparado por su póliza, los gastos no cubiertos, los hospitales y médicos en convenio, los formatos que se debe llenar, y se le entregará el formato de autorización para ingresar al hospital” (Gerzso Rivera, 1997, p. 80).

Ésta red de proveedores, tiene las siguientes ventajas para el médico, paciente y para la administradora de salud” (Gerzso Rivera, 1997, pp. 79 y 80):

- “Al médico y hospital la garantía de un pago justo y oportuno, acordado por las partes previamente.
- Al paciente la posibilidad de recibir atención médica sin tener que sufrir el impacto económico.
- A la administradora la posibilidad de poder dar el servicio que requiere el asegurado con la garantía de la calidad de atención médica que proporciona su red”.

Las Administradoras de Salud funcionaban como el “Managed Health Care”, que lo veremos más adelante, que tiene una relación paciente-médico.

Las Administradoras de Salud ofrecían sus productos tanto a las empresas privadas para la protección de sus trabajadores, así como a las personas que requerían de un servicio integral de salud, porque las Administradoras de Salud supuestamente contaban con una infraestructura propia y redes de proveedores, pero “comenzaron a organizarse y a adquirir compromisos que iban más allá de sus capacidades, lo cual originó la quiebra de algunas “administradoras” y el constante retraso de pagos a sus proveedores, de las que lograron sobrevivir” (Lara Di Lauro, 2002)<sup>9</sup>.

Las aseguradoras de Gastos Médicos Mayores empezaron a incursionar en servicios de salud integral, de esta forma, consideraron que las administradoras realizaban una

---

9 Lara Di Lauro, E. (Octubre-Diciembre de 2002). Las ISES a dos años de su creación. *Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.* (16).

competencia desleal en prestación de servicios integrales de salud, puesto que las administradoras “estaban asumiendo riesgos, sin la correspondiente infraestructura y sin ser sometidas a la regulación correspondiente, lo cual les permitió ofrecer costos más bajos” (Lara Di Lauro, 2002).

De tal manera que había una competencia que favorecía a las Administradoras de Salud, dado que el precio de la prestación era menor, por ésta razón el gobierno contestó a esta demanda formulada por las aseguradoras, con las modificaciones de los Artículos 7º y 8º de la LGISMS, para transformar a las Administradoras de Salud en ISES.

Las Administradoras de Salud no pudieron lograr mantener una infraestructura médica estable, lo que generó la quiebra de algunas administradoras, a su vez, los SGMM empezaron a ofrecer servicios integrales de salud, la cual era más cara, pero con una mejor infraestructura, lo que generó que las exigencias de las aseguradoras se opusieran y lograrán que el gobierno modificara la LGISMS en los artículos 7º y 8º, lo que provocó que las administradoras fueran mejor reguladas y que se convirtieran en ISES.

## **1.4 Seguros de Salud.**

Los seguros de salud en México ha tenido una evolución a través del tiempo, desde su aparición con los Seguros de Accidentes de Personales, seguidos con los Seguros de Gastos Médicos Mayores y terminando con las Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES).

El surgimiento de las ISES se instauró a través de las Administradoras de Salud, por lo que se tuvo que modificar la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en sus artículos 7º y 8º, el cual entraría en vigor en 1999.

Esta modificación se dio con fin de fijar los siguientes objetivos: 1) que las nacientes ISES tuviera una mejor regulación, puesto que las Administradoras de Salud no tenía regulación alguna para sus operaciones, y 2) que una mayor parte de la población tuviera acceso a seguros privados de salud a través de las ISES.

En el primer objetivo se pudo lograr, gracias a la Reglas para la Operación del Ramo de Salud en el año 2000, mientras que el segundo objetivo no se pudo lograr de una forma completa, porque las seguros de salud no pudieron competir con los precios ofrecidos por los SGMM, de tal manera que los SGMM fueron aumentando sus asegurados de una manera paulatina y sostenible, mientras que las ISES no lograban posicionarse en el mercado de los seguros de salud, por falta de clientes.

Las Administradoras de Salud como las nacientes ISES tenían un gran parecido con el modelo estadounidense de salud llamado “Managed Health Care”, por lo tanto, es necesario conocer en que consiste cada uno de los modelos de salud privado, así pues, se mencionará en que consiste cada uno de ellos.

El modelo “Managed Health Care” que es el modelo estadounidense se caracteriza por lo siguiente (Carbajo Cascón, 2012, p. 43)<sup>10</sup>:

- “La asignación de un médico de cabecera que actúa como filtro o control previo indispensable para valorar el estado del asegurado y autorizar, en su caso, la atención por especialistas o la práctica de determinadas pruebas.
- El establecimiento de protocolos de actuación comunes a todos los centros y profesionales concertados, con la intención de racionalizar la gestión mediante criterios uniformes en la prestación de los servicios médicos.
- Crear sistemas de atención a distancia al asegurado, para evitar en lo posible que acuda a los servicios del cuadro médico y hospitalario.
- La implementación de sistemas de autorización previa para determinadas pruebas médicas prescritas por los facultativos, valorando su procedencia en términos de coste/beneficio a la vista del estado de salud que presente el paciente.

---

10 Carbajo Cascón, F. (2012). *La responsabilidad civil del asegurador de asistencia sanitaria*. España: Editorial Mapfre.

- Generar incentivos económicos para el médico de cabecera y para los especialistas, incrementando sus retribuciones con parte del ahorro que supone evitar prescribir tratamientos o pruebas innecesarios”

En el caso de las ISES que es el caso mexicano de los seguros de salud, ofrecen los siguientes servicios (Barrón, 2008, p. 23)<sup>11</sup>:

- “Acceso expedito a los servicios.
- Un trato respetuoso tanto a los servicios, como a su privacidad.
- Decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro.
- Comunicación en todo momento con su familia.
- Seguridad personal durante su atención tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias.
- A conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que la atienden y el responsable del equipo.
- A ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas”.

---

11 Barrón, L. (Noviembre-Diciembre de 2008). Una opción diferente en Salud privada: ISES (Instituciones de Seguros Especializadas de Salud) precios a la medida y atención de calidad. *Revista AMASFAC* (36).

### Cuadro 1.4 Similitudes de las ISES y Managed Health Care.

ISES	Managed Health Care
La implementación de sistemas de autorización previa para determinadas pruebas médicas prescritas por los facultativos, valorando su procedencia en términos de coste/beneficio a la vista del estado de salud que presente el paciente.	A ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas
La asignación de un médico de cabecera que actúa como filtro o control previo indispensable para valorar el estado del asegurado y autorizar, en su caso, la atención por especialistas o la práctica de determinadas pruebas.	Decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro.
El establecimiento de protocolos de actuación comunes a todos los centros y profesionales concertados, con la intención de racionalizar la gestión mediante criterios uniformes en la prestación de los servicios médicos.	A conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que la atienden y el responsable del equipo.

Fuente: Elaboración Propia en base: Carbajo Cascón, F. (2012). *La responsabilidad civil del asegurador de asistencia sanitaria*. España: Editorial Mapfre, y Barrón, L. (Noviembre-Diciembre de 2008). Una opción diferente en Salud privada: ISES (Instituciones de Seguros Especializadas de Salud) precios a la medida y atención de calidad. *Revista AMASFAC* (36).

Las ISES y el modelo Managed Health Care tienen varias similitudes, como es el caso de informar al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento que se le va aplicar. Otra similitud, es la lista de médicos especialistas que puede recurrir el paciente, en ésta lista muestra el grado de preparación de los especialistas, así como su honorabilidad.

Para el surgimiento de los seguros de salud, fue muy importante las modificaciones en los Artículos 7º y 8º de la LGISMS y los reglamente que surgieron después.



Asimismo, vemos las similitudes entre las ISES y modelo estadounidense “Managed Health Care”, particularmente la relación paciente-médico, que es muy importante para el tratamiento de enfermedades, debido a que el asegurado tendrá la confianza que quién le está realizando el tratamiento es un especialista en ramo

# Capítulo 2. La Globalización Financiera.

En este apartado se presenta que es la globalización financiera, y cuál ha sido su papel en el cambio esquemático del Sistema Financiero Mexicano, señalando cuales han sido las repercusiones que ha originado este proceso en las instituciones regulatorias del Sistema Financiero Mexicano, y finalmente como fue el proceso de globalización financiera para que surgieran las ISES.

La entrada de capital extranjero en el mercado asegurador jugó un papel muy importante en el proceso de desregulación financiera, además sentó las bases para la implementación del TLCAN.

La desregulación financiera pudiera empezar a partir de los diferentes ajustes que se fueron dando en el Sistema Financiero Mexicano, principalmente los cambios en las entidades regulatorias, porque algunos instrumentos financieros, como el seguro, no permitía la entrada del capital extranjero.

Estos cambios que se dieron en el Sistema Financiero Mexicano, fueron principalmente para mejorar la regulación de los instrumentos financieros y como anteriormente lo habíamos mencionado para la entrada del capital extranjero.

Un ejemplo de estos cambios que sufrió el Sistema Financiero Mexicano, lo encontramos con la creación de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR),

que tiene como misión regular las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), para el otorgamientos de las pensiones de los trabajadores jubilados.

Otro cambio importante que sufrió el Sistema Financiero Mexicano, fue la creación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con la finalidad de inspeccionar y vigilar la actividad de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, a través de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

## **2.1 Qué es la Globalización Financiera.**

Para algunos autores, el proceso de globalización financiera inicia a partir de 1971, cuando Estados Unidos abandono el patrón oro-dólar y adoptó la flotación de las monedas, es decir, cambio el tipo de cambio fijo al tipo de cambio flotante.

García Arias (2004) señala que el proceso de globalización de los mercados financieros ha constituido uno de los desarrollos más espectaculares, por su intensidad, velocidad y consecuencias, acaecidos en la economía mundial a lo largo del siglo XX.

Los factores que de manera habitual se consideran desencadenantes de este proceso pueden resumirse en lo siguiente (García Arias, 2004, p. 858)<sup>12</sup>:

1. “La quiebra del sistema de Bretton Woods que consagró, por un lado, el papel de los mercados financieros como proveedores de la oferta monetaria y, por consiguiente, su posición hegemónica en el contexto internacional y, por otro, la libre flotación de los tipos de cambio;
2. El reciclaje del gigantesco volumen de liquidez originado por el depósito de grandes cantidades de dólares, obtenidos por los países árabes como consecuencia del alza del precio del petróleo, en los bancos de los países desarrollados;

---

12 García Arias, J. (Octubre de 2004). Mundialización y sector público: mitos y enseñanzas de la globalización financiera. *Comercio Exterior*, 54 (10).

3. La consolidación de posiciones ideológicas liberalizadoras tanto en Reino Unido como en Estados Unidos y el fracaso de los intentos por retardar e incluso revertir el proceso;
4. La desorganización de los mercados de materias primas;
5. La irrupción de las corporaciones transnacionales en los mercados financieros que, con el carácter sobre todo internacional de sus operaciones, con sus necesidades de desarrollo de nuevos y más refinados productos financieros, con sus políticas de precios de transferencia tendientes a minimizar su carga fiscal y con su capacidad para influir en las decisiones de política económica nacionales e internacionales, provocaron un fuerte impulso del proceso;
6. La necesidad de los estados nacionales de financiar sus crecientes déficit presupuestarios por medio de la solicitud de préstamos y de la emisión de deuda en los mercados internacionales, en un intento por no agravar las tensiones inflacionarias en sus respectivas economías monetizando sus déficit en sus respectivos mercados nacionales”.

Salazar (2004)<sup>13</sup> señala que la crisis de los Tratados de Bretton Woods, se revolvió con la mundialización de los sistemas financieros, es decir, con la globalización. Después de un lapso de relativa estabilidad, presiones contra el dólar estadounidense provocaron su devaluación, lo que obligó al FMI a fijar nuevos tipos de cambio.

La respuesta del gobierno norteamericano fue crear los Derechos Especiales de Giro, cuyo propósito fue sustituir al dólar en sus transacciones internacionales; además, en 1971, Nixon canceló la venta de oro al resto de los países. Con la devaluación del dólar, el sistema de tipos fijos ajustables fue sustituido por la flotación generalizada.

Desde 1971, cuando fue suprimido el sistema de paridades fijas definido en Bretton Woods en 1944, el sistema financiero actual se fue delineando en varias etapas:

En los años ochenta, la crisis de la deuda externa desencadenó una oleada de fusiones, bancarrotas y reestructuraciones de empresas. Estas transformaciones favorecieron la aparición y el desarrollo de una nueva generación de agentes financieros entre los

---

13 Salazar, F. (Julio-Agosto de 2004). Globalización y política neoliberal en México. *El Cotidiano*, 20 (126).

inversionistas, firmas de corretaje y de administración de fondos de inversión, así como entre grandes compañías de seguro.

El crac bursátil de 1987, permitió que tales cambios tomaran forma, quedando solamente las empresas lo suficientemente competitivas y con ventajas comparativas.

Para León Rojas (2000)<sup>14</sup> el proceso de globalización financiera se ha convertido en uno de los rasgos centrales de la economía y la sociedad contemporánea. Dicho proceso es consecuencia de la apertura y desregulación de las economías y especialmente, de la liberalización de los movimientos de capital de corto plazo.

Entre los principales cambios ocurridos en los mercados financieros internacionales en las últimas décadas, podemos destacar (León Rojas, 2000. p. 3 y 4):

1. “El acortamiento de los plazos en depósitos e instrumentos financieros, y el desarrollo de un mercado secundario de títulos más activo.
2. Desaparición de las fronteras que separaban a la banca de depósito de la banca de inversión.
3. Consolidación de la actividad de los fondos de inversión con un alto grado de concentración de activos financieros en pocos administradores, quienes pueden mover grandes volúmenes de activos en muy corto plazo, desestabilizando monedas y economías. (como sucedió en Inglaterra, México, Sudeste Asiático y Rusia).
4. Rápido crecimiento del volumen y tamaño de las transacciones financieras. El desarrollo de operaciones bancarias fuera de balance ha estrechado los vínculos entre distintos intermediarios financieros, concentrándose en unos cuantos el manejo de los mercados, lo cual ha fortalecido la tendencia a la conformación de grandes megaconglomerados financieros.
5. Profunda complejidad de los problemas de supervisión financiera y dificultad en la cualificación de los niveles de riesgo y las posibilidades de intervención de las autoridades

---

14 León Rojas, A. (2000). *Mercados financieros internacionales: globalización financiera y fusiones bancarias*. Seminario de Actividad Bancaria, Universidad de los Andes, Cátedra de Economía y Política Económica.

financieras a pesar de las previsiones y la insistencia que mantienen los organismos financieros, tales como el Banco de Pagos Internacional, el FMI, y el Banco Mundial.

6. Considerable aumento de la incapacidad de los estados nacionales para regular la actividad de los grandes conglomerados financieros en la supervisión de los niveles de riesgo de las distintas operaciones, dificultando las posibilidades que tienen las autoridades financieras de frenar las crisis financieras sistémicas”.

“Los flujos de inversiones extranjeras directas (IED), que son un reflejo de la expansión habida a partir de los años ochenta en las operaciones internacionales de las empresas multinacionales, hicieron más que cuadruplicarse entre 1984 y 1990. En la década de los noventa la tendencia de los flujos de IED continuó en ascenso, con excepción del periodo 1990-1992, cuando hubo una desaceleración del crecimiento de los países industrializados, que hizo disminuir la corriente internacional del IED” (Anguiano Roch, 2000, p. 221)<sup>15</sup>.

La globalización financiera ha creado un mayor volumen de transacciones financieras, lo que ha ocasionado un mayor comercio internacional, por lo tanto, hay una mayor competencia en el mercado internacional.

Este crecimiento del comercio internacional está provocando que las empresas transnacionales atraigan un mayor número de instituciones financieras, al abrirse las fronteras, principalmente la inversión extranjera.

Para comprender el proceso de globalización financiera es muy importante el papel que juega la internacionalización de las instituciones financieras, para Roberto Frenkel (2003)<sup>16</sup> la globalización financiera es un proceso histórico en dos dimensiones, en una, la globalización está representada por el creciente volumen de transacciones financieras a través de las fronteras, y en la otra, por la secuencia de reformas institucionales y legales que se fueron realizando para liberalizar y desregular los movimientos internacionales de capital y los sistemas financieros nacionales.

---

15 Anguiano Roch, E. (Abril-Junio de 2000). México y la globalización financiera. *Colegio de México (COLMEX)*, XL (160).

16 Frenkel, R. (Agosto de 2003). Globalización y crisis financieras en América Latina. *Revista de la CEPAL* (80).

En la primera dimensión que menciona Frenkel se relaciona con la internacionalización de los mercados financieros, mientras que la segunda dimensión está estrechamente relacionada con las reformas estructurales que los gobiernos locales tienen que realizar para la apertura comercial, es decir, el libre mercado.

La globalización financiera no es sólo un proceso de internacionalización o integración financiera, sino también un proceso en que los gobiernos federales juegan un papel muy importante, visto que el gobierno de cada país realizan los ajustes necesarios para la entrada de nuevo capital extranjero

También, este proceso de la globalización financiera ha creado mayor competitividad en los mercados internacionales, al existir un mayor número de agentes económicos, lo que genera una mayor competencia entre las empresas transnacionales.

Además, la globalización financiera ha provocado un aumento de las transacciones financieras, al tener una mejor tecnología de la información, lo que ha provocado que se agilice las transacciones financieras, por lo tanto, un mayor volumen de transacciones entre las empresas e instituciones financieras.

Al abrirse las fronteras y la participación de la inversión extranjera, va desencadenar la incorporación de nuevas empresas extranjeras y la IED, lo que permitirá que estas empresas, lleguen con sus propias instituciones financieras, lo que ha generado una mayor competencia en el mercado financiero.

El proceso de globalización financiera tuvo grandes repercusiones en el mercado mundial, entre las más importantes están: “la expansión del comercio, las operaciones transnacionales de las empresas, la integración de los mercados financieros en un gran mercado de alcance global, y el desarrollo alcanzado en el campo de la tecnología y de la información, han estrechado los vínculos entre los países y provocado profundos cambios en las reglas fundamentales del juego económico” (León Rojas, 2000, p. 2).

La globalización financiera ha aumentado el comercio internacional, al abrirse las fronteras, crea un mayor número de transacciones, lo que genera que “los flujos de capital comienzan

a crecer en forma sostenida, como lo prueban indicadores tales como el monto de las transacciones extrafronterizas de bonos y acciones efectuadas entre residentes y no residentes en las siete economías más industrializadas del mundo” (Anguiano Roch, 2000, p. 220).

## **2.2 Qué es la Desregulación Financiera.**

En el proceso de globalización financiera, fue muy importante el papel que jugó la desregulación financiera, porque gracias a la desregulación financiera se liberaron los activos financieros, este proceso consistió “en la disminución o eliminación de las restricciones financieras, y en particular en permitir que las fuerzas del mercado determinaran libremente los niveles óptimos de las tasas de interés reales” (Venegas Martínez, Tinoco Zermeño, & Torres Preciado, 2009, p. 250)<sup>17</sup>.

El proceso de globalización financiera del sector asegurador, también fue muy importante el papel que jugó la desregulación del seguro, porque sentó las bases para que el capital extranjero se incorporará al sector asegurador, de tal manera que se constituyeron grupos financieros, para lo cual se dio la actividad banco-seguros, que consistió en una actividad en que el banco obligaba al usuario a contratar un seguro.

Es relevante indicar que la desregulación del seguro se da en 1990, antes de entrar en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), porque antes de esta fecha se había mexicanizado el seguro en 1935, con Ley General de Instituciones de Seguros expedida por el gobierno de Lázaro Cárdenas, a consecuencia de ésta Ley las aseguradoras extranjeras se retiraron del país. Entre las disposiciones más importantes de ésta ley son (Minzoni Consorti, 2005a, pp. 64-65)<sup>18</sup>:

---

17 Venegas Martínez, F., Tinoco Zermeño, M. Á., & Torres Preciado, V. H. (Julio-Diciembre de 2009). Desregulación financiera, desarrollo del sistema financiero y crecimiento económico en México: efectos de largo plazo y causalidad. *Estudios Económicos*, 24 (2).

18 Minzoni Consorti, A. (2005a). *Crónica de dos siglos del seguro en México*. México: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).



- “Prohíbe la actividad aseguradora a quienes no sean sociedades anónimas o sociedades mutualistas.
- Exige autorización para poder operar como asegurador y deja un gran margen de discrecionalidad a la administración pública para poder otorgar o denegar autorización.
- Prohíbe al público que se asegure con quien carezca de autorización estatal de asegurador, salvo casos de excepción en que exige autorización específica.
- Sujeta a los aseguradores autorizados a una organización interna y a un funcionamiento rigurosamente reglamentando sobre bases técnicas y contables encaminadas a asegurar la realización del procedimiento económico de la mutualidad.
- Reglamenta rigurosamente la inversión de capital y reservas de las mismas aseguradoras, imponiendo sanciones administrativas y aún de derecho penal en caso de infracción a lo dispuesto por la Ley.
- Decreta que podrán establecerse sociedades de capital variable, pero en este caso el capital mínimo que exige esta Ley estará siempre representado por acciones sin derecho a retiro.
- El capital mínimo será de 200,000 pesos para cada ramo, con excepción de los ramos de Agrícola, Automóviles y Diversos, para los cuales el requerimiento era de 100,000 pesos.
- Para las sucursales extranjeras, el capital mínimo debería ser de 300,000 pesos para cada uno de los ramos de seguro, además, las compañías extranjeras para operar en el país, según lo dispuesto por la ley, debían demostrar tener cuando menos cinco años de operar en su país de origen y estar autorizadas a operar en los ramos para los cuales solicitarían autorización en México”.

Con la Ley de Instituciones de Seguros del 31 de agosto de 1935 se llevó a cabo el proteccionismo del seguro mexicano, dado que la participación extranjera en las instituciones de seguros sería minoritario, por tal motivo las aseguradoras extranjeras deciden retirarse del país.

Para el 7 de enero de 1981 se vuelve a modificar la Ley General de Instituciones de Seguros del 31 de agosto de 1935, que consistió en crear la Ley General de Instituciones y

Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), con el propósito de que la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros (CNBS) tuvieran las facultades de inspección y vigilancia en la actividad aseguradora.

El 3 de enero 1990 se vuelve a modifica la LGISMS, en el cual se realiza la desregulación del seguro, y con ello la entrada nuevamente de instituciones extranjeras, entre las modificaciones más importantes son (Minzoni Consorti, 2005a, pp. 125-127):

- “Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, se requiere autorización del Gobierno Federal, que compete a otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
- El Gobierno Federal podrá autorizar a las instituciones de seguros, a realizar operaciones de reafianzamiento.
- Las instituciones de seguros autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro, podrán ser autorizadas a realizar operaciones de reafianzamiento.
- La SHCP podrá autorizar, discrecionalmente, la participación de capital extranjero en el capital pagado de las instituciones aseguradoras mexicanas, siempre y cuando se trate de entidades aseguradoras, reaseguradoras, afianzadoras del extranjero y a personas físicas o morales extranjeras o agrupaciones de las mismas (siempre que no se trate de gobiernos o dependencias u oficiales extrajeras, ni entidades financieras del exterior). La Ley aclara que la inversión mexicana siempre tendrá que ser mayoritaria y deberá mantener la facultad de determinar el manejo de la institución y su control previsto en el capítulo «servicios financieros» del TTLC, para llegar a una liberalización completa en el año 2000).
- El capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo serán de: 1) Vida, 2 mil millones de pesos; 2) Accidentes y Enfermedades, 500 millones; 3) Daños, un ramo, 1,500 millones; dos ramos, 2 mil millones; tres o más ramos, 2,500 millones. En total, para todos los ramos, 5 mil millones. Reafianzamiento, 1,500 millones. Pero las instituciones de nueva constitución, tendrán que adicionar a las cantidades mencionadas, otra equivalente al 50% de las mismas, considerando que carecen de reserva de previsión según la ley para el adecuado respaldo de las obligaciones que asuman”.

Se determina que para la integración de grupos financieros “sólo podrán estar integrados con instituciones de crédito, almacenes de depósito, arrendadoras financieras, casas de bolsa, casas de cambio, empresas de factoraje, instituciones de fianzas y de seguros, de sociedades de inversión, así como cualquier otra clase que determine la SHCP” (Minzoni Consorti, 2005b, p. 41)<sup>19</sup>.

“Esta integración a grupos financieros, considerando como parte de los mismos a los bancos, dio origen a la actividad denominada “banca-seguros”. Según aclara el artículo 8 de la Ley para Regular las Agrupaciones Financieras (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 1990), las entidades financieras que formen parte de un grupo del mismo nombre podrán “actuar de manera conjunta frente al público, ofrecer servicios complementarios y ostentarse como integrantes del grupo de que se trate” (Minzoni Consorti, 2005b, pp. 41-42).

El 3 de enero de 1997 se reforma la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en los Artículo 7º y 8º , con el fin de adicionar en los tipos de seguros, el de Salud, pero entraría en vigor hasta 1999.

En conclusión, el proceso de desregulación del seguro termino en el año 2000, año en que empieza nuestro estudio.

## **2.3 La Globalización Financiera no Bancaria.**

El proceso de globalización financiera no bancaria, inicia a partir del TLCAN, el cual comprende en una serie de modificaciones en el sector de pensiones y seguros.

La globalización financiera del sector de pensiones se da a partir de la nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1997, en el cual las administradoras de fondos para el retiro (AFORE) se encargarían de otorgar la prestación de seguro de Invalidez y Vida, y

---

19 Minzoni Consorti, A. (2005b). *Siglo y medio de supervisión del seguro en México*. México: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, por lo tanto, cada trabajador tiene derecho de lo siguiente (Minzoni Consorti, 2005a, p. 187):

- “Contar con una cuenta individual.
- Elegir la administradora que operará su cuenta individual.
- Solicitar, una vez cada año calendario, el cambio de administradora.
- Recibir, con periodicidad y forma establecidas por la Ley, un estado de cuenta individual.
- Realizar aportaciones voluntarias a su cuenta (también el patrón tiene esta posibilidad).
- Recibir la pensión que le corresponda según el evento en que incurra, pensión que será pagada por lo general por una institución de seguros especializada en rentas vitalicias, de acuerdo con la Ley. Éste es el caso que vincula la actividad aseguradora al campo de la seguridad social”.

La globalización financiera del sector asegurador se da 1990, con las modificaciones de la LGISMS, el cual consistió en lo siguiente (Minzoni Consorti, 2005b, p. 40):

- “Se regresó al régimen de “autorización” para organizarse y funcionar como institución de seguros.
- Las instituciones de seguros podrían realizar operaciones de reafianzamiento.
- Se dispuso que las primas de todo tipo de seguros de no vida, se calcularán por parte de cada compañía, aprovechando las experiencias de la misma, propiciando la competencia en el mercado.
- Se introdujo un procedimiento para la estimación de la solvencia de cada institución.
- Las instituciones de seguros tendrían la posibilidad de integrarse a grupos financieros debidamente constituidos y en función.

- Con motivo del Tratado de Libre Comercio con América del Norte entre México, Canadá y los Estados Unidos, nuevamente se establecieron en el país, filiales de compañías extranjeras.
- El sector se vio involucrado en el tema del pago de las pensiones según la nueva Ley del Seguro Social.
- Se crearon nuevos ramos de seguros atendiendo a las necesidades del mercado y para transparentar la operación de algún otro ya en vigor.
- El capital mínimo pagado de cada institución de seguros se fijó en Unidades de Inversión (UDI)".

La globalización financiera no bancaria jugó un papel muy importante en el TLCAN, porque el sistema de pensiones pasó a manos privadas a través de las AFORES, puesto que el gobierno no tenía la solvencia para garantizar las pensiones de los trabajadores, por otra parte, en el caso de los seguros se permitió el capital extranjero en el sector, por lo tanto, se desreguló el seguro, lo que permitió la entrada del capital extranjero en este ramo, por ello, se inició las bases para la entrada del TLCAN.

## **2.4 Cambios del Sistema Financiero Mexicano tras la Globalización Financiera.**

Durante el proceso de globalización financiera, se dieron cambios en las autoridades que regulan y supervisan el Sistema Financiero Mexicano, como fue el caso de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros (CNBS), debido a las modificaciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en 1990, de manera que divide esta comisión en: Comisión Nacional Bancaria (CNB) y Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Esto se gracias a que el sector asegurador, necesitaba un órgano regulatorio, para la entrada del TLCAN.

La CNSF se encargaría de “la inspección y vigilancia de las instituciones aseguradoras, de las mutualidades y de las afianzadoras” (Minzoni Consorti, 2005a, p. 125).

En 1994 se crea la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), con el fin de “vigilar y supervisar a todas las personas que intervienen en estos sistemas de ahorro, para que los derechos de los trabajadores siempre estén protegidos” (Dieck Assad, 2004)<sup>20</sup>. La CONSAR se encargaría de la regulación de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) con las modificaciones de las leyes de seguridad social.

En 1995, se fusiona la Comisión Nacional Bancaria (CNB) con la Comisión Nacional de Valores (CNV), por lo tanto, nace la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), con el objetivo de “supervisar y regular, en el ámbito de su competencia a las entidades financieras, con el fin de procurar su estabilidad y correcto funcionamiento, así como mantener y fomentar el sano y equilibrado desarrollo del sistema financiero en su conjunto, en protección de los intereses del público” (Dieck Assad, 2004, p. 35).

En 1999, se crea el Instituto para la Protección al Ahorro Bancario (IPAB), con la finalidad de “establecer un sistema de protección al ahorro bancario, concluir los procesos de saneamiento de instituciones bancarias, y administrar y vender los bienes a cargo del IPAB para obtener el máximo valor posible de recuperación” (Dieck Assad, 2004, p. 61).

En el caso de la protección al ahorro bancario, se da con el propósito de proteger a los ahorradores bancarios a través de un seguro de depósitos a través de UDIS, esto fue para sustituir al Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA), tras la crisis de 1994.

También en 1999, se crea la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con el fin de “promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan o contratan un producto o servicio financiero ofrecido por las instituciones financieras que operan dentro del territorio nacional, así como crear y fomentar entre los usuarios una cultura adecuada respecto de las operaciones y servicios financieros” (Dieck Assad, 2004, p. 53).

---

20 Dieck Assad, F. A. (2004). *Instituciones financieras*. México: McGraw-Hill.

Los cambios que se dieron en las autoridades regulatorias fue más que nada la antesala del TLCAN, en el proceso de globalización financiera, como lo menciona Frenkel (2003) en la segunda dimensión para que se dé la globalización financiera, el cual, es necesario la secuencia de reformas institucionales y legales que se fueron realizando para liberalizar y desregular los movimientos internacionales de capital y los sistemas financieros nacionales.

Con la entrada del capital extranjero en el sector asegurador, fue muy importante la creación de la CNSF, lo que permitió que la actividad aseguradora fuera mejor regulación, bajo la supervisión e inspección de esta comisión.

En los cambios que se fueron dando al finalizar el siglo pasado, fueron muy importante la creación del IPAB y CONDUSEF, porque estas instituciones permitirían que los usuarios de servicios financieros tuvieran la seguridad de que las instituciones financieras respondieran a sus obligaciones en la prestación de sus servicios, principalmente a los ahorradores, a consecuencia del caso FOBAPROA los ahorradores no tenían esta seguridad.

## **2.5 El Sector de las ISES.**

El proceso de globalización financiera de las Instituciones de Seguros Especializados de Salud se da a partir de 1997, puesto que en este año, se publica en el Diario Oficial de la Federación las modificaciones a la LGISMS, que entraría en vigor hasta 1999, con respecto a este punto se modifica los Artículos 7º y 8º, para que surgiera el ramo de salud, que darían origen a las ISES.

El surgimiento de las ISES se da por dos situaciones.

La primera, para regular a las Administradoras de Salud, porque no eran reguladas por ningún organo, además, las aseguradoras de Gastos Médicos Mayores se quejaban ante la autoridad, porque éstas administradoras ofrecían productos que requerían de un riesgo, y no eran reguladas por ninguna autoridad, por lo que el gobierno de Ernesto Zedillo decide modificar la LGISMS, con el fin de integrar el ramo de salud dentro del sector asegurador.

La segunda, para el surgimiento de las ISES, que se da gracias a que el gobierno de Ernesto Zedillo considero la importancia que representa para el país el hecho de que un mayor número de mexicanos cuente con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos; motivo por el cual, la operación de seguros de accidentes y enfermedades se dividió en los ramos de: accidentes personales, gastos médicos y salud, lo que dio origen a las ISES.

Las ISES se originaron como una forma para regular a las Administradoras de Salud, también para que un mayor número de mexicanos tuvieran acceso a un seguro médico.

Pero a través de los años, no se han podido lograr los objetivos que se tenían previstos, puesto que el segundo objetivo se planteaba que éstas ISES tenían que ser una solución para que un mayor número de mexicanos tuvieran acceso a seguros privados en materia de medicina prepagada, pero no se logrado este objetivo, dado que los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) tiene una mayor preponderancia en el mercado asegurador.

La preponderancia que tiene los SGMM en el mercado asegurador, se debe a su precio, dado que las ISES tiene un mayor precio, al tener que contratar un Controlador Médico, lo que encarece su precio, debido a esto, las personas prefieren contratar un SGMM que una ISES, por su precio más bajo, aunque con menor cobertura.



# **Capítulo 3. Particularidades Generales de los Seguros de Salud.**

En este apartado se presentan los tipos de seguros que existen en México que vienen estipuladas de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF), asimismo se señalarán los principales aspectos de los seguros de salud, particularmente en la hora de contratar un seguro de salud; también se presentará el desarrollo de las ISES del 2000 al 2014.

La industria aseguradora en México, está regulada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF); aunque en el caso de los seguros de salud se le tiene que agregar la regulación de la Secretaría de Salud (SS) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

De acuerdo a la CNSF, en México existen 99 instituciones de seguros, 1 sociedad mutualista de seguros y 2 reaseguradoras. Asimismo existen 16 ramos, de las cuales algunas aseguradoras operan hasta 11 ramos, los cuales se clasifican en: 1) Vida, 2) Pensiones, 3) Accidentes Personales, 4) Gastos Médicos, 5) Salud, 6) Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales, 7) Marítimo y Transporte, 8) Incendio, 9) Terremoto y otros Riesgos Catastróficos, 10) Agrícola y de Animales, 11) Automóviles, 12) Crédito, 13) Diversos, 14) Garantías Financieras, 15) Crédito a la Vivienda, y 16) Reafinanciamiento.

Como se muestra en la tabla 3.0, los ramos con mayor número de compañías aseguradoras son: Vida, Diversos, y Accidentes Personales e Incendio, mientras que los ramos con menores compañías de seguros son: Garantías Financieras, Crédito a la Vivienda y Reafianciamiento.

**Tabla 3.0 Número de Compañías de Seguros según Ramos que Operaban en 2014.**

Ramo	Compañías
1.- Vida	44
2.- Pensiones	9
3.-Accidentes Personales	39
4.-Gastos Médicos	28
5.- Salud	10
6.-Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales	36
7.- Marítimo y Transportes	32
8.-Incendio	39
9.- Terremoto y Otros Riesgos Catastróficos	37
10.- Agrícola y de Animales	9
11.- Automóviles	37
12.- Crédito	6
13.- Diversos	42
14.- Garantías Financieras	1
15.- Crédito a la Vivienda	3
16.- Reafianciamiento	4

Fuente: CNSF. (2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>.

Los seguros de salud que es el tema de tesis, se componen de 10 compañías aseguradoras: General Salud, AXA Salud, Plan Seguro, Dentegra Seguros Dentales, BBVA Bancomer Seguros Salud, Preventis, MediAccess Seguros de Salud, Seguros Centauro, Servicios Integrales de Salud Nova, y Vitamédica.

Otros aspectos que se tocan son los términos que deben conocer los contratantes de estos servicios, el periodo de gracia, que es periodo que se le otorga al usuario de protección sin

tener que pagar la prima, en nuestro país es de treinta días naturales; también la preexistencia, que es cuando el usuario tiene una enfermedad desde antes de contratar el seguro y no lo declara ante la aseguradora, por lo tanto, el seguro deja de estar vigente, por ello, este término es muy importante para conocer las coberturas del seguro.

El termino copago es muy importante, puesto que es la cantidad previamente establecida en el contrato de seguro, la cual es un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija, que viene contenida en la caratula de la póliza.

Los componentes que vienen estipulados en la caratula de la póliza de seguros es muy importante que el usuarios lo conozca, visto que en caso de que ocurriera el siniestro podrá realizar el reclamo ante la compañía de seguros.

Se observa que las compañías de seguros son particularmente instituciones de seguros, porque en el mercado asegurador sólo existe una sociedad mutualista de seguros y dos reaseguradores, lo que significa que la mayoría de las aseguradoras son instituciones de seguros.

El mercado asegurador cuenta con un mayor número compañías de seguros de vida que de otros ramos. En el caso de los seguros de salud que sólo cuenta con 10 aseguradoras, mientras que los seguros de vida cuentan con 44 aseguradoras, esto significa que en ramos de los seguros de vida hay mayor competencia y es un mercado en apogeo, mientras que los seguros de salud es menor la competencia y es un mercado en declive.

### **3.1 Concepto de Seguro.**

Un seguro “es una operación en virtud de la cual una parte (el asegurado) se hace acreedor, mediante el pago de una remuneración (la prima), de una prestación que habrá de

satisfacerle la otra parte (el asegurador) en caso de que se produzca un siniestro” (Guardiola Lozano, 2001, p. 13)<sup>21</sup>.

En otras palabras, un seguro tiene como fin reducir el daño de un evento inesperado futuro, ya sea sobre un bien, artículo o persona, a cambio de una cantidad monetaria.

Los seguros es una parte esencial para la protección patrimonial de una persona o familia, por ejemplo si una persona tiene un accidente en la preparación de sus alimentos y se incendia parte de su casa pero no tiene los recursos para la reparación de su casa, pero antes del suceso contrato un seguro de incendio, podrá realizar la reparación.

Los seguros para personas son seguros comúnmente utilizados por los asegurados, debido a que son los seguros para la protección física de las personas, de la cual existe una gran infinidad de seguros como son: Vida, Accidentes Personales, Gastos Médicos Mayores y Salud.

Los seguros de daños sólo son utilizados para personas que quieren proteger un objeto, por lo tanto, no se hablará de este tipo de seguros, porque este trabajo es enfocado a los seguros de personas, como son los seguros de salud.

Generalmente en el mercado asegurador existen varias alternativas para proteger el patrimonio como son: Automóvil, Incendio, Diversos, y Riesgos Catastróficos.

### **3.2 Concepto de Contrato de Seguro.**

El contrato de seguro es “aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas” (Guardiola Lozano, 2001, p.17).

---

21 Guardiola Lozano, A. (2001). *Manual de introducción al Seguro* (Segunda ed.). España: Editorial Mapfre.

Un contrato de seguros es un documento que viene especificado los derechos y obligaciones del contratante del seguro.

Los contratos de seguros son esenciales tanto para las compañías aseguradoras como por parte de los asegurados, porque sin este contrato, la compañía aseguradora no podría cobrar su prima al asegurado, y en el caso del asegurado no podría obligar a la compañía aseguradora a resarcir el siniestro.

Un contrato de seguro se caracteriza por ser (Guardiola Lozano, 2001, p. 18):

- “Consensual. Por cuanto se establece por el consentimiento de las partes.
- Bilateral. Ya que en él las partes se obligan recíprocamente la una hacia la otra.
- Aleatorio. Pues, mediante el mismo, las partes contratantes pactan, expresamente, la posibilidad de una ganancia o se garantizan contra la posibilidad de una pérdida, según sea el resultado de un acontecimiento de carácter fortuito.
- Oneroso. Ya que cada una de las partes que contrata obtiene una prestación a cambio de otra que ha de realizar.
- De adhesión. Ya que sus cláusulas las fija una de las partes, y la otra las acepta.
- De buena fe. Se obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honestidad, no interpretando arbitrariamente el sentido recto de los términos recogidos en su acuerdo, ni limitando o exagerando los efectos que naturalmente se derivarían del modo en que los contratantes hayan expresado su voluntad y contraído sus obligaciones”

### 3.3 Tipos de Seguros.

En la actualidad existen una gran variedad de seguros, de modo que según la Ley sobre el Contrato de Seguro (2013)<sup>22</sup> lo clasifica en seguros de daños y de personas, en los Artículos 85 y 162, los cuales consisten en lo siguiente:

- Seguros de Daños. “Todos los seguros cuyo fin principal es reparar la pérdida sufrida, a causa de siniestro, en el patrimonio del tomador de seguro” (Guardiola Lozano, 2001, p. 65).

Las principales modalidades de seguros de daños según la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas (2014)<sup>23</sup>, en el Artículo 25 Fracción III, son: Responsabilidad civil y riesgos profesionales, Marítimo y transportes, Incendio, Agrícola y de animales, Automóviles, Crédito, Crédito a la vivienda, Garantía financiera, Diversos, y Terremoto y otros riesgos catastróficos.

- Seguros de Personas. “Se caracteriza porque el objeto asegurado es la persona humana, haciéndose depender de su existencia, salud o integridad el pago de la prestación” (Guardiola Lozano, 2001, p. 64).

Las principales modalidades de los seguros de personas según la LISF (2014), en el Artículo 25 Fracciones I y II, son: Seguro de Vida, Pensiones, Seguro de Accidentes, Seguro de Gastos Médicos Mayores y Seguros de Salud.

En el caso de los seguros de daños, según la LISF, en el Artículo 27 Fracciones VI al XVI, se clasifican en las siguientes categorías:

- Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales. Son aquellos que derivan del “pago de la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción VI).

---

22 Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS) (Diario Oficial de la Federación 4 de Abril de 2013).

23 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014).

- Marítimo y transportes. Son aquellos que tienen por objeto “el pago de la indemnización por los daños y perjuicios que sufran los muebles y semovientes objeto del traslado” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción VII).
- Incendio. Son aquellos que “tengan por base la indemnización de todos los daños y pérdidas causados por incendio, explosión, fulminación o accidentes de naturaleza semejante” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción VIII).
- Agrícola y de animales. Son aquellos que tengan por objeto “el pago de indemnizaciones o resarcimiento de inversiones, por los daños o perjuicios que sufran los asegurados por pérdida parcial o total de los provechos esperados de la tierra o por muerte, pérdida o daños ocurridos a sus animales” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción IX).
- Automóviles. Son aquellos que tengan como objeto “el pago de la indemnización que corresponda a los daños o pérdida del automóvil, y a los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción X).
- Crédito. Son aquellos que tengan como objeto “el pago de la indemnización de una parte proporcional de las pérdidas que sufra el asegurado como consecuencia de la insolvencia total o parcial de sus clientes deudores por créditos comerciales” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción XI).
- Caución. Son aquellos que tengan por objeto “el pago de una indemnización al asegurado a título de resarcimiento o penalidad por los daños patrimoniales sufridos, dentro de los límites previstos en el contrato de seguro, al producirse las circunstancias acordadas en relación con el incumplimiento por el contratante del seguro de sus obligaciones legales o contractuales, excluyendo las obligaciones relacionadas con contratos de naturaleza financiera” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción XII).
- Crédito a la Vivienda. Son aquellos que tengan por objeto “el pago por incumplimiento de los deudores de crédito a la vivienda otorgados por intermediarios financieros o por entidades dedicadas al financiamiento a la vivienda” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción XIII).
- Garantía financiera. Son aquellos que tengan por objeto “el pago por incumplimiento de los emisores de valores, títulos de crédito o documentos que sean objeto de oferta pública o de

intermediación en mercados de valores, en términos de lo previsto por la Ley del Mercado de Valores” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción XIV).

- Riesgos Catastróficos. Son aquellos “los contratos de seguro que amparen daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas como consecuencia de eventos de periodicidad y severidad no predecibles que, al ocurrir, generalmente producen una acumulación de responsabilidades para las Instituciones de Seguros por su cobertura, dentro de los que se incluyen los riesgos de terremoto, erupción volcánica, huracán y otros de naturaleza hidrometeorológica” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción XV).
- Diversos. Son aquellos que tengan por objeto “el pago de la indemnización debida por daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas por cualquiera otra eventualidad” (LISF, 2014, Artículo 27 fracción XVI).

Los seguros de personas, Según la LISF (2014) en el Artículo 27 fracciones I al V, se clasifican en las siguientes categorías:

- Vida. Son aquellos “que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción I).
- Pensiones. Son aquellos que derivan de las leyes de seguridad social, el cual tiene como objeto “el pago de las rentas periódicas durante la vida del asegurado o las que correspondan a sus beneficiarios de acuerdo con los contratos de seguro celebrados en los términos de las leyes aplicables” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción II).
- Accidentes Personales. Son aquellos 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” (LISF, 2014, Artículo 27 fracción III).
- Gastos Médicos Mayores. Son aquellos que tiene 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” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción IV).
- Salud. Son aquellos que “tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción V).



### 3.4 Conceptos Generales de Seguros de Salud.

Los conceptos para la contratación de un seguro de salud son los siguientes (Circular s-8.7, 2008)<sup>24</sup>:

- Amalgamas. “Aleación de 2 o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales (CONDUSEF, s.f.)<sup>25</sup>”.
- Amalgama y resina compuesta. “Restauraciones que abarcan dos superficies del diente (CONDUSEF, s.f.)”.
- Amalgama y resina simples. “Restauraciones que abarcan una sola cara del diente (CONDUSEF, s.f.)”.
- Asegurado. “Se refiere a la persona física por cuya previsión y cobertura se expide la póliza, en la cual aparece su nombre como asegurado principal” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24)<sup>26</sup>.
- Asegurador. Es la “compañía de seguros que asume el riesgo, previo acuerdo directo y personal con el asegurado, para distinguirlo de aquellos supuestos en que la obligación directa no se produce en contra de la misma” (Martínez Gil, 1990, p. 49)<sup>27</sup>.
- Beneficiario. “Se refiere a cada uno de los dependientes del titular o a cada uno de los demás integrantes del grupo familiar que tendrán derecho a los beneficios del plan de salud y que aparecen especificados en cada una de las pólizas del seguro individual y en cada uno de

---

24 Circular s-8.7 (Diario Oficial de la Federación 29 de Diciembre de 2008). Recuperado el 9 de Enero de 2017, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5076306&fecha=29/12/2008](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076306&fecha=29/12/2008).

25 CONDUSEF. (s.f.). *Conceptos*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/glosario.php>.

26 Conceptos básicos del seguro de salud. (15 de Octubre de 2000). *Ahorro y Retiro* (46).

27 Martínez Gil, J. (1990). *Manual teórico y práctico de seguros* (Segunda ed.). México: Editorial Porrúa.

los certificados de los seguros de grupo y colectivo” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).

- Cobertura. “Beneficios ofrecidos por este seguro dirigido a prevenir y restaurar la salud con acciones que se realicen en beneficio del asegurado. Tiene como objeto cubrir los gastos médicos preventivos y correctivos erogados en territorio nacional” (Circular s-8.7, 2008).
- Consulta. “Relación Médico-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente” (Circular s-8.7, 2008).
- Consulta Externa. “Se refiere a la atención médica que se imparte tanto en el consultorio, como en el domicilio del paciente, sin la utilización de cama hospitalaria. En las consultas externas se incluyen tanto las de primer contacto como las de especialidad. Cuando la consulta externa se derive de un padecimiento o enfermedad” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Consulta Externa de Primer Contacto. “Se refiere a la atención que ejecuta el médico general, familiar, pediatra, ginecólogo o internista, siempre que la consulta no se realice por preferencia de una consulta de primer contacto, que coordine las condiciones de salud en beneficio del asegurado a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o a domicilio, con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Consulta Externa de Especialidad. “Es la atención que imparte los médicos especialistas, con excepción de los definidos anteriormente, a pacientes ambulatorios, incluyendo los casos referidos por médicos en consulta de primer contacto” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Contratante. “Se refiere a la persona física o moral que solicita la celebración de la póliza del plan de Salud para sí o para terceras personas y además se compromete a pagar las primas” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Copago. “Cantidad fija o porcentaje a cargo del asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos” (Circular s-8.7, 2008).

- Dentista u Odontólogo. “Es la persona con estudios profesionales en Odontología, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado por el país en que ejerce su profesión” (CONDUSEF, s.f.)
- Dependientes Económicos. “Cónyuge o Concubino e hijos del asegurado, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios” (Circular s-8.7, 2008).
- Endoso. “Documento, generado por la aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación” (Circular s-8.7, 2008).
- Estudios de Gabinete. “Se refiere a los estudios de diagnóstico en los que se utilizan los siguientes procedimientos: electrocardiograma, audiología, espirometría, electroencefalograma, pruebas electrofisiológicas, medicina nuclear y similares” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Evento Hospitalario. “Se refiere a la actividad realizada para la restauración de la salud, que involucra un internamiento o un evento ambulatorio” (Circular s-8.7, 2008).
- Evento ambulatorio. “Se refiere al servicio que requiere de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Exámenes de imagenología. “Se refiere a exámenes auxiliares de diagnóstico, en los que se utilizan las siguientes técnicas: rayos X, ultrasonografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, aspect y similares” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Examen de Laboratorio Clínico. “Se refiere al análisis físico, químico y biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano e incluyen servicios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa, cuyos resultados coadyuvan en el diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).

- Expediente Clínico. “Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por la aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente clínico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud” (Circular s-8.7, 2008).
- Extracción. “Es el procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria natural, ya sea temporal o permanente” (CONDUSEF, s.f.)
- Gasto Médico. “El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos” (Circular s-8.7, 2008).
- Gastos Médicos Correctivos. “Son los gastos que realiza el asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud y evitar complicaciones posteriores. Gastos que se realizan por consultas médicas y estudios de laboratorio y gabinete a los que tiene derecho el asegurado y que se especifican en las presentes condiciones generales” (Circular s-8.7, 2008).
- Gastos Médicos Preventivos. “Consultas, exámenes médicos y/o estudios de laboratorio y gabinete, periódicos especificados en las presentes condiciones generales a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud” (Circular s-8.7, 2008).
- Indemnización. “Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro” (Guardiola Lozano, 2001, p. 34).
- Internamiento. “Se refiere al servicio que requiere el uso de una cama censable para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).
- Infección Nosocomial. “Es la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en el periodo de incubación o en el momento de ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 horas hasta las 72 horas del ingreso del paciente al hospital, o en el periodo que hay evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento de base” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).

- Médico. “Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en Territorio Nacional” (Circular s-8.7, 2008).
- Médico de Primer Contacto. “Médico de la red de la Compañía que puede ser médico general, médico familiar, gineco-obstetra o pediatra, que presta sus servicios médicos a los asegurados” (Circular s-8.7, 2008).
- Médico Especialista. Médico de la red de la Compañía que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad, y que presta sus servicios a los asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad” (Circular s-8.7, 2008).
- Monto. “Se refiere al monto monetario o importe pagado que se adquirió para cubrir los gastos de atención que se especifiquen, ya sea mediante recursos propios o de terceros. Este monto deberá incluir el importe pagado por la institución de seguros y el importe correspondiente al copago o coaseguro.

La suma del total de las variables de monto en la base estadística representa el monto total en atención médica o servicios de salud en que se incurrió en beneficio del integrante del grupo familiar.

Por lo que los montos deberán ser reportados en una sola variable para evitar duplicidad en el registro” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24).

- Periodo de gracia. “Plazo que la compañía otorga al contratante para cubrir el monto de prima, dentro del cual se otorga protección por el presente contrato de seguro, aun cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente” (Circular s-8.7, 2008).
- Póliza. “Es el documento en que consta los derechos y obligaciones de las partes contratantes y forman parte de la misma todos aquellos documentos necesarios para expedición de la póliza y los anexos y endosos posteriores a su emisión.

Como pueden ser cláusulas adicionales de la misma, los certificados individuales de seguros de grupo, los certificados de pólizas abiertas, los certificados provisionales de pólizas, los endosos, las notas de cobertura, las solicitudes de seguros, los formularios de ofertas

suministradas por la compañía, los formularios médicos, en fin todos aquellos documentos que forma parte integrante del contrato de seguro” (Martínez Gil, 1990, p. 230).

- Preexistencia. “Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
  - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
  - b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
  - c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate” (Circular s-8.7, 2008).
- Prima. “Es la aportación económica que ha de satisfacer el contratante o asegurado a la entidad aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que ésta le ofrece” (Guardiola Lozano, 2001, p. 22).
- Profilaxis. “Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes (Limpieza dental)” (CONDUSEF, s.f.).
- Radiografía. “Examen diagnóstico realizado con Rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes” (CONDUSEF, s.f.)
- Radiografía de Aleta de Mordida. “Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores” (CONDUSEF, s.f.).
- Radiografía Oclusal. “Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o la mandíbula” (CONDUSEF, s.f.).

- Radiografía periapical. “Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes” (CONDUSEF, s.f.).
- Red Médica. “Conjunto de Prestadores de Servicios Médico y Hospitalarios que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura, que asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al asegurado la opción de elegir libremente cuáles de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea su por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.”(Circular s-8.7, 2008).
- Siniestro. “Es la realización del riesgo asegurado o la eventualidad prevista en el contrato” (Martínez Gil, 1990, p. 279).
- Suma Asegurada. “Es la cantidad máxima que está obligada la compañía aseguradora a pagar, en caso de siniestro” (Martínez Gil, 1990, p. 73).

### 3.5 Desarrollo de los Seguros de Salud.

Los seguros de salud son aquellos que tiene como objetivo “la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado” (LISF, 2014, Artículo 27 Fracción V).

Los seguros de salud deben cumplir con las siguientes características (García-Tellez, 2013, p. 34)<sup>28</sup>:

- “Fuentes de financiamientos.
- Administración de recursos humanos para supervisión y financieros para el pago de servicios.
- Entidad compradora.
- Proveedor de servicios

---

28      García-Tellez, I. (Mayo-Junio de 2013). Panorama del ramo de accidentes y enfermedades: de pacientes a personas. *Revista Mexicana de Seguros y Fianzas* (708).

- Perspectiva de los usuarios”

Los seguros de salud deben tener una solvencia financiera para hacer frente a sus obligaciones por los siniestros ocurridos a sus asegurados; también deben tener una red médica para el tratamiento de sus asegurados, ya sea propia o contratada por una red de hospitales.

En México los seguros de salud se ofrecieron inicialmente a partir del ramo de Accidentes y Enfermedades.

Los seguros de accidentes personales fueron los primeros en operar, seguidos de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) y por último los Seguros de Salud.

Los seguros de accidentes personales, fueron los primeros en operar el mercado asegurador, como se había mencionado para la restauración de la salud, el cual tenía “la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente cuya protección se limitaba a aquellas personas que solicitaban este tipo de pólizas cuya base era la cobertura por muerte accidental.

La forma de ratificarlo consistía en asignarle cada riesgo relacionada con la persona una letra desde la “A” hasta la “J”, siendo la “A” el menor riesgo la letra “J” el mayor de ellos agrupando en cada letra las diferentes actividades de cada persona.

Una vez asignada la letra que corresponde el riesgo se ratificaba una cuota por cada mil por los primeros 5,000 pesos, otra cuota por los siguientes 15,000 en exceso de los primeros 5,000 pesos y la última en exceso de los primeros 20,000 pesos” (Gerzso Rivera, 1997, pp. 13 y 14).



Los SGMM era un tipo de seguro en que la aseguradora “se comprometía a reembolsar el importe de los Gastos Médicos. Quirúrgicos y de hospitalización que fueran erogados a consecuencia de una accidente y enfermedad corporal” (Gerzso Rivera, 1997, p. 19).

“La póliza estaba formada por una cobertura básica y una cobertura adicional de aumento que permitía ampliar el tope de Suma Asegurada establecido por la primera. La suma asegurada de la cobertura básica era única para todas las pólizas y estaba determinada en forma anual.

La cobertura adicional de aumento podía aplicarse de 1 a 7 veces simultáneamente, permitiendo eso, que la Suma Asegurada aumentará hasta alcanzar un monto total de 2.4 veces su valor” (Gerzso Rivera, 1997, p. 19)

Éstas pólizas tenían exclusiones, o sea que no cubrían dichos padecimientos, éstos eran: “enfermedades preexistentes, mentales, tratamientos dentales, excepto los motivados por accidente, cirugías plástica o de belleza, alcoholismo, amigdalitis, adenoidectomía, circuncisiones, tratamiento médico o quirúrgico para esterilización o control de la natalidad y sus complicaciones, suicidio, homicidio, servicio militar, buceo, alpinismo y parto normal” (Gerzso Rivera, 1997, p. 18).

Sin embargo, ésta coberturas eran limitadas, lo que ocasiono que los SGMM evolucionarán, en el cual se ofrecieron planes en catálogos, “posteriormente surgen planes cuya base de aplicación de catálogos era sin límite lo que permitía que el único límite para el reembolso de la reclamación era la suma asegurada” (Gerzso Rivera, 1997, p. 21).

Lo que ocasiono que algunas aseguradoras tuvieran fuertes pérdidas, principalmente en reclamos de la Suma Asegurada, pero como las condiciones económicas en México eran favorables, permaneció durante muchos años.

Al cambiar las condiciones económicas en México, se tuvo que modificar el precio de las coberturas sin límite, de modo que “para poder establecer el precio adecuado hubo un cambio en el cual la mayoría de las compañías tomo como base planes con catálogo pero esta vez se usaba el elaborado por el mercado en su conjunto con lo cual se mostraba uniformidad de criterios en los montos a liquidar y se daba como una opción que el contratante decidiera que base se le aplicaba al catálogo, lo cual hacia que los planes con mayor pago en relación a honorarios quirúrgicos pagaran mayor prima y hacia más equitativo este ramo” (Gerzso Rivera, 1997, p. 21).

Al subirse los precios de los planes sin límite, “las primas no eran suficiente ya que el mercado en su conjunto apreciaban las bondades de este producto y las ejercía en el momento necesario por lo que las compañías no podían controlar la siniestralidad” Gerzso Rivera, 1997, p. 22).

Así que decidieron las aseguradoras realizar convenios con médico y hospitales para controlar la siniestralidad.

De lo anterior, permitió que las aseguradoras ofrecieran un producto denominado “costo usual y acostumbrado”, que consistía en que “aquellos asegurados que quieran seguir un camino a través de un médico habitual y el hospital que ellos prefieran sin ningún control. Este sistema está basado en pagar solo lo pactado y evitar alguna desviación en costos, motivada por la falta de intervención y seguimiento de la compañía con los distinto proveedores que participan en el proceso” Gerzso Rivera, 1997, p. 22).

Por lo anterior, dio las bases para que surgieran las redes médicas.

Con la creación de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF), permitió que los SGMM pudieran ofrecer servicios de prevención.

Los Seguros de Salud en México se proporcionaban a través de las Administradoras de Salud, transformándose en 1999 en Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES).

Los seguros de salud a través de las Administradoras de Salud ofrecían las siguientes coberturas (Gerzso Rivera, 1997, pp. 15 y 16):

- “Cuarto y alimentos. Este beneficio podía otorgarse por períodos de 31,60, 90 o 120 días, a opción del solicitante, y cuando este, como asegurado y por la naturaleza de la enfermedad que sufre, fuese internado en algún hospital o sanatorio.
- Intervención quirúrgica. Mediante este beneficio la compañía reembolsa los honorarios del cirujano y ayudantes erogados a consecuencia de una intervención quirúrgica, hasta el límite establecido. Este beneficio podrá ser contratado con catálogo.
- Gastos extras. Teniendo como límite el establecido en la póliza, se reembolsaba al asegurado únicamente el costo de los gastos estipulados en el endoso correspondiente a este beneficio, siempre que este se encontrara internado a consecuencia de una enfermedad.
- Visitas médicas. Mediante esta cobertura la compañía reembolsaba al asegurado los honorarios por visitas médicas en sanatorio y hospital, durante su permanencia en el mismo y con máximo de 30 visitas a razón de una diaria, siempre que no hubiera sido intervenido quirúrgicamente y sin que haya excedido la cantidad diaria contratada.
- Subsidio diario por enfermedad. Este beneficio solo se podía vender si se tenía contratado el subsidio diario por accidente, por períodos máximos de pago 1 o 2 años, a opción del solicitante, y por períodos de espera de 7, 14, 31, o 62 días”.

Los Seguros de Salud tenían las siguientes exclusiones (Gerzso Rivera, 1997, pp. 15 y 16):

- “Enfermedades preexistentes.
- Maternidad, tratándose de parto normal o aborto.
- Amigdalitis, asenoiditis, hernias, circuncisiones, hemorroides o cualquier proceso fisiológico-patológico que afectara los órganos genitales de la mujer.

- Tratamientos dentales, gingivales o alveolares, cualquiera que sea su origen.
- Tratamiento médico o quirúrgico para esterilización o control de la natalidad.
- Exclusiones que figuraban en los endosos anexos en las pólizas”.

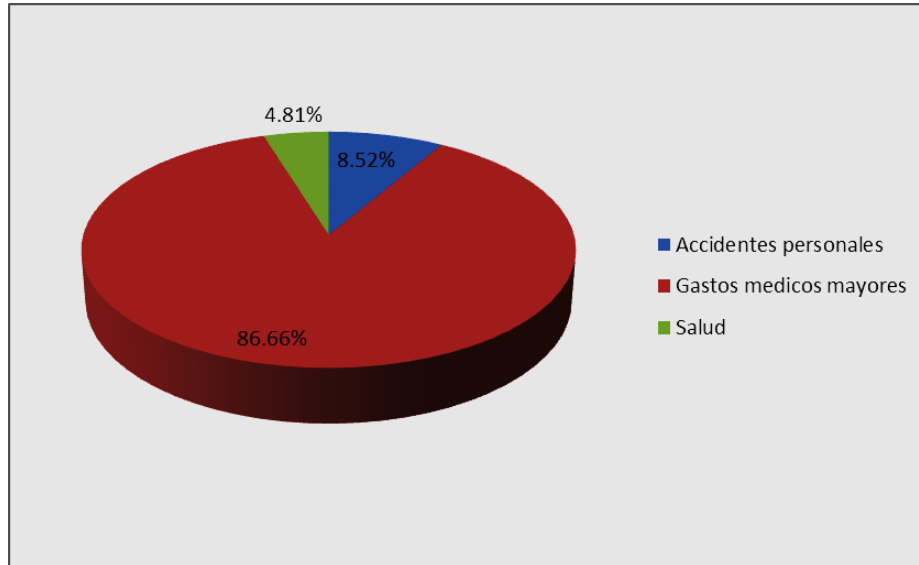
Las ISES ofrecen las siguientes coberturas (Barrón, 2008, p. 23):

- “Acceso expedito a los servicios.
- Un trato respetuoso tanto a los servicios, como a su privacidad.
- Decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro.
- Comunicación en todo momento con su familia.
- Seguridad personal durante su atención tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias.
- A conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que la atienden y el responsable del equipo.
- A ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas”.

En el gráfico 3.5 muestra que los SGMM tiene una mayor participación en el sector de Accidentes y Enfermedades con el 86.66%, esto se debe al tipo de cobertura que ofrecen y el precio de la prima, mientras que Accidentes Personales sólo tiene una participación del 8.52%, el cual, fue el primer seguro que existió en México para la restauración de la salud.

Los seguros de salud sólo representa el 4.81%, lo que significa que este ramo no ha logrado desarrollarse de una manera eficiente.

**Gráfica 3.5 Participación del Sector Asegurador de Accidentes y Enfermedades 2014 en Primas Directas.**



Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (2000-2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>

En relación con los seguros de salud que tiene una participación del 4.81% en el sector de Accidentes y Enfermedades, se debe al alto costo de las primas, pero antes de que surgiera el ramo salud en el sector asegurador, este tipo de seguros lo ofrecían las Administradoras de Salud que tenían por objetivo: la prevención y restauración de la salud, a través de los diferentes programas integrales que ofrecían las Administradoras de Salud

### **3.6 ISES.**

Con las modificaciones que se realizaron en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en los artículos 7º y 8º, se dio lugar a la transformación de las Administradoras de Salud en Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES).

La mayoría de las ISES que empezaron a operar fueron principalmente las que tenía vínculo patrimonial con instituciones de banca múltiple o seguros, con excepción de Plan Seguros.

Esto se dio porque se necesitaba una infraestructura médica sumamente estricta y una solidez financiera estable, lo que provocó que las Administradoras de Salud decidieran no convertirse en ISES por la falta de algunos de estos componentes, por lo tanto, sólo las instituciones de banca múltiple o las instituciones de seguros podrían cubrir con éstos requisitos, porque tenían experiencia en este ramo con los SGMM.

Algunas Administradoras recurrieron ofrecerle a las instituciones de banca múltiple o a las instituciones de seguros, servicios de salud que ellos ofrecían como ISES, lo que permitiría una colaboración entre la Administradora de Salud y el grupo financiero.

En el cuadro 3.6 se muestra que la mayoría de las ISES que operaban en el 2000, estaban vinculados con un grupo financiero o a una aseguradora, de modo que las ISES que operaban en el 2000, ya tenían experiencia en el ramo de seguros.

Las ISES que pertenecían a una aseguradora eran: General de Seguros, Grupo Nacional Provincial, Seguros Comercial América, Seguros Génesis, y Seguros Monterrey.

Mientras que las ISES que pertenecían a un Grupo Financiero eran: Seguros Bancomer, Seguros BBV-Probursa, Seguros Banamex Aegon, y Seguros Inbursa.

La ISES que pertenecían a una Administradora de Salud sólo era Plan Seguros.

Las primeras ISES se formaron a partir de las aseguradoras de Gastos Médicos Mayores y Accidentes Personales, mientras que las demás, por Grupos Financieros, por lo tanto, las Administradoras de Salud no tenían la solidez para convertirse en una ISES.

### Cuadro 3.6 ISES que Operaban en el Año 2000.

ISES
General de Seguros, S. A.
Grupo Nacional Provincial, S.A.
Plan Seguro, S. A. de C. V., Cía. de Seguros
Seguros Bancomer, S. A. de C. V., Grupo Financiero Bancomer
Seguros BBV-Probursa, S. A. de C. V., Grupo Financiero BBV-Probursa
Seguros Banamex Aegon, S. A. de C. V., Grupo Financiero Banamex
Seguros Comercial América, S. A. de C. V.
Seguros Génesis, S. A.
Seguros Inbursa, S. A., Grupo Financiero Inbursa
Seguros Monterrey New York Life, S. A.

Fuente: CNSF. (2000). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>.

Para que se convirtieran las Administradoras de Salud en ISES tuvo que varios años para que se consolidará esta actividad, de esta forma, es necesario conocer cómo se llevó a cabo la integración de las Administradoras de Salud en ISES.

La primera Administradora de Salud que se convierte en ISES es Plan Seguro en el 2000 según la CNSF.

Fue hasta el 2004 que aparecen otras tres Administradoras de Salud según la CNSF, éstas eran: Navamedic, Seguros Centuario que era una administradora de Salud dentales, y Vitamédica que era una administradora que también le proporcionaba a Bancomer servicios de salud.

La última Administradora de Salud en integrarse es MediAccess en 2012, según la CNSF, la cual es una de las administradoras más importantes del país, dado que para 2015 fue la encargada de proporcionarle los servicios de salud a PEMEX.

En 2003, según la CNSF se integra como ISES, Grupo Integral Seguros de Salud que su actividad principal antes de convertirse en ISES era proporcionar servicios sanitarios.

También algunas clínicas y hospitales se convirtieron en ISES, esto se dio en el 2002 con Sanatorio Durango, en 2004 con Servicios Integrales de Salud Nova, y SaludCoop México en 2005, según la CNSF.

En 2007, según la CNSF, Dentegra Seguros Dentales se convierte en ISES, esta pertenece a una aseguradora dental de Estados Unidos



# **Capítulo 4. Particularidades Generales de las ISES.**

En este apartado se comenta las características particulares de las ISES, tanto las coberturas que ofrecen como los permisos que necesitan y su marco jurídico.

Las Instituciones de Seguros Especializadas de Salud (ISES) son instituciones de seguros que prestan servicios de salud y dental.

Las coberturas que ofrecen las ISES son: preventivas y correctivas. Para el caso de los seguros de salud, la cobertura preventiva se hará en cuestión de la edad del asegurado, no así el seguro dental.

También las ISES necesitan de permisos muy especializados en cuestión médica, principalmente el aval de la Secretaría de Salud, a través de la ratificación del Controlador Médico.

El marco jurídico de las ISES se componen de lo siguiente: Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS), Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF), Circular Única de Seguros y

Fianzas (CUSF), Ley General de Salud (LGS), Ley Federal de Derechos (LFD), y Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (LPDUSF).

El marco institucional de las ISES consta de lo siguiente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), Secretaría de Salud (SS), Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

La SHCP y la CNSF van a ser las encargadas de regular la operatividad de las ISES, tanto para su autorización, como su funcionamiento, y en casos extremos para su revocación de no cumplir con los requisitos establecidos en la LISF y la CUSF.

En el caso de la SS es el órgano encargado de regular a las ISES en cuestión médica de acuerdo con lo establecido con la LGS, así como de ratificar al Controlador Médico para que realice la inspección y vigilancia de la institución de Seguros, para que cumpla la ISES con lo establecido tanto en la LISF, CUSF y la LGS, también la SS dará a conocer las Normas Oficiales de Salud para las ISES.

La SS es el órgano más importante en cuestión de salud en términos de ISES, porque es la encargada de emitir las Normas Oficiales Mexicanas en Salud, elemento muy importante en el funcionamiento de las ISES, porque las normas son los lineamientos que deben cumplir las ISES en cuestión médicas, tanto operativa en los tratamientos médicos como en la infraestructura de las ISES.

También la SS es la encargada de emitir los dictámenes de las instituciones para ser autorizado para operar como ISES, ya sea el dictamen provisional, anual o definitivo, el cual debe ser llevado a la CNSF.

La CONDUSEF y la CONAMED son los organismos encargados para llevar a cabo consultas y reclamaciones que los usuarios tengan contra una ISES. En el caso de la CONDUSEF es la encargada de las reclamaciones originadas en los contratos de seguros, mientras que la CONAMED tiene a su cargo las reclamaciones originadas por un tratamiento mal atendido por parte de la institución de seguros.

#### **4.1 Qué son las ISES.**

Las Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES) “son Instituciones autorizadas para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el Ramo de Salud, facultándolas a la venta de seguros privados o voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio” (Secretaría de Salud, 2015)<sup>29</sup>.

El objetivo de las ISES es “prestar servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud en forma directa, con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones en beneficio de los asegurados, así como brindar protección financiera” (Secretaría de Salud, 2016)<sup>30</sup>.

El mercado de las ISES, ofrecen dos tipos de coberturas, que son: Salud y Dental.

---

29 Secretaría de Salud. (02 de Diciembre de 2015). Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). México. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises>.

30 Secretaría de Salud. (22 de Febrero de 2016). ¿Qué son las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud? México. Recuperado el 18 de Febrero de 2017, de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/que-son-las-instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud>.

## 4.2 Tipos de Coberturas Cubiertas y no Cubiertas.

Las coberturas cubiertas y no cubiertas que ofrecen las ISES, se determinará a partir del producto básico estandarizado de Salud o Dental, la cual podrá ser contratada a partir de 0 años hasta los 65 años.

Los seguros de salud, tiene coberturas preventivas y correctivas.

Las coberturas preventivas de los seguros de salud a partir de los 18 años hasta los 40 años, son dos consultas por año de laboratorio o gabinete, que cubren los siguientes servicios:

- a) Biometría Hemática.
- b) Examen General de Orina
- c) Química Sanguínea de 3 elementos.

Para el caso de los asegurados a partir de los 41 años, tienen la misma cobertura que los antes mencionado, pero dependiendo del género tienen acceso a un servicio adicional. Para el caso de los hombres tienen acceso al servicio de Antígeno Prostático, y para el caso de las mujeres tienen acceso al servicio de Papanicolaou.

Las coberturas correctivas de los seguros de salud es para cualquier edad, cubren tres consultas extras, además de las preventivas como lo muestra en el cuadro 4.3.1.

## Cuadro 4.2.1. Producto Básico Estandarizado de Salud.

Cobertura Medicina Preventiva	Descripción	Suma Asegurada
De 0 a 17 años	3 consultas por año.	En consultas se tiene una suma asegurada máxima de <b>4 SMDGVDF</b> y un copago de <b>2 SMDGVDF</b> .
De 18 a 40 años	2 consultas por año Estudios de Laboratorio o Gabinete: a) Biometría Hemática. b) Examen General de Orina. c) Química Sanguínea de 3 elementos.	Consultas: Suma asegurada máxima de <b>4 SMDGVDF</b> y un copago de <b>2 SMDGVDF</b> . Estudios de Laboratorio o Gabinete: Suma asegurada máxima de <b>8 SMDGVDF</b> y un copago del 20%.
A partir de 41 años	2 consultas por año Estudios de Laboratorio o Gabinete: <u>Hombres</u> a) Examen General de Orina. b) Química Sanguínea de 5 elementos. c) Biometría Hemática. d) Antígeno Prostático. <u>Mujeres</u> a) Examen General de Orina. b) Química Sanguínea de 5 elementos. c) Biometría Hemática. d) Papanicolaou	Consultas: Suma asegurada máxima de <b>4 SMDGVDF</b> y un copago de <b>2 SMDGVDF</b> .  Estudios de Laboratorio o Gabinete: Suma asegurada máxima de <b>20 SMDGVDF</b> y un copago del 20%.
Medicina Correctiva	Para cualquier edad se cubren 3 consultas extras, además de las preventivas. Estudios de Laboratorio o Gabinete: Las que el médico indique.	Consultas: Médico de primer contacto: Suma asegurada máxima de <b>4 SMDGVDF</b> y un copago de <b>2 SMDGVDF</b> . Especialista: Suma asegurada máxima de <b>8 SMDGVDF</b> y un copago de <b>2 SMDGVDF</b> . Estudios de Laboratorio o Gabinete: Suma asegurada máxima de <b>20 SMDGVDF</b> y un copago del 20%.
Edades de aceptación	De 0 y Máxima de 64 años, renovación vitalicia.	
Forma de pago	Anual	
Periodo de gracia para pago de prima	30 días	
Temporalidad	Un año renovable	
Exclusiones	<u>Gastos médicos preventivos:</u> Vacunas y medicamentos. Consultas y exámenes de laboratorio y gabinete que no se encuentren establecidos dentro de las coberturas mencionadas para este producto. Consultas, estudios y Padecimientos preexistentes.	
Tarifa	Por edades, género o única y por estado.	
Conductos de venta	Por cualquiera de los autorizados (Agentes, bancos, etc.).	

Fuente: CONDUSEF. (s.f.). Descripción de los Seguros Básicos. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/descripciones.php>.

Las coberturas no cubiertas de los seguros de salud, son las siguientes:

- Vacunas y medicamentos.
- Consultas y exámenes de laboratorio y gabinete que no se encuentren establecidos dentro de las coberturas mencionadas para este producto.
- Consultas, estudios y tratamientos de afecciones del embarazo, parto o puerperio, dentales, alveolares, gingivales, maxilofaxiales, de carácter obstétrico o de control de embarazo, con dietistas, ni de carácter estético.

- Padecimientos preexistentes.

Al igual que los seguros de salud, los seguros dentales tienen coberturas preventivas y correctivas.

Las coberturas preventivas de los seguros dentales no dependen de la edad del asegurado, como el caso de los seguros de salud con excepción de la aplicación de flúor. De modo que las coberturas preventivas de los seguros dentales presentan los siguientes servicios:

- Consulta detallada y extensiva, diagnóstico y plan de tratamiento.
- Profilaxis, Instrucción nutricional para el control de las enfermedades dentales.
- Aplicación tópica de flúor (Únicamente para menores de 14 años).
- Radiografía.

De estos servicios, los asegurados tienen acceso a un servicio por año, con excepción del servicio de radiografía que son cuatro consultas por año.

Las coberturas correctivas de los seguros dentales son los siguientes:

- Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie posterior, aun cuando no exista comunicación entre sí).
- Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior, aun cuando no exista comunicación entre sí).
- Extracción Simple.

- Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años).

Para el caso de las dos primeras coberturas, los asegurados tienen acceso a cuatro servicios al año en la combinación de amalgamas y resinas.

Con respecto a la extracción simple, los asegurados tienen acceso a dos servicios por año. En cuanto a la última cobertura, los asegurados sólo tienen acceso a un servicio por año. Por otra parte, las coberturas no cubiertas de los seguros dentales, son las siguientes:

- Medicamentos.
- Anestesia general o sedaciones.
- Gastos hospitalarios.
- Erogaciones fuera del territorio nacional.
- Complicaciones derivadas o que se manifiesten durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por lesiones, afecciones o intervenciones excluidas en el contrato.
- Complicaciones derivadas o que se manifiesten durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente.
- Tratamientos de naturaleza experimental.
- Complicaciones en el tratamiento de odontólogos ajenos a la red.

## Cuadro 4.2.2. Producto Básico Estandarizado Dental.

Módulo	Cobertura	Número de servicios al año póliza	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Mayores de 13 años)	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Menores de 14 años)
Preventivo	Consulta detallada y extensiva, Diagnóstico y Plan de tratamiento.	1	No se cubre por reembolso.	No se cubre por reembolso.
	Profilaxis, Instrucción nutricional para el control de las enfermedades dentales.	1	\$176	\$120
	Aplicación tópica de flúor (Únicamente para menores de 14 años).	1	No aplica	\$112
	Radiografías.	4	\$32 c/u	\$32 c/u
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie posterior, aún cuando no exista comunicación entre si).	4 en la combinación de amalgamas y resinas.	\$240 c/u	\$240 c/u
	Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior, aún cuando no exista comunicación entre si).		\$252 c/u	\$252 c/u
	Extracción Simple.	2	\$320 c/u	\$200 c/u
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años).	1	\$400	No aplica
<b>Tipo de seguro</b>	Seguro dental familiar para un mínimo de 3 personas.			
<b>Forma de otorgar la cobertura</b>	A través de la red o vía reembolso.			
<b>Edades de Aceptación</b>	Sin restricción.			
<b>Deducible</b>	\$100 pesos una vez por año, al utilizar la póliza por primera vez.			
<b>Copago</b>	20% del gasto total por servicio.			
<b>Beneficio</b>	Se amparan por un año los tratamientos dentales que se indican:			
<b>Forma de pago</b>	Anual			
<b>Periodo de gracia para pago de prima</b>	30 días			
<b>Temporalidad del plan</b>	Un año renovable de manera vitalicia.			
<b>Exclusiones</b>	Medicamentos; anestesia general o sedaciones; gastos hospitalarios; erogaciones fuera del territorio nacional; complicaciones			
<b>Tarifas</b>	Por edades y estado de la República Mexicana.			
<b>Conductos de venta</b>	Por cualquiera de los autorizados (Agentes, bancos, etc.).			

Fuente: CONDUSEF. (s.f.). Descripción de los Seguros Básicos. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/descripciones.php>.

Las coberturas de SGMM se dividen en:

- Renta diaria de hospitalización.
- Indemnización por enfermedad de alta frecuencia.
- Indemnización por enfermedad de alta severidad.



La cobertura de renta diaria de hospitalización cubre los siguientes padecimientos:

- Ginecológicos.
- Columna vertebral.
- Glándulas mamarias.
- Adenoiditis.
- Amigdalitis.
- Hemorroides.
- Fístulas y fisuras rectales (o prolapsos del recto).
- hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.
- Parto norma.
- Cesárea.
- Complicaciones de recién nacido.

Esta cobertura es por evento y tiene exclusiones de acuerdo a las Condiciones Generales de la Circular S-8.6.

La cobertura por indemnización por enfermedad de alta frecuencia, cubre los siguientes padecimientos:

- Colectomía.
- Litotripsia.

- Apendicectomía.
- Fractura de Huesos.

En los primeros tres padecimientos tienen exclusiones de acuerdo a las Condiciones Generales de la Circular S-8.6, pero no en el caso de fractura de huesos, no cubre las fracturas de mano, pies y nariz.

La cobertura por indemnización por enfermedad de alta severidad, cubre los siguientes padecimientos:

- Cáncer.
- Sida.
- Infarto cardiaco agudo y cirugías de corazón.
- Derrame o Infarto Cerebral.
- Trasplante de órganos mayores.
- Insuficiencia renal crónica.
- Politraumatismo.

La cobertura de cáncer no cubre el cáncer de piel. Para la cobertura de sida, infarto cardiaco agudo y cirugías de corazón, derrame o Infarto Cerebral, insuficiencia renal crónica, y politraumatismo, tienen exclusiones de acuerdo a las Condiciones Generales de la Circular S-8.6. Con respecto a la cobertura de trasplante de órganos mayores sólo incluye corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

### Cuadro 4.2.3. Producto Básico Estandarizado de Gastos Médicos Mayores.

Cobertura	Padecimiento	Exclusiones y observaciones	Suma asegurada	Tiempo máximo de pago	Hospitales	Reinstalación	Períodos de espera
<i>Renta diaria por hospitalización</i>	Enfermedades y accidentes cubiertos en GM, sin periodo de espera.	Aplican Exclusiones *	¼ SMMGVDF **	30 días por padecimiento.	Públicos y privados.	Sí	30 días. En el caso de accidentes no aplica.
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, hemorroides, fistulas y fisuras rectales (o prolapsos del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones *	¼ SMMGVDF **	30 días por padecimiento.	Públicos y privados.	Sí	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones * Se cubren complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	¼ SMMGVDF **	2 días.	Públicos y privados.	Sí	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones * Se cubren complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	¼ SMMGVDF **	2 días.	Públicos y privados.	Sí	12 meses
	Complicaciones del recién nacido.	Aplican Exclusiones *	¼ SMMGVDF **	30 días.	Públicos y privados.	Sí	12 meses
<b>Indemnización por enfermedades de alta frecuencia</b>	Colecistectomía	Aplican Exclusiones *	5 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones *	5 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones *	5 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	No aplica
<b>Indemnización por enfermedades de alta severidad</b>	Cáncer	Cáncer de piel e insitu son excluidos.	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones *	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	4 años
	Infarto cardiaco agudo y cirugías de corazón.	Aplican Exclusiones *	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral.	Aplican Exclusiones *	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Trasplante de órganos mayores.	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Insuficiencia renal crónica.	Aplican Exclusiones *	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones *	20 SMMGVDF	No aplica	Públicos y privados.	No ***	No aplica
<b>Tipo de seguro</b>	Individual.						
<b>Edades de Aceptación</b>	La Compañía aceptará a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años, renovación vitalicia.						
<b>Forma de pago</b>	Anual.						
<b>Periodo de gracia para pago de prima</b>	30 días.						
<b>Temporalidad del plan</b>	Un año renovable.						
<b>Conductos de venta</b>	Por cualquiera de los autorizados (Agentes, bancos, etc.).						

Fuente: CONDUSEF. (s.f.). Descripción de los Seguros Básicos. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de

<https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/descripciones.php>.

Del cuadro anterior se hacen las siguientes acotaciones:

\* Contenidas en el numeral 5, de las Condiciones Generales de la Circular S-8.6

\*\* Monto de indemnización por día

\*\*\* En el caso de Indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

SMDGVDF: Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal.

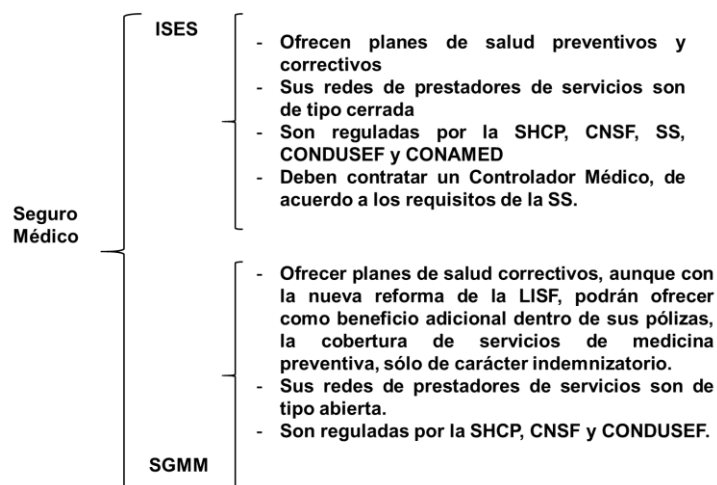
### **4.3 Diferencias entre los SGMM y las ISES.**

Las diferencias que existen entre los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM), y las Instituciones de Seguros Especializadas de Salud (ISES), son muy marcadas, principalmente por las coberturas que ofrecen y por el marco regulatorio, aunque con la nueva LISF, los SGMM podrán proporcionar servicios de prevención dentro de sus coberturas.

Las ISES son “contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado” (LISF, 2014, Artículo 27, fracción V).

Mientras que los SGMM son “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. Las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas autorizadas para operar este ramo, podrán ofrecer como beneficio adicional dentro de sus pólizas, la cobertura de servicios de medicina preventiva, sólo con carácter indemnizatorio” (LISF, 2014, Artículo 27, fracción IV).

### Cuadro 4.3.1 Seguros Médicos.



Fuente: Elaboración propia en base: Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014), y AXA Seguros. (s.f.). Seguro de Salud. Diferencias con Gastos Médicos Mayores. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de

<http://axainforma.com/Cursos/DEFINITIVO%20INTERACTIVO%20CEDULA>.

Acotaciones:

- Sólo se considera como seguros médicos a las ISES y SGMM, para realizar nuestro análisis, no se considera Accidentes Personales.

“Las ISES trabajan con redes de prestadores de servicio cerradas” (AXA Seguros, s.f.)<sup>31</sup>, mientras que “los SGMM trabajan con redes de prestadores de servicio abiertas” (AXA Seguros, s.f.)

Las ISES son reguladas por la Secretaría de Salud, en el cual, las ISES deben presentar un dictamen expedida por esta secretaría que cumpla con requisitos establecidos, también debe contar con un Controlar Médico, que su misión es supervisar que las ISES operen de una manera adecuada de acuerdo con lo establecido con la Secretaría de Salud, también las ISES son regula das por la CONAMED para cuestiones de los tratamientos médicos.

Los SGMM no son regulados por la Secretaría de Salud ni por la CONAMED.

---

31 AXA Seguros. (s.f.). Seguro de salud. Diferencias con Gastos Médicos Mayores. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://axainforma.com/Cursos/DEFINITIVO%20INTERACTIVO%20CEDULA>.

En el caso de los contratos de seguros, las ISES se ofrecen mediante planes de Salud mientras que los SGMM se ofrecen por evento, es decir, por enfermedad.

Las exclusiones de las ISES se determinan a partir del plan de Salud, ya sea seguros de salud o seguros dentales. Mientras que los SGMM, las exclusiones se determinan a partir de la enfermedad y de la preexistencia.

**Cuadro 4.3.2 Cuadro Comparativo de ISES y SGMM.**

Concepto	ISES	SGMM
<b>Definición</b>	Tiene como objetivo la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud del asegurado	Tiene como objetivo cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, aunque también los SGMM podrán ofrecer servicios de medicina preventiva, sólo con carácter indemnizatorio
<b>Órganos regulatorios</b>	SHCP, CNSF, SS, CONDUSEF y CONAMED	SHCP, CNSF y CONDUSEF
<b>Leyes regulatorias</b>	LSC, LGS, LISF, CUSF, LFD y LPDUSEF	LSC, LISF, CUSF y LPDUSEF
<b>Edades de aceptación</b>	De 0 y Máxima de 64 años, pero en el caso de los seguros dentales puede ser a cualquiera edad	De 0 y Máxima de 64 años
<b>Formas de pago</b>	Anual	Anual
<b>Periodo de gracia</b>	30 días	31 días
<b>Temporalidad</b>	Un año renovable	Un año renovable
<b>Cobertura</b>	Por plan	Por evento
<b>Exclusiones</b>	Depende del plan de cobertura y edad, se aplica las exclusiones	Depende de la enfermedad, se aplica las exclusiones
<b>Tarifa</b>	Por edades y estado de la República Mexicana.	Por edades y estado de la República Mexicana.
<b>Redes de prestadores de servicios</b>	Cerradas	Abiertas
<b>Conductos de venta</b>	Por cualquiera de los autorizados (Agentes, bancos, etc.).	Por cualquiera de los autorizados (Agentes, bancos, etc.).
<b>Suma asegurada</b>	Desde 1 hasta 8 SMMGVDF dependiendo del plan	Desde 1/2 hasta 20 SMMGVDF dependiendo de la enfermedad
<b>Servicios</b>	Consultas, Estudios de Laboratorio o Gabinete, y tratamiento	Tratamiento, aunque algunas coberturas ofrecen servicios preventivos como consultas

Fuente: Elaboración propia en base: AXA Seguros. (s.f.). Seguro de Salud. Diferencias con Gastos Médicos Mayores. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://axainforma.com/Cursos/DEFINITIVO%20INTERACTIVO%20CEDULA>.

## 4.4 Funcionamiento.

Para constituirse como ISES, como se había visto anteriormente, necesita de diferentes permisos y trámites para su funcionamiento.

Las ISES requieren de los siguientes requisitos para operar (Secretaría de Salud, 2016):

- “Autorización de la SHCP.
- Dictamen de la SS.
- Dictamen de la CNSF.
- Ratificación del Contralor Médico.
- Certificación de Proveedores.
- Instrumentación de Programas”.

También las ISES requieren de los siguientes trámites ante la Secretaría de Salud para poder funcionar como ISES (Secretaría de Salud, 2016):

- “SSA-06-09: Solicitud de Dictamen Provisional.
- SSA-06-10: Solicitud de Dictamen Definitivo.
- SSA-06-12: Ratificación del Contralor Médico.
- SSA-06-11: Solicitud de Dictamen Anual.
- SSA-06-13: Informe Cuatrimestral del Contralor Médico”.

Para la supervisión técnica que realiza la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, las ISES requieren de lo siguiente (Secretaría de Salud, 2016):

- “Organización y procedimientos en salud.
- Planes de Salud.
- Capacidad y suficiencia.
- Control de la utilización de protocolos y guías clínicas.
- Mejora continua en la prestación de servicios hacia la satisfacción del usuario.
- Sistema de información.
- Atención de quejas.
- Derechos del paciente.
- Contratos con prestadores.
- Certificación de prestadores”.

De acuerdo con lo anterior, las ISES requieren de una infraestructura médica y operativa muy potente para operar, principalmente para los requisitos que ordena la Secretaría de Salud.

#### **4.5 Marco Jurídico de las ISES.**

En esta sección se habla del marco jurídico de las ISES que se compone de lo siguiente: Ley Sobre Contrato de Seguro (LSCS), Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF), Circular Única de Seguros y Finanzas (CUSF), Ley General de Salud (LGS), Ley Federal de Derechos (LFD), y la Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (LPDUSF).



La LSCS es la encargada de fijar los requisitos que debe tener un contrato de seguro, así como determinar las obligaciones y derechos de usuarios de seguros.

La LISF es una ley más amplia, dado que en ésta Ley viene estipulado los requisitos que debe tener la institución de seguros para operar, además como los requisitos que debe reunir la institución de seguros para que le expida el dictamen favorable de CNSF, también los requisitos que debe reunir el controlador médico para ser nombrado por el consejo administrativo de la institución de seguros, así como sus funciones y obligaciones.

La CUSF también es muy amplia, pero sólo toma en cuenta los requisitos que debe reunir una institución de seguros que desea operar en el ramo de salud.

La LGS dicta los requisitos de que debe poseer los prestadores de servicios de salud, es decir, los médicos y especialista que sean contratados por la institución de seguros.

La LFD sólo determina los precios de los diferentes dictámenes que pide la SS, es decir, el dictamen provisional, anual y definitivo.

La LPDUSF determina que la institución de seguros debe tener una Unidad Especializada para consultas y reclamaciones de los usuarios.

### Cuadro 5.1 Marco Jurídico de las ISES.

Ley	Funciones
LSCS	Establece los requisitos que debe tener un contrato de seguros Las obligaciones y derechos de la aseguradora como del asegurador
LISF	Los requisitos que debe reunir las ISES para operar El capital mínimo pagado Requisitos de Solvencia II
CUSF	Los requisitos para operar en el ramo de salud.
LGS	Los requisitos que deben reunir los prestadores de servicios de salud
LFD	Los precios de los diferentes dictámenes que pide la SS
LPDUSF	Consultas y reclamaciones de los usuarios

Fuente: Elaboración propia en base: Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS) (Diario Oficial de la Federación 4 de Abril de 2013), Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014), Circular Única de Seguros y Fianzas (CUSF) (Diario Oficial de la Federación 4 de Abril de 2013), Ley General de Salud (LGS) (Diario Oficial de la Federación 1 de Junio de 2016), Ley Federal de Derechos (LFD) (Diario Oficial de la Federación 7 de Diciembre de 2016), y Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (LPDUSF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014).

### **4.5.1 Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

La Ley Sobre el Contrato de Seguro se promulgó el 31 de agosto de 1935, paralelamente con la Ley de Instituciones de Seguros.

Las principales reformas que se dieron en la Ley sobre el Contrato de seguro fueron (LSCS, 2013):

- 15 de abril de 1946.
- 15 de enero de 1966.
- 2 de enero de 2002.
- 24 de abril de 2006.
- 6 de mayo de 2009.
- 9 de abril de 2012.
- 4 de abril de 2013.

El contrato de seguro es “aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas” (Guardiola Lozano, 2001).

Según la LSCS (2013) en el Artículo 1º decreta que el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos (Circular s-8.7, 2008):

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate”.

Según la LSCS (2013) en el Artículo 8 determina que el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La póliza “es el documento en que consta los derechos y obligaciones de las partes contratantes y forman parte de la misma todos aquellos documentos necesarios para expedición de la póliza y los anexos y endosos posteriores a su emisión.” (Martínez Gil, 1990, p. 230).

La LSCS (2013) en el Artículo 20 acuerda que la empresa aseguradora deberá entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de ambas partes, que deberá contener lo siguiente (LSCS, 2013, Artículo 20):

- I. “Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora.

- II. La designación de la cosa o de la persona asegurada.
- III. La naturaleza de los riesgos garantizados.
- IV. El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía.
- V. El monto de la garantía.
- VI. La cuota o prima del seguro”.

En la actualidad existen dos tipos de seguros, que son: personas y daños.

Los seguros de personas se “caracteriza porque el objeto asegurado es la persona humana, haciéndose depender de su existencia, salud o integridad el pago de la prestación” (Guardiola Lozano, 2001, p. 64).

Mientras los seguros de daños son “todos los seguros cuyo fin principal es reparar la pérdida sufrida, a causa de siniestro, en el patrimonio del tomador de seguro” (Guardiola Lozano, 2001, p. 65).

En nuestro análisis nos interesa, los seguros de personas, porque estamos estudiando los seguros de salud, así pues, las pólizas de seguros de personas deberán anexarle lo siguiente, además de lo establecido en la LSCS (2013) en el Artículo 20 (LSCS, 2013, Artículo 164):

- I. “El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro.
- II. El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado.
- III. El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas.
- IV. En su caso, los valores garantizados”.

La duración de un contrato de seguro de no vida, que incluye los seguros de salud, según la LSCS (2013) en el Artículo 81 Fracción II, determina que la duración de los contratos de seguros de no vida será de dos años.

#### **4.5.2 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.**

La Ley de Instituciones de Seguros se crea el 25 de agosto de 1935 con el fin de (Minzoni Consorti, 2005b, p. 22):

1. “Mexicanizar a la actividad aseguradora (capital extranjero en minoría);
2. Regresar a la Secretaría de Hacienda el control de las instituciones de seguros; y
3. Establecer el control más estricto de toda esa actividad”.

Las principales reformas que sufrió la Ley de Instituciones de Seguros, que después se transformó en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para finalizar con la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, Fueron (LGISMS, 1935)<sup>32</sup> y (LISF, 2014):

- “31 de agosto de 1936.
- 16 de abril de 1946.
- 5 de enero de 1952.
- 31 de diciembre de 1953.

---

<sup>32</sup> Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) (Diario Oficial de la Federación. 31 de Agosto de 1935). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/LGISMS%20\(Versi%C3%B3n%20compilada%20al%2010-Ene-14\).pdf](http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/LGISMS%20(Versi%C3%B3n%20compilada%20al%2010-Ene-14).pdf).

- 31 de diciembre de 1956.
- 23 de diciembre de 1974.
- 7 de enero de 1981.
- 14 de enero de 1983.
- 14 de enero de 1985.
- 3 de enero de 1990.
- 23 de diciembre de 1993.
- 3 de enero de 1997.
- 31 de diciembre de 1999.
- 16 de enero de 2002.
- 13 de mayo de 2005.
- 24 de marzo de 2006.
- 4 de abril de 2013.
- 01 de enero de 2014”.

El 4 de abril de 2015 entró en vigor la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en sustitución de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de la Ley de Instituciones de Fianzas, ésta reforma tiene la peculiaridad de incorporar el modelo europeo denominado Solvencia II, que busca darle certeza a los asegurados de que las compañías de seguros tiene la capacidad de responder a sus obligaciones contraídas en los contratos de seguros.

La LISF es una Ley muy amplia en términos de Seguros, de tal manera que en este apartado lo dividiré en dos partes. En la primera parte, se hablará en términos generales de los seguros; y en la segunda parte, se trata el de Seguros de Salud.

En primer lugar, iniciamos nuestro análisis sobre esta Ley, con los seguros en general.

Para la autorización para operar como institución de seguros, las solicitudes de autorización deberán cumplir con lo siguiente (LISF, 2014, Artículo 41):

- I. “Proyecto de estatutos sociales, el cual deberá considerar el objeto social y señalar expresa e individualmente las operaciones y ramos, o bien los ramos y subramos.
- II. Relación e información de las personas que directa o indirectamente pretendan mantener una participación en el capital social de la institución a constituir indicando, en lo conducente:
  - a) Su nacionalidad.
  - b) El monto del capital social que cada una de ellas suscribirá y el origen de los recursos que utilizará para tal efecto.
  - c) La situación patrimonial, tratándose de personas físicas, o los estados financieros, tratándose de personas morales, en ambos casos de los últimos tres años.
  - d) La información que permita verificar que cuentan con honorabilidad e historial crediticio y de negocios satisfactorios.
- III. Programa estratégico para la implementación de las políticas y normas a que se refiere el inciso b), de la fracción I del artículo 70 de la LISF.

- IV. Nombres, nacionalidad, domicilios y ocupaciones de los probables consejeros y funcionarios, quienes deberán cumplir con los requisitos establecidos en los artículos del 56 al 58 de la LISF.
- V. Plan de actividades que, como mínimo, contemple:
- a) El capital social inicial.
  - b) Las operaciones y ramos, o bien ramos y subramos.
  - c) Las bases relativas a su organización, administración y control interno.
  - d) Las previsiones de cobertura geográfica y segmentos de mercado que pretendan atender.
  - e) Los programas de operación técnica y colocación de seguros, respecto a las operaciones y ramos, o bien ramos y subramos, según sea el caso, para los cuales están solicitando autorización.
  - f) El estudio de la viabilidad financiera y técnica de la institución.
  - g) Las medidas de seguridad para preservar la integridad de la información.
  - h) Las bases para aplicar utilidades, en la inteligencia de que no podrán repartir dividendos durante sus tres primeros ejercicios sociales. La restricción anterior no será aplicable a las instituciones que cuenten con Fondos Propios Admisibles superiores en 25% al requerimiento de capital de solvencia conforme a lo dispuesto en el artículo 232 de la LISF.
- VI. Comprobante de haber constituido un depósito en garantía en moneda nacional en institución de crédito o de valores gubernamentales por su valor de mercado, a favor de la Tesorería de la Federación, por una cantidad igual al 10% del capital mínimo pagado con que deba operar la sociedad, según LISF.
- VII. La demás documentación e información relacionada que la CNSF requiera para el efecto”.



Para obtener el dictamen de la CNSF, que es uno de los requisitos para el funcionamiento de las instituciones de seguros, deberá acreditar el cumplimiento de lo siguiente (LISF, 2014, Artículo 46):

- I. “Que las operaciones o ramos, o bien ramos o subramos, según sea el caso, se encuentren expresamente señalados en sus estatutos sociales.
- II. Que cuenten con el capital mínimo pagado que les corresponda conforme a lo establecido en el artículo 49 de la LISF, en función de las operaciones y ramos, o bien ramos y subramos, según sea el caso, que pretendan realizar.
- III. Que acrediten que cuentan con los órganos de gobierno y la estructura corporativa adecuados para realizar las operaciones que pretendan llevar a cabo, de acuerdo con lo establecido en la LISF y en las disposiciones de carácter general emitidas por la CNSF tendientes a procurar el buen funcionamiento de las instituciones.
- IV. Que acrediten que cuentan con la infraestructura, controles internos y manuales respectivos, necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, tales como:
  - a) Emisión de pólizas.
  - b) Registro de sus operaciones.
  - c) Contabilidad.
  - d) Valuación de cartera de activos y pasivos.
  - e) Procesamiento electrónico de información contable, financiera, técnica y estadística.
  - f) Infraestructura para el pago de reclamaciones y atención a los asegurados y beneficiarios, o bien a los contratantes, fiados y beneficiarios, según sea el caso.
  - g) Mecanismos internos ágiles y oportunos para la recepción y atención de quejas de los asegurados y beneficiarios, o bien de los contratantes, fiados y beneficiarios, según corresponda.
  - h) Los demás que correspondan a la especialidad de las operaciones que realice la institución.

- V. Que, en su caso, acrediten que se encuentran al corriente en el pago de las sanciones impuestas por incumplimiento de la LISF que hayan quedado firmes, así como en el cumplimiento de las observaciones y acciones correctivas que, en ejercicio de sus funciones, hubiere dictado la CNSF”.

En cuanto a la organización de las instituciones de seguros, según la LISF (2014) en el Artículo 48 determina que las instituciones de seguros deberán ser constituidas como sociedades anónimas de capital fijo o variable.

Para el capital mínimo pagado que deberá contar las instituciones de seguros, según la LISF (2014) en el Artículo 49 será el equivalente en moneda nacional al valor de las Unidades de Inversión que determine la CNSF.

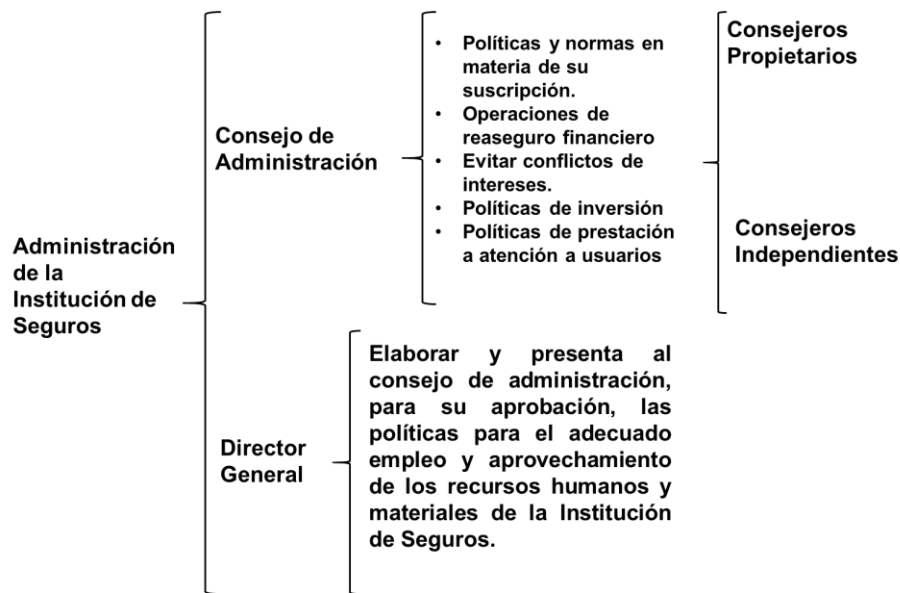
El acuerdo por el que determina el capital mínimo pagado con el que deberá contar las instituciones de seguros por cada operación o ramo que tenga autorizado (2014)<sup>33</sup> fija que en el Ramo de Salud, deberá ser de 1'704, 243 (un millón setecientos cuatro mil doscientas cuarenta y tres UDIS) en 2014.

Para la administración de las instituciones de Seguros, “estará encomendada a un consejo de administración y a un director general, en sus respectivas esferas de competencia” (LISF, 2014, Artículo 55)

---

<sup>33</sup> ACUERDO por el que se determina el capital mínimo pagado con el que deberán contar las Instituciones de Seguros por cada operación o ramo que tengan autorizado (Diario Oficial de la Federación 21 de Marzo de 2014).

### Cuadro 4.5.2.1 Administración de una Institución de Seguros.



Fuente: Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014), Artículos 55-57.

Según la LISF (2014) en el Artículo 59, quedará a cargo de la SHCP el nombramiento de los consejeros administrativos y del director general, asimismo, la CNSF será la encargada de la remoción, suspensión, destitución e inhabilitación de los consejeros administrativos; también la CNSF con acuerdo de su Junta de Gobierno, podrá recomendar a la SHCP la remoción del director general de la institución nacional de seguros, cuando considere que este, en el desempeño de sus funciones, no se ha ajustado a las disposiciones legales y administrativas aplicables.

Actualmente derivado de la reforma del 4 de abril de 2013 a la LISF, se ha implementado un nuevo sistema que permite determinar los recursos mínimos que debe poseer cada aseguradora, denominado Solvencia II.

Solvencia II consiste en tres pilares que: Solvencia Financiera (Pilar I), Gobierno Corporativo (Pilar II), y Transparencia (Pilar III).

La Solvencia Financiera consiste en determinar que las instituciones de seguros realicen de una manera eficiente el cálculo de las reservas técnicas (son los recursos que destina la aseguradora para respaldar las obligaciones que ha contraído con sus asegurados) y los requerimientos de capital, así como las reglas para las inversiones y el reaseguro (es el riesgo que asume la aseguradora en el contrato de seguro).

El Gobierno Corporativo persigue que las instituciones de seguros tengan un área específica en la administración de riesgos, también que posea un sistema independiente de la auditoría interna y que cada miembro del consejo administrativo tenga bien definido sus funciones y responsabilidades en la organización.

La Transparencia tiene como función primordial que las aseguradoras muestren al público su información financiera, tanto su balance general como su estado de resultados, para garantizar que la institución goza de una situación financiera sana.

“Solvencia II es el desarrollo y establecimiento de un nuevo sistema que permita determinar los recursos propios mínimos a requerir a cada aseguradora, en función de los riesgos asumidos y la gestión que se realice de cada uno de ellos.

Los métodos de cálculo deberían poder adaptarse a la evolución de los perfiles de riesgo de las entidades. En definitiva, se trata de establecer los mecanismos o procedimientos para el cálculo de los recursos propios mínimos de las compañías, con base en la exposición final de los riesgos” (Aguilar, 2008)<sup>34</sup>.

Solvencia II está compuesto por tres pilares, que consiste en lo siguiente (Aguilar, 2008):

- “Pilar I: La búsqueda de procedimientos para el cálculo de los requerimientos de capital acordes con el diverso nivel de complejidad de las aseguradoras, y cuyos resultados sean mucho más sensibles al riesgo que los hasta ahora vigentes.

---

<sup>34</sup> Aguilar, P. (Febrero de 2008). Solvencia II Los conceptos básicos. *AMIS*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de [https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Conceptos\\_Basicos\\_de\\_Solvencia\\_II\\_2.pdf](https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Conceptos_Basicos_de_Solvencia_II_2.pdf)

- Pilar II: se intenta potenciar que la actuación supervisora verifique el rigor de los procedimientos utilizados por las entidades, en su evaluación interna de los recursos totales que precisan para respaldar el conjunto de los riesgos asumidos.
- Pilar III. Busca mediante una mayor transparencia, impulsar la disciplina de mercado, como mecanismo que estimule a las aseguradoras a mantener los niveles de recursos propios adecuados”.

El esquema de Solvencia II, busca “mejorar el gobierno corporativo y la gestión de riesgos, hacer más eficiente las operaciones y procesos, incrementar visibilidad de la información para grupos de interés y mejorar el aprovechamiento de recursos y capital” (Ramírez, Gutiérrez & Álvarez, s.f., p. 12)<sup>35</sup>.

Así pues, Solvencia II es un mecanismo de planes que busca mejorar la eficiencia de la actividad aseguradora, de tal manera que el usuario tenga la certeza de que la compañía de seguros tiene la capacidad de responder a sus obligaciones contraídas en el contrato de seguro.

El pilar I es la Solidez Financiera, que se dividen en: Reservas Técnicas, Requerimientos de Capital, Inversiones y Reaseguro.

La reserva técnica son los recursos que destina la aseguradora para respaldar las obligaciones que ha contraído con sus asegurados.

Para ello, las Instituciones de Seguros, deberán constituir las siguientes reservas técnicas (LISF, 2014, Artículo 216):

- I. “Reservas de riesgos en curso;
- II. Reservas para obligaciones pendientes de cumplir;

---

<sup>35</sup> Ramírez, A. M., Gutiérrez, R., & Álvarez, I. (s.f.). Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas El Impacto de las Nuevas Regulaciones en el Sector Asegurador y Afianzador. *Delineando Estrategias una Visión de KPMG*.

- III. Reserva matemática especial, para los seguros a los que se refiere la fracción II del Artículo 27 de esta Ley;
- IV. Reserva para fluctuación de inversiones, para los seguros a los que se refiere la fracción II del Artículo 27 de este ordenamiento;
- V. Reserva de contingencia, para los seguros a los que se refiere la Fracción II del Artículo 27 de la presente Ley, así como para las Sociedades Mutualistas;
- VI. Reserva de riesgos catastróficos, para los seguros a los que se refieren las Fracciones IX y XI a XV del Artículo 27 de este ordenamiento, y
- VII. Las demás que, conforme a lo que establece el Artículo 223 de esta Ley, determine la CNSF”.

Los requerimientos de capital, según la LISF (2014) en el Artículo 235 Fracción IV determinan que el requerimiento de capital de solvencia de las instituciones de seguros cubrirá, como mínimo, los siguientes riesgos técnicos particulares:

- a) “El riesgo de suscripción de los seguros de vida, el cual reflejará el riesgo derivado de la suscripción atendiendo a los siniestros cubiertos y a los procesos operativos vinculados a su atención y, considerará, cuando menos, los riesgos de mortalidad, longevidad, discapacidad, enfermedad, morbilidad, de gastos de administración, caducidad, conservación, rescate de pólizas y de eventos extremos en los seguros de vida;
- b) El riesgo de suscripción de los seguros de accidentes y enfermedades, el cual reflejará el riesgo que se derive de la suscripción como consecuencia tanto de los siniestros cubiertos como de los procesos operativos vinculados a su atención, y considerará, cuando menos, los riesgos de primas y de reservas, de mortalidad, longevidad, discapacidad, enfermedad, morbilidad, de gastos de administración y riesgo de epidemia.  
Cuando en los seguros de accidentes y enfermedades las instituciones de seguros empleen bases técnicas similares a las del seguro de vida, el riesgo de suscripción deberá reflejar, en lo aplicable, los riesgos a que se refiere el inciso a) de esta Fracción;

- c) El riesgo de suscripción de los seguros de daños, el cual reflejará el riesgo que se derive de la suscripción como consecuencia tanto de los siniestros cubiertos como de los procesos operativos vinculados a su atención, y considerará, cuando menos, los riesgos de primas y de reservas, así como de eventos extremos en los seguros de daños, y
- d) El riesgo por reafianzamiento tomado, el cual reflejará los riesgos señalados en los Incisos a), b) y c), de la Fracción V de este Artículo”.

Además de lo anterior, las instituciones cubrirá, adicionalmente, los siguientes riesgos (LISF, 2014, Artículo 235 Fracción VI):

- a) “El riesgo de mercado, el cual reflejará la pérdida potencial por cambios en los factores de riesgo que influyan en el valor de los activos y pasivos de las Instituciones y Sociedades Mutualistas, tales como tasas de interés, tipos de cambio, índices de precios, entre otros;
- b) El riesgo de descalce entre activos y pasivos, el cual reflejará la pérdida potencial derivada de la falta de correspondencia estructural entre los activos y los pasivos, por el hecho de que una posición no pueda ser cubierta mediante el establecimiento de una posición contraria equivalente, y considerará, cuando menos, la duración, moneda, tasa de interés, tipos de cambio, índices de precios, entre otros;
- c) El riesgo de liquidez, el cual reflejará la pérdida potencial por la venta anticipada o forzosa de activos a descuentos inusuales para hacer frente a obligaciones, o bien, por el hecho de que una posición no pueda ser oportunamente enajenada o adquirida;
- d) El riesgo de crédito, el cual reflejará la pérdida potencial derivada de la falta de pago, o deterioro de la solvencia de las contrapartes y los deudores en las operaciones que efectúen las Instituciones y Sociedades Mutualistas, incluyendo las garantías que les otorguen. Adicionalmente, el riesgo de crédito deberá considerar la pérdida potencial que se derive del incumplimiento de los contratos destinados a reducir el riesgo, tales como los contratos de reaseguro, de reafianzamiento, de bursatilización y de Operaciones Financieras Derivadas, así como las cuentas por cobrar de intermediarios y otros riesgos de crédito que no puedan estimarse respecto del nivel de la tasa de interés libre de riesgo;

- e) El riesgo de concentración, el cual reflejará el incremento de las pérdidas potenciales asociado a una inadecuada diversificación de activos y pasivos, y que se deriva de las exposiciones causadas por riesgos de crédito, de mercado, de suscripción, de liquidez, o por la combinación o interacción de varios de ellos, por contraparte, por tipo de activo, área de actividad económica o área geográfica;
- f) El riesgo operativo, el cual reflejará la pérdida potencial por deficiencias o fallas en los procesos operativos, en la tecnología de información, en los recursos humanos o cualquier otro evento externo adverso relacionado con la operación de las Instituciones y Sociedades Mutualistas”.

En cuanto a las inversiones, “las instituciones podrán invertir, directa o indirectamente, en el capital social de otras Instituciones; de entidades aseguradoras, reaseguradoras o reafianzadoras del extranjero; de sociedades de inversión o de sociedades operadoras de estas últimas; de administradoras de fondos para el retiro y de sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro. Además, cuando las Instituciones no formen parte de grupos financieros, podrán invertir en el capital social de cualquier otro intermediario o entidad financiera que las leyes aplicables autoricen” (LISF, 2014, Artículo 265).

“Las Instituciones podrán contar con activos destinados exclusivamente a la prestación de servicios cuyo fin sea el cumplimiento de las obligaciones derivadas de sus pólizas de seguros o de sus pólizas de fianzas, o bien adquirir acciones representativas del capital de sociedades que tengan como único objeto la prestación de dichos servicios en forma exclusiva. En este último caso, su participación en el capital pagado de tales sociedades no podrá ser inferior al 51%.

En el caso de que los servicios a que se refiere el párrafo anterior sean prestados directamente por las Instituciones, éstas deberán mantener una administración y un registro contable separados, a fin de que su funcionamiento no afecte de ninguna manera su operación” (LISF, 2014, Artículo 266).

“Las instituciones podrán invertir en títulos representativos del capital social de Consorcios de Seguros y de Fianzas, de otras empresas que les presten servicios complementarios o auxiliares en su administración o en la realización de su objeto, así como de sociedades



inmobiliarias que sean propietarias o administradoras de bienes destinados a sus oficinas.”(LISF, 2014, Artículo 267).

El reaseguro es el riesgo que asume la aseguradora en el contrato de seguro.

En cuestión del Reaseguro, la LISF (2014) en el Artículo 260 decreta que las Instituciones fijarán anualmente sus límites máximos de retención, atendiendo a las operaciones, ramos o subramos que tengan autorizados, así como a los riesgos o responsabilidades que asuman.

Para ello tomarán en cuenta como mínimo, lo siguiente (LISF, 2014, Artículo 260):

- I. El volumen de las operaciones de la Institución;
- II. El monto de los Fondos Propios Admisibles de la Institución;
- III. El monto y características de los riesgos o responsabilidades asumidos por la Institución;
- IV. La composición de la cartera de riesgos o responsabilidades de la Institución;
- V. La experiencia obtenida respecto al comportamiento de la siniestralidad, o bien respecto al incumplimiento de fiados y al pago de reclamaciones;
- VI. La suficiencia, calidad y liquidez de las garantías de recuperación recabadas por la Institución;
- VII. La capacidad financiera, técnica y operativa de los contratantes de seguros o de los fiados;
- VIII. El grado de avance en el cumplimiento de las obligaciones legales o contractuales del contratante del seguro materia del riesgo asegurado, o bien del cumplimiento de las responsabilidades garantizadas;
- IX. La acumulación de riesgos por contratante o grupos de contratantes de seguros, o bien de responsabilidades por fiado o grupos de fiados, y
- X. Las políticas que aplique la Institución para ceder o aceptar reaseguro o reafianzamiento”.

El Pilar II es el Gobierno Corporativo. Un Gobierno Corporativo se define como las normas y herramientas por las cuales se rige una empresa.

Para el caso de una institución de seguros, “el de Gobierno Corporativo deberá corresponder al volumen de operaciones, así como a la naturaleza y complejidad de las actividades de la institución de que se trate, y deberá comprender el establecimiento y verificación del cumplimiento de políticas y procedimientos explícitos en materia de administración integral de riesgos, auditoría y contraloría internas, función actuarial y contratación con terceros de servicios necesarios para la operación de la institución” (LISF, 2014, Artículo 69).

Para el funcionamiento del Gobierno Corporativo, la institución de seguros deberá contemplar lo siguiente (LISF, 2014, Artículo 69):

- I. “En materia de administración integral de riesgos, las instituciones deberán contar con un sistema eficaz que comprenda las políticas, estrategias, procesos y procedimientos de información necesarios para vigilar, administrar, medir, controlar, mitigar e informar al consejo de administración de forma continua sobre los riesgos a los que, a nivel individual y agregado, pueda estar expuesta la institución, así como sobre las interdependencias de dichos riesgos.

Dentro del sistema de administración integral de riesgos, las instituciones deberán realizar una autoevaluación periódica en materia de riesgos y solvencia, que abarcará, como mínimo, lo siguiente:

- a) El nivel de cumplimiento por parte las áreas operativas de la institución, de los objetivos, políticas y procedimientos para la administración integral de riesgos;
- b) Las necesidades globales de solvencia de la institución de acuerdo al perfil de riesgo específico, los límites de tolerancia al riesgo aprobados por el consejo de administración, y la estrategia comercial de la institución, incluyendo la revisión periódica de los posibles

impactos futuros sobre la solvencia con base en la realización de la prueba de solvencia dinámica.

- c) El cumplimiento permanente de los requisitos en materia de inversiones, reservas técnicas, reaseguro, reafianzamiento, garantías, requerimiento de capital de solvencia y capital mínimo pagado.
  - d) El grado en el que el perfil de riesgo de la institución se aparta de las hipótesis en que se basa el cálculo del requerimiento de capital de solvencia.
  - e) Una propuesta de medidas para atender las deficiencias que, en su caso, se detecten como resultado de la realización de la referida autoevaluación.
- II. En materia de control interno, las Instituciones deberán establecer un sistema eficaz y permanente de contraloría interna, el cual consistirá, por lo menos, en el desempeño de las actividades relacionadas con el diseño, establecimiento y actualización de medidas y controles que propicien el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable a la institución de que se trate en la realización de sus actividades.

La función de contraloría interna constará, como mínimo, de procedimientos administrativos y contables, de un marco de control interno, de mecanismos adecuados de información a todos los niveles de la institución, así como de una función permanente de comprobación de las actividades de la misma. Asimismo, deberá proporcionar al consejo de administración y a la dirección general los elementos necesarios para evaluar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables, así como las posibles repercusiones de cualquier modificación del entorno legal en las operaciones de la Institución, y la determinación y evaluación del riesgo de cumplimiento.

Los resultados y recomendaciones derivados de la función de contraloría interna deberán ser notificados al consejo de administración y a la dirección general de la Institución, con el propósito de garantizar la aplicación de las medidas correctivas que correspondan.

- III. En materia de auditoría interna, las Instituciones deberán contar con un sistema efectivo y permanente de revisión del cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable a la institución de que se trate en la realización de sus actividades.

La función de auditoría interna deberá ser objetiva e independiente de las funciones operativas, y será efectuada por un área específica que forme parte de la estructura organizacional de la Institución o del Grupo Empresarial del que ésta forme parte, la cual será responsable de revisar periódicamente, mediante pruebas selectivas, que las políticas y normas establecidas por el consejo de administración para el correcto funcionamiento de la institución se apliquen de manera adecuada, así como de verificar el correcto funcionamiento del sistema de control interno, su consistencia con los objetivos y lineamientos aplicables en la materia, y si éste es suficiente y adecuado para la actividad de la Institución. Cuando el área que efectúe la función de auditoría interna se encuentre adscrita a una persona moral integrante del Grupo Empresarial del que la Institución de que se trate forme parte, dicha persona moral estará sujeta a la inspección y vigilancia de la CNSF, respecto de las actividades previstas en esta fracción.

Los resultados y recomendaciones derivadas de la auditoría interna deberán ser notificados al consejo de administración y a la dirección general de la Institución, con el propósito de garantizar la aplicación de las medidas correctivas que correspondan;

- IV. En materia actuarial, las instituciones deberán contar con una función actuarial efectiva y permanente que se encargará de:
- a) Coordinar las labores actuariales relacionadas con el diseño y viabilidad técnica de los productos de seguros o de las notas técnicas de fianzas.
  - b) Coordinar el cálculo y valuación de las reservas técnicas que la institución deba constituir de conformidad con lo previsto en la LISF.
  - c) Verificar la adecuación de las metodologías y los modelos utilizados, así como de las hipótesis empleadas en el cálculo de las reservas técnicas de la institución.
  - d) Evaluar la confiabilidad, homogeneidad, suficiencia y la calidad de los datos utilizados en el cálculo de las reservas técnicas;
  - e) Comparar la estimación empleada en el cálculo de las reservas técnicas con la experiencia anterior de la institución;
  - f) Mantener informado al consejo de administración y a la dirección general de la institución sobre la confiabilidad y razonabilidad del cálculo de las reservas técnicas;

- g) Pronunciarse ante el consejo de administración y la dirección general sobre la política general de suscripción de riesgos de las instituciones de seguros y la política general de suscripción y, en su caso, de obtención de garantías de las Instituciones;
  - h) Pronunciarse ante el consejo de administración y la dirección general sobre la idoneidad de los contratos de reaseguro y reafianzamiento y, en general, sobre la política de dispersión de riesgos de la Institución, e
  - i) Contribuir a la aplicación efectiva del sistema integral de administración de riesgos a que se refiere la fracción I de este artículo, en particular a modelizar el riesgo en que se basa el cálculo del requerimiento de capital de solvencia en términos de lo previsto en los Artículos 235 y 237 de la LISF, así como en la autoevaluación periódica en materia de riesgos y solvencia señalada en la Fracción I del presente Artículo.
- V. En materia de la contratación de servicios con terceros, las instituciones deberán establecer políticas y procedimientos para garantizar que las funciones operativas relacionadas con su actividad que sean contratadas con terceros, sigan cumpliendo con todas las obligaciones previstas en la LISF.
- Dichas políticas deberán prever que no se podrán contratar con terceros la realización de funciones operativas de la Institución de que se trate, cuando dicha contratación pudiera ocasionar que:
- a) Se deteriore la calidad o eficacia del sistema de gobierno corporativo de la Institución;
  - b) Se incremente en forma excesiva el riesgo operativo de la Institución;
  - c) Se menoscabe la capacidad de la Comisión para el desempeño de sus funciones de inspección y vigilancia, o
  - d) Se afecte la prestación de un adecuado servicio al público usuario”.

El Pilar III es la Transparencia, que se compone de proporcionar al público su situación financiera, como es el Balance General y el Estado de Resultados.

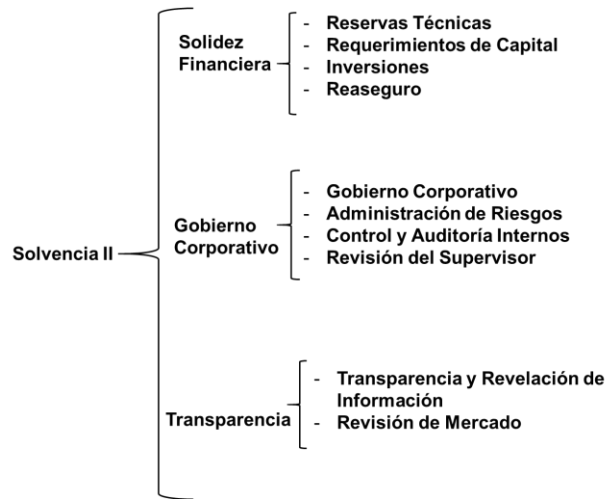
“Tanto la presentación como la publicación de los estados financieros de las Instituciones y Sociedades Mutualistas, será bajo la estricta responsabilidad de los administradores, comisarios y auditores externos independientes de la Institución o Sociedad Mutualista que hayan sancionado y dictaminado la autenticidad de los datos contenidos en dichos estados contables, 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” (LISF, 2014, Artículo 305).

“Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán dar a conocer al público en general, como una nota a sus estados financieros, la información relativa a la cobertura de su Base de Inversión y, en el caso de las Instituciones, el nivel de suficiencia de Fondos Propios Admisibles que cubran el requerimiento de capital de solvencia.

Asimismo, las Instituciones deberán revelar al público su nivel de riesgo, conforme a la calificación de calidad crediticia que les otorgue una empresa calificadora especializada autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, en términos de las disposiciones de carácter general que al efecto emita la CNSF. Las Instituciones deberán incorporar las referidas calificaciones en notas a sus estados financieros. Dicha calificación deberá ser otorgada a las Instituciones, en escala nacional y en ningún caso podrán tener una antigüedad superior a doce meses” (LISF, 2014, Artículo 307).

“Las Instituciones estarán obligadas a poner a disposición del público en general la información corporativa, financiera, técnica, de reaseguro, de reafianzamiento, de administración de riesgos, regulatoria, administrativa, operacional, económica, de nivel de riesgo, de solvencia y jurídica que determine la Comisión, mediante disposiciones de carácter general que emita para tales efectos. Para dictar dichas disposiciones, la Comisión deberá tomar en consideración la relevancia de esa información para transparentar al público la solvencia, liquidez y seguridad operativa de las Instituciones” (LISF, 2014, Artículo 308).

### Cuadro 4.6.2 Modelo de Solvencia II.



Fuente: Elaboración propia en base: Ramírez, A. M., Gutiérrez, R., & Álvarez, I. (s.f.). Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas El Impacto de las Nevias Regulaciones en el Sector Asegurador y Afianzador. *Delineando Estrategias una Visión de KPMG*, p. 12.

En segundo plano, iniciamos nuestro análisis en cuestión de ISES.

La LISF (2014) en el Artículo 25 Fracción II inciso c), determina el Ramo de Salud dentro de las actividades de Accidentes y Enfermedades, de tal manera que en el Artículo 27 Fracción V de la misma Ley, define que los contratos de Ramo de Salud, tendrá como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

La LISF (2014) en el Artículo 27 fracción IV dicta que los contratos del ramo de Gastos Médicos tendrán 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. Las instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas autorizadas para operar este ramo, podrán ofrecer como beneficio adicional dentro de sus pólizas, la cobertura de servicios de medicina preventiva, sólo con carácter indemnizatorio.

La LISF (2014) en el Artículo 27 Fracción IV se fundamenta nuestra investigación, dado que los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) podrán proporcionar dentro de sus pólizas adicionalmente coberturas de prevención, del cual sólo lo otorgaba los Seguros de Salud conocidas como ISES.

Para operación del ramo de salud, según la LISF (2014) en el Artículo 41 Fracción VII, dicta que para constituir una institución de seguros para operar el ramo de salud, además de lo previsto en el artículo 41, deberá acompañarse de un dictamen provisional que emita la Secretaría de Salud, previo pago de los derechos correspondientes, el cual no deberá tener más de sesenta días de haber sido expedido, en el que se haga constar que la sociedad cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos de seguro a que se refiere el artículo 27, fracción V, de la LISF, o que subcontratará dichos servicios.

El dictamen definitivo que emita la Secretaría de Salud, previo el pago de los derechos correspondientes, se deberá presentar dentro del término de noventa días contado a partir del otorgamiento de la autorización.

De modo que los dictámenes antes mencionados, deberá cumplir con los siguientes requisitos (LISF, 2014, Artículo 46):

- I. “Que los recursos materiales y humanos de la institución de Seguros, propios o contratados con terceros, sean suficientes para cumplir con los planes y productos ofrecidos a la población que pretende asegurar la institución de seguros, de conformidad con los planes, productos y coberturas que pretenda ofrecer u operar.
- II. Que la institución de seguros cuente con los manuales de organización y procedimientos respecto de las prestaciones de servicios de salud que ofrezca.
- III. Que la institución de seguros, al prestar sus servicios, cumpla los requisitos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en materia de salud, derivadas de la Ley General de Salud.



- IV. Que los profesionales de la salud contratados por la institución de seguros, quienes prestarán los servicios a los contratantes, tomadores de seguros o sus beneficiarios, acrediten legalmente contar con los conocimientos técnicos médicos.
- V. Que en los planes de salud que comercialice la institución de seguros, se salvaguarde en todo momento la libertad de juicio clínico del médico, siempre y cuando este se aplique con fundamento en la práctica médica reconocida por las academias científicas y basada en la ética médica.
- VI. Que la institución de Seguros acredite que cuenta 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.
- VII. Que la institución de seguros acredite que cuenta con un mecanismo interno eficiente, ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción y atención de quejas y reclamaciones de sus asegurados.
- VIII. Que la Institución de Seguros acredite que cuenta con un programa para la mejora continua en la prestación de los servicios”.

El Controlador Médico es el encargado de vigilar e inspeccionar las operaciones de la ISES, de tal que los servicios proporcionados por las ISES se realicen de acuerdo a lo establecido en la Ley.

Para entrar en operación las instituciones de seguros de salud, es necesario contar con un Controlador Médico, “el cual será nombrado por el consejo de administración y ratificado por la Secretaría de Salud de acuerdo a los criterios que emita dicha Secretaría, en donde se tomarán en cuenta, entre otros requisitos: la experiencia y conocimientos médicos; no tener parentesco por consanguinidad hasta el segundo grado, o afinidad, con el director general de la Institución; y no encontrarse en ninguno de los supuestos a que se refieren los incisos b) a h) de la fracción III del artículo 56 de la LISF” (LISF, 2014, Art. 73).

El Controlador Médico tendrá a su cargo las siguientes actividades (LISF, 2014, Artículo 73):

- I. “El cumplimiento del programa de utilización de los servicios médicos de la institución de Seguros.
- II. El funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución de Seguros, a fin de que su cobertura sea apropiada.
- III. El cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables derivadas de la Ley General de Salud.
- IV. El seguimiento a las reclamaciones presentadas en contra de la institución de Seguros, en los términos que establezca la CNSF mediante disposiciones de carácter general, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud”.

En relación a los productos que ofrezcan las instituciones de Seguros en el ramo de Salud, deberán (LISF, 2014, Artículo 200 fracción IV):

- a) “Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos.
- b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado”.

Para ser revocada la autorización de una institución de Seguros del ramo de Salud deberá ocurrir lo siguiente (LISF, 2014, Artículo 332 fracción VIII):

- a) “Si la sociedad respectiva no presenta ante la CNSF el dictamen definitivo a que se refiere el artículo 41, fracción VII, de la LISF, dentro del término de noventa días contado a partir del otorgamiento de la autorización.
- b) Si no presenta a la CNSF, el dictamen de la Secretaría de Salud, en los términos del artículo 306 de la LISF. En este caso se escuchará la opinión de la Secretaría de Salud, o

- c) Si en cualquier momento la CNSF tiene 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 27, fracción V, de la LISF. Para este efecto, la CNSF solicitará la opinión previa de la Secretaría de Salud”.

En la LISF (2014) en el Artículo 306 ordena que tratándose de instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud, junto con la presentación de sus estados financieros anuales deberán presentar un dictamen que, previo pago de los derechos correspondientes, emitirá la Secretaría de Salud, el cual no deberá tener más de noventa días 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. Las instituciones de seguros deberán dar a conocer al público en general el contenido del dictamen a que se refiere el párrafo anterior, como una nota a sus estados financieros.

### **4.5.3 Circular Única de Seguros y Fianzas.**

La Circular Única de Seguros se crea el 4 de abril de 2013, para complementar la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Esta circular fue creada para complementar la LISF, principalmente lo concerniente de la solvencia II, pero en este caso sólo se abordará con respecto a las ISES.

La operación de los seguros de salud, deberá contemplar lo siguiente (CUSF, 2013, Capítulo 15.9)<sup>36</sup>:

- 15.9.1 “Las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud deberán contar con una red de servicios, propia, contratada o una combinación de ambas,

---

36 Circular Única de Seguros y Fianzas (CUSF) (Diario Oficial de la Federación 4 de Abril de 2013).

que sea congruente en cuanto a su distribución territorial, con los lugares donde se comercializan y suscriben los mencionados contratos.

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

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

15.9.3 La institución de seguros deberá informar a los asegurados los cambios en la red de infraestructura hospitalaria, por escrito y dentro de los quince días hábiles siguientes en que éstos sucedan.

15.9.4 La institución de seguros deberá ofrecer productos de seguros donde el asegurado pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la Institución de Seguros y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

15.9.5 La institución de seguros deberá establecer en sus pólizas si existe o no la renovación obligatoria de los productos de seguros contratados por los asegurados y, en su caso, la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria de productos de seguros previamente contratados, sea por diseño del producto o por disposición legal o administrativa que así lo establezca, la Institución de Seguros deberá utilizar criterios establecidos en la nota técnica del producto de seguros correspondiente, con el objeto de evitar la discriminación selectiva en la renovación.

15.9.6 La institución de seguros estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

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

- I. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, 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 podrá ser inferior a setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

En el caso de contratos de no adhesión podrán pactarse condiciones distintas a las previstas en el párrafo anterior, previo registro del producto de seguro de que se trate ante la CNSF, de conformidad con la LISF y las presentes Disposiciones.

15.9.7 En los contratos de seguro de salud se deberá establecer que la Institución de Seguros sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- I. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.  
Cuando la Institución de Seguros cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- II. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

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

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades o padecimientos, la Institución de Seguros, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Lo previsto en esta Disposición deberá hacerse del conocimiento de los asegurados.

15.9.9 Las instituciones de seguros podrán establecer en sus contratos, las enfermedades o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

Asimismo, se podrá establecer que en el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Institución de Seguros podrá aceptar el riesgo declarado.

15.9.10 En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, la Institución de Seguros deberá sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, a las disposiciones aplicables a los arbitrajes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”.

En relación a la mejora continua en la prestación de servicios de las ISES, deberá sujetarse a lo siguiente (CUSF, 2013, Capítulo 15.6):

15.6.1. “Las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud deberán elaborar e instrumentar un programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención y fomente la enseñanza y la investigación médica.

15.6.2. El programa de mejora continua en la prestación de los servicios a que se refiere la Disposición 15.6.1, contemplará el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de la Institución de Seguros.

Los indicadores serán congruentes con la base de datos del sistema estadístico a que se refiere el Capítulo 26.1 de la CUSF.

La Institución de Seguros deberá contar con minutas y otros documentos que comprueben la puesta en marcha del programa y den seguimiento a las acciones para el cumplimiento del mismo.

- 15.6.3. El programa de mejora continua en la prestación de los servicios a que se refiere la Disposición 15.6.1, deberá apegarse a las disposiciones administrativas en esa materia emitidas por la Secretaría de Salud y cuya vigilancia será responsabilidad del contralor médico”.

En relación al Capítulo 26.1 de la CUSF ordena que el sistema estadístico del asegurador, se sujetará a lo siguiente (CUSF, 2013, Capítulo 26.1):

- 26.1.1. “Las instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas deberán contar con bases de datos estadísticos que sirvan como sustento para las labores de supervisión que realiza la CNSF, así como para apoyar el análisis de la evolución de la actividad aseguradora, la elaboración de las bases estadísticas y actuariales para el cálculo de las primas de riesgo, la realización de estudios e investigaciones en la materia y, en general, el desarrollo del sector asegurador.
- 26.1.2. Para dar cumplimiento a lo establecido en la Disposición 26.1.1, las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas deberán contar con sistemas estadísticos que les permitan procesar y disponer oportunamente de dicha información, y presentar ante la Comisión los informes y pruebas que les solicite para fines de estadística y de las demás funciones que le corresponde ejercer conforme a la LISF y demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas.
- 26.1.3. Las bases de datos estadísticos que concentren la información a que se refiere este Capítulo estarán a cargo de la CNSF, quien se encargará de recibir, administrar, procesar y, en su caso, difundir la información estadística que le proporcionen las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas.
- 26.1.4. La información estadística que las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas deberán presentar a la CNSF, estará en función de las operaciones y ramos para los que estén autorizadas y se conformará por los siguientes Sistemas Estadísticos del Sector Asegurador (en adelante, “SESA”):

- II. Los SESA para la operación de accidentes y enfermedades:
- a) Accidentes personales individuales.
  - b) Accidentes personales colectivos.
  - c) Gastos médicos individuales.
  - d) Gastos médicos colectivos.
  - e) Seguros de salud”.

En relación a las bases técnicas y la documentación contractual, las ISES deberán sujetarse a lo siguiente (CUSF, 2013, Capítulo 15.7):

15.7.1. “La CNSF hará del conocimiento de la Secretaría de Salud una relación de los productos de seguros registrados por las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición del dictamen anual a que se refiere el artículo 306 de la LISF.

15.7.2. La institución de seguros deberá entregar al contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguro. Dicho folleto deberá describir de forma clara y precisa tanto el producto de seguro que se haya contratado, como los productos a que se refiere la Disposición 15.9.4, así como la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados.

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

El folleto explicativo deberá contar con un suplemento que incluya todas las clínicas y hospitales empleados por la Institución de Seguros para la atención de sus asegurados, señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General, así como los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado, y otros prestadores de servicios que podrán ser utilizados por este, así como de la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones.

Adicionalmente, el suplemento deberá establecer el mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

15.7.3. El folleto explicativo y el suplemento a que se refiere la Disposición 15.7.2, deberán formar parte del producto de seguros que la Institución de Seguros registre ante la CNSF”.



En relación al Controlador Médico que menciona el Artículo 26 y 73 de la LISF, el Controlador Médico deberá cumplir con los siguientes requisitos (CUSF, 2013, Capítulo 15.3.6):

- I. “Ser médico o en su caso odontólogo que cuente con cédula profesional, que emita la Secretaría de Educación Pública.
- II. Acreditar especialidad clínica con certificación vigente o demostrada capacidad técnica y administrativa en servicios de salud mediante los estudios correspondientes y, en ambos casos, experiencia profesional con un mínimo de cinco años.
- III. No haber sido expulsado o encontrarse suspendido de sus derechos como miembro de algún cuerpo colegiado de su profesión reconocido por la Secretaría de Educación Pública.
- IV. Un historial crediticio emitido por una sociedad de información crediticia, conforme a la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia, que no muestre incumplimiento de obligaciones crediticias con entidades financieras, ni de obligaciones fiscales.
- V. No estar inhabilitado para ejercer el comercio o para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público, así como no haber sido concursado en los términos de la Ley relativa o declarado como quebrado sin que haya sido rehabilitado.
- VI. No tener litigio pendiente con la Institución de Seguros a la que le preste este servicio.
- VII. No haber sido condenado por delito que merezca pena privativa de la libertad o por delitos patrimoniales, dolosos o relacionados con su actividad médica.
- VIII. No haber sido condenado en laudo emitido por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- IX. No ser cónyuge, concubina o concubinario, o tener relación de parentesco por afinidad, civil o consanguíneo dentro del segundo grado o algún vínculo de relación laboral o profesional con:
  - a) Los accionistas de control de la institución de seguros.

- b) El director general de la institución de seguros o los funcionarios que ocupen los dos niveles inmediatos inferiores a este.
  - c) Los accionistas de control de los prestadores de la institución de seguros.
  - d) Los funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los prestadores de la Institución de Seguros cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los planes ofrecidos a la población asegurada.
- 
- X. No tener algún nexo patrimonial con las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud, ni vínculo laboral previo con la institución de seguros de que se trate.
  - XI. No ser prestador de servicios de la institución de seguros de que se trate o tener algún nexo patrimonial con prestadores de la misma.
  - XII. No fungir como contralor médico en más de una institución de seguros, con la excepción de que las instituciones de seguros pertenezcan al mismo Grupo Empresarial.
  - XIII. No encontrarse en alguno de los supuestos de impedimento para ser consejeros de las instituciones de seguros previstos en la LISF.
  - XIV. Residir en territorio nacional.
  - XV. Contar con la ratificación de su nombramiento, por parte de la Secretaría de Salud”.

El Controlador Médico deberá realizar las siguientes actividades (CUSF, 2013, Capítulo 15.3.4.):

- I. “Vigilar que la integración de la red de prestadores de atención médica cumpla con los requisitos establecidos en la LISF y en la Ley General de Salud.

- II. Supervisar el funcionamiento correcto de la red de servicios médicos de la institución de seguros, a fin de que su cobertura sea apropiada y adecuada a las necesidades del asegurado.
- III. Emitir opinión y validar los servicios médicos que se contraten con los prestadores de servicios de la institución de seguros.
- IV. Supervisar el cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos de la institución de seguros a que se refiere el Capítulo 15.5 de la CUSF, de las guías clínicas o protocolos médicos y de la prestación de los servicios médicos objeto de los contratos de seguros respectivos.
- V. Vigilar el estricto cumplimiento de las políticas y procedimientos que defina la institución de seguros para garantizar los servicios ofrecidos en los diferentes planes a sus asegurados.
- VI. Vigilar la capacidad de los prestadores de servicios y la infraestructura propia de la institución de seguros, a efecto de que sea suficiente para dar el servicio contratado por los asegurados.
- VII. Vigilar el estricto cumplimiento del programa de la mejora continua en la prestación de servicios a que se refiere el Capítulo 15.6 de la CUSF, que contemple la elevación en la calidad de la atención y que será definido por la propia Institución de Seguros.
- VIII. Conocer los informes del comisario, los dictámenes de los auditores externos independientes y los dictámenes de la Secretaría de Salud.
- IX. Vigilar el cumplimiento por parte de la institución de seguros de la CUSF.
- X. Formular recomendaciones al director general de la institución de seguros 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 e informar al consejo de administración de la misma.
- XI. Supervisar la adecuada recepción, seguimiento y resolución, por parte de la institución de seguros, de las reclamaciones y controversias de carácter médico presentadas.

- XII. Vigilar que en la institución de seguros 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 Secretaría de Salud y a la CNSF, del cumplimiento de las obligaciones a su cargo”.

#### **4.5.4 Ley General de Salud.**

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017)<sup>37</sup> en el Artículo 4º ordena que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, de la cual emana la Ley General de Salud.

Según la Ley General de Salud (2016) en el Artículo 7º determina que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de salud.

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” (LGS, 2016, Artículo 5).

De tal manera que el SNS está compuesto por el sector público y privado.

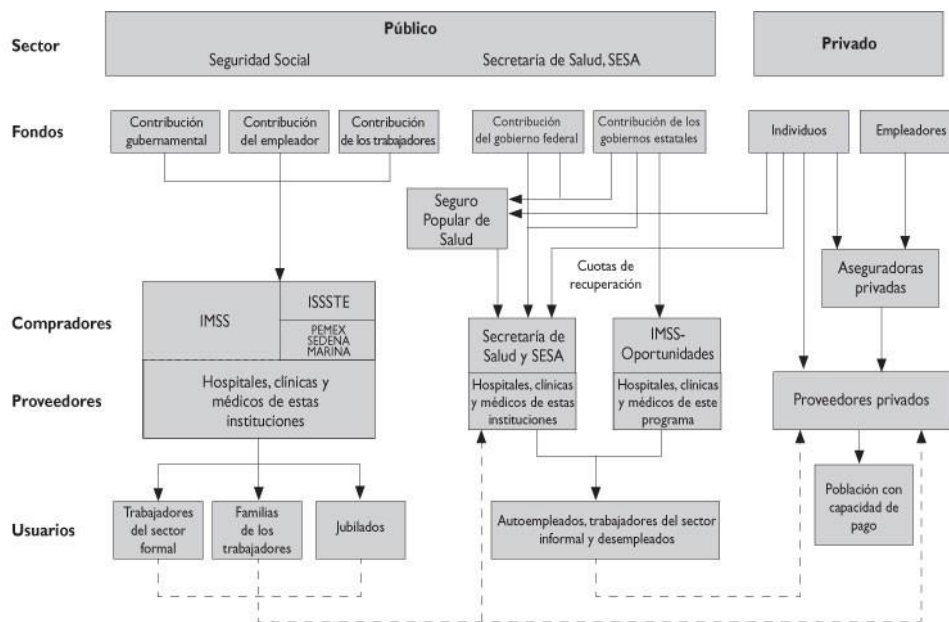
El sector público se divide en: Seguridad Social y Secretaría de Salud; por ello, la Seguridad Social está compuesta por: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y MARINA; mientras que la Secretaría de Salud tiene a su cargo el Seguro Popular.

---

<sup>37</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Diario Oficial de la Federación 15 de Septiembre de 2017).

Mientras que el sector privado integrada por: aseguradoras y hospitales. Para el caso de las aseguradoras estas pueden a través de: Seguro de Accidentes Personales, Seguros de Gastos Médicos Mayores e Instituciones de Seguros Especializadas de Salud.

**Cuadro 4.5.4 Esquema del Sistema Nacional de Salud.**



Fuente: Gómez Dantés, O., Sesma, S., Arreola, H., Frenk, J., Becerril, V., & Knaul, F. (Enero de 2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública Mex*, 53. Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017).

La Ley General de Salud se promulgó el 7 de febrero de 1984.

Las principales modificaciones que se presentaron en la Ley General de Salud son (LGS, 2016):

- “27 de mayo de 1987.
- 14 de junio de 1991.

- 7 de mayo de 1997.
- 26 de mayo de 2000.
- 15 de mayo de 2003.
- 24 de febrero de 2005.
- 19 de septiembre de 2006.
- 14 de julio de 2008.
- 20 de agosto de 2009.
- 7 de junio de 2011.
- 7 de junio 2012.
- 14 de enero de 2013.
- 13 de enero de 2014”.

Según la LGS (2016) en el Artículo 24, define que los servicios de salud son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Los servicios de salud se clasifican en (LGS, 2016, Artículo 25):

- I. “De atención médica.
- II. De salud pública.
- III. De asistencia social”.

Los prestadores de servicios de salud se clasifican en (LGS, 2016, Artículo 34):

- I. “Servicios públicos a la población en general.
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten.
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria”.

La LGS (2016) en el Artículo 34 Fracción III, nos habla que los servicios de salud pueden ser: servicios sociales o privados. Los servicios de salud privado es el que nos interesa, porque las ISES es un seguro de salud privado.

Según la LGS (2016) en el Artículo 38, define que los servicios de salud privados son los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley. Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.

La LGS (2016) en el Artículo 43 implanta que los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.

Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, deberá contar con los siguientes comités (LGS, 2016, Artículo 41 Bis):

- I. “Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención

y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento.

- II. En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones”.

Con respecto el Artículo 33 de esta Ley, menciona que las actividades de atención médica son (LGS, 2016, Artículo 33):

- I. “Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad.
- IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario”.

Con respecto a las profesionales dedicados a la protección de salud, los profesionales que podrán prescribir medicamentos son (LGS, 2016, Artículo 28 Bis):

1. “Médicos.
2. Homeópatas.
3. Cirujanos Dentistas.
4. Médicos Veterinarios en el área de su competencia.



5. Licenciados en Enfermería, quienes únicamente podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud”.

Para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren de (LGS, 2016, Artículo 272 Bis):

- I. “Cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes.
- II. Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo a la Lex Artis Ad Hoc de cada especialidad, expedido por el Consejo de la especialidad según corresponda, de conformidad con el artículo 81 de la presente Ley”.

En el Artículo 81 de la LGS (2016) estipula que la emisión de los diplomas de especialidades médicas, corresponde a las instituciones de educación superior y de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes.

“Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de la LGS” (LGS, 2016, Artículo 84).

“Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se registrarán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas en los establecimientos de salud se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes” (LGS, 2016, Artículo 85).

La cuestión sanitaria es importante porque determinan los estándares de la calidad de los servicios médicos, principalmente la calidad de los medicamentos, que es un elemento esencial para el tratamiento de una enfermedad.

Con respecto a la cuestión sanitaria, se requiere la autorización para operar a los establecimientos dedicados a (LGS, 2016, Artículo 198):

- I. “El proceso de los medicamentos que contengan estupefacientes y psicotrópicos; vacunas; toxoides; sueros y antitoxinas de origen animal, y hemoderivados.
- II. La elaboración, fabricación o preparación de medicamentos, plaguicidas, nutrientes vegetales o sustancias tóxicas o peligrosas.
- III. La aplicación de plaguicidas.
- IV. La utilización de fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico.
- V. Los establecimientos en que se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos.
- VI. Centros de mezcla para la preparación de mezclas parenterales nutricionales y medicamentosas”.

#### **4.5.5 Ley Federal de Derechos.**

La Ley Federal de Derechos fue creada el 31 de diciembre de 1981.

El 7 de diciembre de 2016 se reforma la Ley Federal de Derechos.

En cuestión de ISES, la LFD ordena que el precio de los dictámenes para constituirse como ISES debe ser de la siguiente manera (LFD, 2016, Art. 195-K-1)<sup>38</sup>:

---

38 Ley Federal de Derechos (LFD) (Diario Oficial de la Federación 7 de Diciembre de 2016).

I. Por dictamen provisional.....	\$3,947.91
II. Por dictamen definitivo, incluida la visita de inspección y vigilancia.....	\$17,766.69
III. Por dictamen anual, incluida la visita de inspección y vigilancia.....	\$11,843.84

#### **4.5.6 Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros.**

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros se creó el 18 de enero de 1999.

Las principales modificaciones que se realizaron en la Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros fueron (LPDUSF, 2014):

- “5 de enero de 2000.
- 12 de mayo de 2005.
- 15 de junio de 2007.
- 25 de junio 2009.
- 10 de enero de 2014”.

La LPDUSF en cuanto a ISES sólo procede en cuestión de reclamaciones por parte de los usuarios por concepto de alguna irregularidad en la prestación de los servicios.

La LPDUSF (2014) en el Artículo 50 BIS decreta que cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y

reclamaciones de los Usuarios. Para tal efecto, dicha Unidad Especializada se sujetará a lo siguiente (LPDUSF, 2014, Artículo 50 BIS):

- I. “El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación.
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público.
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras.
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción.
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita”.

#### **4.6 Marco Institucional de las ISES.**

El marco instituciones de las ISES consta de los siguientes organismos: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), Secretaría de Salud (SS), Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

La SHCP es la encargada de autorizar a las instituciones de seguros para operar, así como interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos.

La función de la CNSF es determinar el capital mínimo pagado, dictar las normas de registro de operaciones de las instituciones seguros, también de colaborar con la SHCP para la inspección y vigilancia de las compañías de seguros.

La SS es la autoridad para determinar los requisitos que deben reunir las ISES en cuestión médica, así como emitir las normas oficiales de salud.

La CONDUSEF es la responsable de las consultas y reclamaciones de los usuarios de las ISES, en cuestión de su contrato de seguros.

La CONAMED es la comisionada de las consultas y reclamación suscitada entre los usuarios de servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

#### **Cuadro 4.6 Marco Institucional de las ISES.**

<b>Organismo</b>	<b>Funciones</b>
SHCP	Autoriza las operaciones de las instituciones de seguros Interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos
CNSF	Determinar el capital mínimo pagado Dicta normas de registro de las operaciones de las instituciones de seguros Inspecciona y vigila a las instituciones de seguros
SS	Inspecciona y vigila de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las ISES Emite los dictámenes (provisional, anual y definitivo) Emite las Normas Oficiales de Salud Ratifica el nombramiento del Controlador Médico
CONDUSEF	Consultas, reclamaciones, y en su caso sanciones derivados del contrato de seguro
CONAMED	Contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios

Fuente: Fuente: Elaboración propia en base: Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014), Ley General de Salud (LGS) (Diario Oficial de la Federación 1 de Junio de 2016), Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (RICONAMED) (Diario Oficial de la Federación 3 de Febrero de 2004), y Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (LPDUSF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014).

## 4.6.1 Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La SHCP “es la dependencia del Poder Ejecutivo Federal que tiene como misión proponer, dirigir y controlar la política económica del Gobierno Federal en materia financiera, fiscal, de gasto, de ingresos y deuda pública, con el propósito de consolidar un país con crecimiento económico de calidad” (SHCP, s.f.)<sup>39</sup>.

La SHCP tiene una gran variedad de atribuciones, pero en esta sección sólo se hablará las atribuciones correspondientes a la actividad aseguradora, esto es a través de la Dirección General Adjunta de Seguros y Fianzas, que emanan del Reglamento Interno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, entre las atribuciones más importantes están (RISHCP, 2014, Artículo 33)<sup>40</sup>:

- “Participar en la formulación de las políticas de promoción, desarrollo, regulación y supervisión de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y fianzas y de sus consorcios, de las reaseguradoras extranjeras, oficinas de representación de reaseguradoras extranjeras, así como de las actividades de seguros y fianzas.
- Efectuar el análisis, propuestas y seguimiento de las políticas, programas y mecanismos en materia de seguros y fianzas, así como evaluar sus resultados.
- Coadyuvar, en el ejercicio de las atribuciones que respecto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ejerza la Unidad de Seguros, Pensiones y Seguridad Social, y participar en las sesiones de los órganos de gobierno y grupos de trabajo, de las dependencias, de sus órganos administrativos desconcentrados y de las entidades de la Administración Pública Federal, y comités técnicos de fideicomisos públicos en los que participe la Secretaría, cuando sea designado para tal efecto.

---

39 SHCP. (s.f.). *Que hacemos*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.gob.mx/shcp/que-hacemos>.

40 Reglamento Interno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (RISHCP) (Diario Oficial de la Federación 31 de Octubre de 2014).

- Asesorar y formular propuestas o recomendaciones en la adquisición de seguros, así como de otros instrumentos de transferencia de riesgos para la protección financiera del patrimonio del Fondo de Desastres Naturales.
- Ejercer, previo acuerdo superior, las atribuciones de la Unidad de Seguros, Pensiones y Seguridad Social en las materias de seguros, fianzas y riesgos”.

#### **4.6.2 Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

La CNSF es un “Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, encargada de supervisar que la operación de los sectores asegurador y afianzador se apegue al marco normativo, preservando la solvencia y estabilidad financiera de las instituciones de Seguros y Fianzas, para garantizar los intereses del público usuario, así como promover el sano desarrollo de estos sectores con el propósito de extender la cobertura de sus servicios a la mayor parte posible de la población” (CNSF, s.f.)<sup>41</sup>.

Entre las atribuciones más sobresalientes que tiene la CNSF son (LISF, 2014, Artículo 366):

- “Realizar la inspección y vigilancia de las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como de las demás personas y entidades reguladas por la LISF, conforme a lo previsto en ésta y otras leyes relativas al sistema financiero.
- Dictar normas de registro de las operaciones de las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como, en su caso, de otras personas y entidades reguladas por la LISF.
- Otorgar, modificar o revocar las autorizaciones para organizarse, operar y funcionar como Institución o Sociedad Mutualista, en términos de lo previsto en la LISF.
- Determinar el capital mínimo pagado que deberán cubrir las Instituciones y Sociedades Mutualistas, de conformidad con lo previsto en LISF.

---

41 CNSF. (s.f.). *Que hacemos*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <https://www.gob.mx/cnsf/que-hacemos>.

- Llevar el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras, en términos de lo previsto en la LISF.
- Llevar el registro de productos de seguros, así como el registro de notas técnicas y documentación contractual de fianzas, en los términos previstos en la LISF.
- Autorizar las solicitudes para la fusión de Instituciones y de Sociedades Mutualistas, de conformidad con lo establecido en la LISF.
- Autorizar las solicitudes para la escisión de Instituciones, conforme a lo establecido por la LISF.
- Determinar los días en que las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán cerrar sus puertas y suspender sus operaciones.
- Recomendar a la SHCP, la remoción del director general de una institución nacional de seguros o de una institución nacional de fianzas, en términos de la LISF.
- Ordenar la suspensión, remoción, destitución o veto de los consejeros y directivos de las organizaciones aseguradoras y afianzadoras, de acuerdo con lo establecido por la LISF, así como conocer y resolver sobre los recursos que se presenten en contra de estas determinaciones.
- Elaborar y publicar estadísticas y documentos relacionados con los sistemas asegurador y afianzador.
- Celebrar convenios de colaboración con la CONDUSEF, que tengan por objeto establecer los mecanismos y canales a través de los cuales esta última hará del conocimiento de la CNSF, las observaciones que deriven del ejercicio de las facultades en materia de contratos de adhesión, publicidad y estados de cuenta previstas en la LISF y en la LPDUSF.



### 4.6.3 Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud es “la dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población” (Secretaría de Salud, s.f.)<sup>42</sup>.

Las funciones más importantes de la SS están (LOAPF, 2016, Artículo 39)<sup>43</sup>:

- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.  
Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.
- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.
- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.
- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General.

---

42 Secretaría de Salud. (s.f.). *Que hacemos*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.gob.mx/salud/que-hacemos>.

43 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) (Diario Oficial de la Federación 18 de Julio de 2016).

- Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados”

#### **4.6.4 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.**

La CONAMED es “un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos” (CONAMED, s.f., p. 3)<sup>44</sup>.

La CONAMED tiene las siguientes funciones (RICONAMED, 2004, Artículo 12)<sup>45</sup>:

- “Proporcionar asesoría y orientación a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre las disposiciones aplicables en la prestación de los servicios de atención médica.
- Resolver acerca de la admisión de quejas y, en su caso, orientar a los promoventes respecto de la instancia facultada para atender su trámite cuando no se trate de asuntos que deba atender la CONAMED en términos de su Reglamento de Procedimientos;
- Remitir a las unidades administrativas correspondientes los expedientes de queja, para la continuación del trámite arbitral, cuando no se trate de asuntos a resolver a través de gestión inmediata”.

---

<sup>44</sup> CONAMED. (s.f.). *Información sobre la CONAMED para los profesionales de la Salud*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/129864/funciones.pdf>

<sup>45</sup> Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (RICONAMED) (Diario Oficial de la Federación 3 de Febrero de 2004).

#### **4.6.5 Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.**

La CONDUSEF es “un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, tiene como objetivo prioritario procurar la equidad en las relaciones entre los Usuarios y las Instituciones Financieras, otorgando a los primeros elementos para fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con las segundas” (LPDUSF, 2014, Artículo 4)<sup>46</sup>.

Así pues, las atribuciones correspondientes de la CONDUSEF son (LPDUSF, 2014, Artículo 11):

- “Atender y resolver las consultas que le presenten los Usuarios, sobre asuntos de su competencia.
- Atender y, en su caso, resolver las reclamaciones que formulen los Usuarios, sobre los asuntos que sean competencia de la CONDUSEF.
- Informar al público sobre la situación de los servicios que prestan las Instituciones Financieras y sus niveles de atención, así como de aquellas Instituciones Financieras que presentan los niveles más altos de reclamaciones por parte de los Usuarios. Esta información podrá incluir la clasificación de Instituciones Financieras en aspectos cualitativos y cuantitativos de sus productos y servicios.
- Orientar y asesorar a las Instituciones Financieras sobre las necesidades de los Usuarios.
- Revisar y ordenar modificaciones a los contratos de adhesión utilizados por Instituciones Financieras para la celebración de sus operaciones o la prestación de sus servicios, en caso de que incumplan con las disposiciones de carácter general que establezca la CONDUSEF”.

---

46 Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (LPDUSF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014).

# Capítulo 5. Análisis de Penetración de las ISES.

En este apartado se realizará un estudio de mercado de las ISES, de tal modo que se pueda comprender las ventajas y desventajas que tienen los seguros de salud.

Se analiza la participación que tiene las ISES en el sector asegurador, para que después se estudie la participación que tiene cada aseguradora especializada de salud.

Posteriormente, se interpreta los estados financieros de tres instituciones. La primera, la que tiene mayor participación en el mercado de los seguros de salud; la segunda, la que tuvo menor participación en este sector; y por último, una aseguradora que ofrece exclusivamente servicios dentales y que su participación fue la mejor de las dos compañías que ofrecen este tipo de servicios.

Para conocer el mercado principal de las ISES, se analiza los asegurados que tiene este sector, tanto el titular como los dependientes; por edad y género; y en que estados de la República tienen mayor número de asegurados.

También se verá en que Estados de la República hay un mayor número de primas emitidas y en que estados de la República son más utilizados los servicios proporcionados por las ISES.

## 5.1 Participación de las ISES en el Sector Asegurador.

Las ISES tiene una participación muy pequeña en el sector asegurador, en el cuadro 5.1.1, muestra que la participación de las ISES en el sector asegurador no llegar ni al 1%, en el periodo 2000-2014.

También las ISES no han podido tener un crecimiento paulatino y sostenible, puesto que en el año 2000 representó el 0.61%, y en los siguientes años no tuvo un crecimiento mayor del 0.79% que fue en 2013, por esta razón, las ISES no han logrado atraer un mayor número de clientes, en los últimos años.

**Cuadro 5.1.1 Participación del Sector Asegurador Mexicano del 2000 al 2014 en Primas Directas.**

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vida	43.86	33.70	39.08	36.14	38.80	37.65	41.82	40.42	41.11	40.52	39.99	39.55	40.61	40.71	41.59
Pensiones	11.10	13.23	7.27	2.71	3.65	3.21	3.07	3.32	3.74	3.73	6.52	5.69	5.72	5.89	5.74
Accidentes Personales	0.66	0.89	0.96	0.99	1.12	1.39	1.47	1.59	1.52	1.37	1.57	1.51	1.49	1.61	1.35
Gastos Médicos Mayores	7.76	9.26	9.17	11.34	11.10	12.74	12.47	12.79	13.30	12.67	13.17	12.85	12.59	12.59	13.69
Salud	0.61	0.74	0.71	0.55	0.60	0.66	0.71	0.69	0.74	0.72	0.67	0.66	0.62	0.79	0.76
Daños	36.00	42.19	42.81	48.27	44.74	44.35	40.47	41.18	39.59	40.99	38.08	39.74	38.96	38.42	36.87

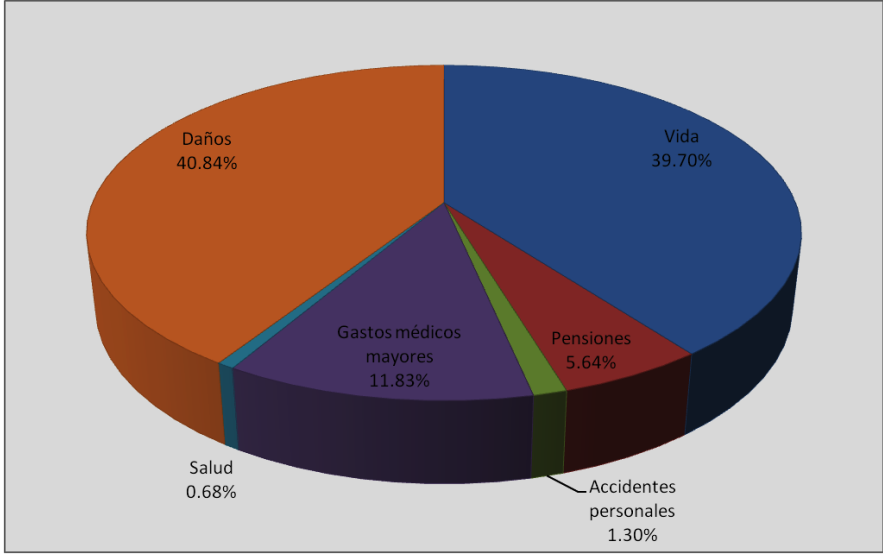
Fuente: Elaboración propia con dato: CNSF. (2000-2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas.  
Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>.

El gráfico 5.1.2 muestra que la participación promedio de las ISES en el periodo 2000-2014, represento el 0.68%, es decir, como lo habíamos mencionado no ha podido representar ni el 1% del sector, esto se debe porque las ISES no han podido atraer un mayor volumen de clientes, mientras que los SGMM si lo han podido lograr, visto que en el gráfico 5.1.2 se observa que los SGMM representó el 11.83% en promedio, en el periodo 2000-2014.

La principal causa que ha provocado que las ISES no hayan logrado atraer a nuevos clientes, es el desconocimiento que tiene la población sobre este tipo de seguros, visto que la publicidad de los SGMM es mayor, simplemente lo observamos en las bolsas de trabajo, en donde algunas empresas ofrecen un SGMM en sus vacantes disponibles, de lo tanto, con estos anuncios la población se entera de la existencia de los SGMM

Los SGMM, su participación en el sector asegurador ha sido sostenible con tendencia a la alza, debido que en el año 2000 representó 7.76%, mientras que en 2014 significó el 13.67%, por lo tanto, los SGMM ha crecido del 2000 al 2014, alrededor 76%, lo que significa que los SGMM va en ascenso.

**Gráfica 5.1.2 Participación del Sector Asegurador Mexicano Promedio del 2000 al 2014 en Primas Directas.**



Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (2000-2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>

## 5.2 Estudio FODA de las ISES.

“El análisis FODA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada” (Ponce Talancón, 2007, p. 114)<sup>47</sup>.

“una fortaleza son los recursos considerados valiosos y la misma capacidad competitiva de la organización como un logro que brinda ésta o una situación favorable en el medio social. Una debilidad se define como un factor que hace vulnerable a la organización o simplemente una actividad que la empresa realiza en forma deficiente, lo que la coloca en una situación débil” (Ponce Talancón, 2007, p. 114).

“Las oportunidades constituyen aquellas fuerzas ambientales de carácter externo no controlables por la organización, pero que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría. Las amenazas son lo contrario de lo anterior, y representan la suma de las fuerzas ambientales no controlables por la organización, pero que representan fuerzas o aspectos negativos y problemas potenciales” (Ponce Talancón, 2007, p. 114).

---

<sup>47</sup> Ponce Talancón, H. (Enero-Junio de 2007). La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1).

## Cuadro 5.2.1 Matriz FODA.

Fortalezas
Capacidades fundamentales en áreas claves.
Recursos financieros adecuados.
Buena imagen de los compradores.
Ser un reconocido líder en el mercado.
Estrategias de las áreas funcionales bien ideadas.
Acceso a economías de escala.
Aislada (por lo menos hasta cierto grado) de las fuertes presiones competitivas.
Propiedad de la tecnología.
Ventajas en costos.
Mejores campañas de publicidad.
Habilidades para la innovación de productos.
Dirección capaz.
Posición ventajosa en la curva de experiencia
Mejor capacidad de fabricación.
Habilidades tecnológicas superiores.
Oportunidades
Atender a grupos adicionales de clientes.
Ingresar en nuevos mercados o segmentos.
Expandir la línea de productos para satisfacer una gama mayor de necesidades de los clientes.
Diversificarse en productos relacionados.
Integración vertical (hacia adelante o hacia atrás).
Eliminación de barreras comerciales en mercados foráneos atractivos.
Debilidades
No hay una dirección estratégica clara.
Instalaciones obsoletas.
Rentabilidad inferior al promedio.
Falta de oportunidad y talento gerencial.
Seguimiento deficiente al implantar la estrategia.
Abundancia de problemas operativos internos.
Atraso en investigación y desarrollo.
Línea de productos demasiado limitada.
Débil imagen en el mercado.
Débil red de distribución.
Habilidades de mercadotecnia por debajo del promedio.
Incapacidad de financiar los cambios necesarios en la estrategia.
Costos unitarios generales más altos en relación con los competidores clave.
Amenazas
Entrada de competidores foráneos con costos menores.
Incremento en las ventas y productos sustitutos.
Crecimiento más lento en el mercado.
Cambios adversos en los tipos de cambio y políticas comerciales de gobiernos extranpolíticas comerciales de gobiernos extranjeros.
Requisitos reglamentarios costosos.
Vulnerabilidad a la recesión y ciclo empresarial.
Creciente poder de negociación de clientes o proveedores.
Cambio en las necesidades y gustos de los compradores.
Cambios demográficos adversos.

Fuente: Ponce Talancón, H. (Enero-Junio de 2007). La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanza e Investigación en Psicología, 12(1), 116.

Para el caso de las ISES, sus fortalezas son los servicios que ofrecen y que los diferencian con los SGMM, mientras que sus debilidades es la forma en que compiten en el mercado asegurador y en especial con los SGMM.



Las oportunidades que tienen las ISES es ofrecer el servicio de salud en caso de una privatización del sector salud u ofrecer planes orientados a la clase media para que pueda incrementar el número de clientes de las ISES, y sus amenazas es la reforma del 4 de abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas, que permite que los SGMM puedan ofrecer servicios preventivos, lo que va ocasionar que disminuya el mercado de las ISES, por el precio más bajo de los SGMM.

### Cuadro 5.2.2 Matriz FODA de las ISES.

Fortalezas
Un trato respetuoso tanto a los servicios, como a su privacidad.
Seleccionar el médico y hospital de atención que más le convenga
Poder solicitar otras opiniones sobre su padecimiento conforme a lo pactado en el contrato de seguro.
A ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas.
A conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que la atienden y el responsable del equipo.
Ofrecer coberturas en Salud y Dental
Oportunidades
Incrementar el número de ISES que ofrezcan servicios dentales.
Ofrecer productos más económicos para la población de clase media.
En caso de privatización del sector salud, que las ISES sean las encargadas de ofrecer el servicio de salud.
Debilidades
El precio de ISES es mayor que los SGMM
Su participación en el mercado asegurador es inferior al 1%
Sus redes de prestadores de servicios son de tipo cerrada
Amenazas
La nueva reforma de la LISF, que permite que los SGMM ofrezcan servicios preventivos
El aumento de clientes de los SGMM en los últimos años
Un retroceso en la participación del sector asegurador por parte de las ISES en los último años

Fuente: Elaboración propia en base: Barrón, L. (Noviembre-Diciembre de 2008). Una opción diferente en Salud privada: ISES (Instituciones de Seguros Especializadas de Salud) precios a la medida y atención de calidad. *Revista AMASFAC* (36).

### 5.3 Mercado de Contratación.

Asegurado se refiere a la persona física por cuya previsión y cobertura se expide la póliza, en la cual aparece su nombre como asegurado principal” (Conceptos básicos del seguro de salud, 2000, p. 24)

En la actividad aseguradora, los asegurados son muy importantes, puesto que son los que adquieren la protección financiera. Para el caso de las ISES, los asegurados comprenden tanto el titular como los dependientes.

En los asegurados de las ISES, las edades más comunes de los asegurados son desde los 32 a los 34, en el cual, la mayor parte de los hombres tienen la edad de 34 años, mientras que las mujeres tienen la edad de 32, también se observa que hay mayor número de asegurados hombres que mujeres, lo que quiere decir que en los hombres tienen una mayor información sobre seguros médicos y mayor cuidado de su salud. Por otra parte, los asegurados se encuentran ubicados en los estados con mayores ingresos, como es el Distrito Federal y Nuevo León, que son los estados con mejor condición de vida y empleo.

Para conocer los asegurados de las ISES es pertinente conocer primeramente en que edades hay más asegurados, para ello en el cuadro 5.3.1, muestra que la edad de 34 años hay mayor número de asegurados hombres con 67,256 asegurados, mientras que la edad con mayor número de aseguradas mujeres es la edad de 32 años con 14,654.

Por lo anterior, los asegurados de las ISES están entre 32 a 34 años de edad, de la cual los asegurados hombre son mayoritariamente.

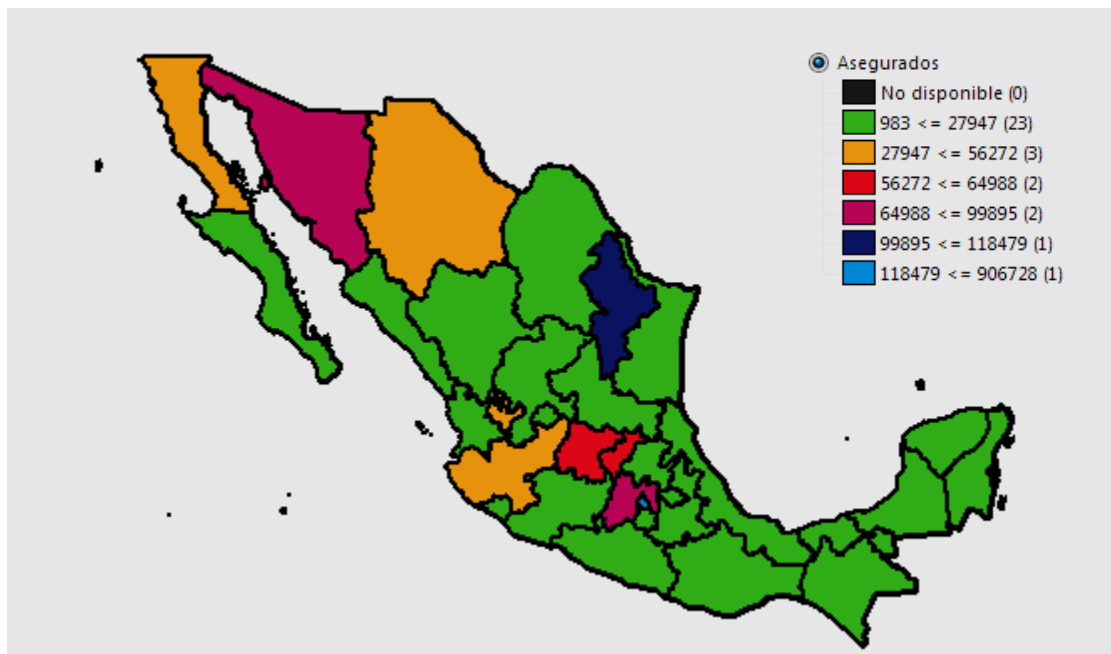
**Cuadro 5.3.1 Número de Asegurados de las ISES en el Año 2014 por Género.**

Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino
0	3,463	3,673	25	9,089	10,877	50	5,071	6,624	75	455	378
1	6,939	7,339	26	9,854	12,065	51	4,816	5,982	76	448	349
2	7,621	7,680	27	10,301	12,556	52	4,692	5,532	77	372	321
3	8,047	8,230	28	12,040	14,068	53	4,056	4,967	78	349	273
4	8,641	9,187	29	13,166	15,193	54	3,987	4,876	79	277	268
5	8,763	9,173	30	13,904	17,405	55	3,821	3,732	80	266	211
6	8,952	9,297	31	14,392	18,245	56	3,292	3,321	81	274	184
7	8,908	9,302	32	14,654	18,757	57	3,252	3,212	82	227	155
8	9,150	9,059	33	14,429	20,616	58	2,814	3,062	83	188	140
9	8,631	8,764	34	14,558	67,256	59	2,784	2,729	84	230	170
10	8,257	8,529	35	13,430	16,396	60	2,491	2,302	85	143	137
11	7,950	8,035	36	13,055	15,612	61	2,288	2,124	86	155	95
12	7,849	8,014	37	12,947	15,935	62	2,018	1,805	87	113	77
13	7,443	7,576	38	12,195	15,829	63	1,923	1,701	88	118	60
14	7,385	7,676	39	12,168	15,815	64	1,748	1,647	89	105	61
15	6,589	6,506	40	12,093	15,727	65	1,489	1,362	90	81	46
16	6,303	6,153	41	11,452	15,677	66	1,315	1,168	91	67	39
17	5,747	5,748	42	10,578	15,180	67	1,160	1,132	92	64	33
18	5,237	5,528	43	9,436	15,264	68	977	827	93	64	16
19	5,238	6,206	44	9,472	17,286	69	1,010	842	94	32	14
20	5,400	6,410	45	8,082	9,612	70	846	706	95	30	5
21	5,607	6,330	46	7,342	8,860	71	750	651	96	15	14
22	5,897	6,742	47	6,331	8,031	72	662	520	97	8	12
23	6,774	7,211	48	5,941	7,128	73	510	434	98	6	2
24	8,216	9,832	49	5,499	6,890	74	492	389	99	11	2
									100	9	5

Fuente: Parrao Guzmán, A. (Noviembre de 2015). Análisis descriptivo del sistema estadístico del seguro de salud (2014). *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (145).

Para conocer el mercado de las ISES, es pertinente saber en qué estados de la república mexicana hay un mayor número de asegurados. En el mapa 5.3.2, se observa que el Distrito Federal tiene un mayor número de asegurados, seguido de Nuevo León, esto quiere decir, que los asegurados en el ramo de salud, se encuentran en los estados en que su población tienen una economía estable.

### Mapa 5.3.2 Asegurados por Entidad Federativa en 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (s.f.). *Por Operación, Ramo o Tipo de Seguro, Sobre Riesgos Asegurados y Reclamaciones*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>.

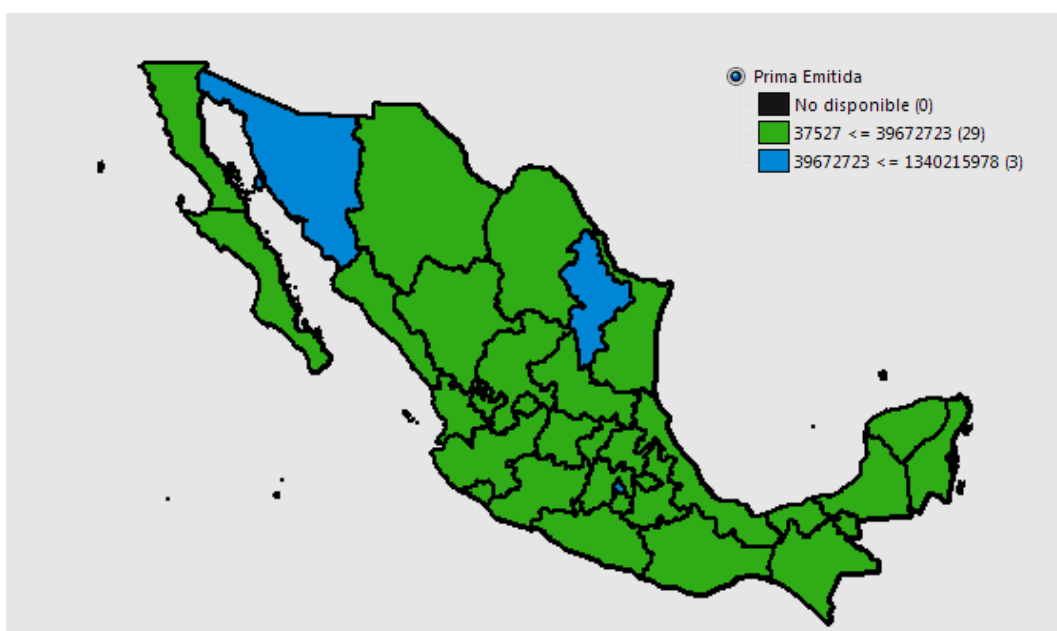
La prima es la aportación económica que ha de satisfacer el contratante o asegurado a la entidad aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que ésta le ofrece” (Guardiola Lozano, 2001, p. 22).

La prima emitida es la prima que se emite hasta un determinado periodo, es decir, de aquellas pólizas que hayan estado en vigor hasta dicho tiempo, en este caso, desde 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Para nuestro análisis, es importante saber que estados de la república tiene un mayor número de primas emitidas, para identificar que estados del país tienen mayores clientes de este tipo de productos, sí son aquellos que tienen mejores condiciones de vida como el Distrito Federal y Nuevo León, o son los Estados con mayor rezago como Oaxaca y Veracruz.

En el mapa 5.3.3, muestra que los estados con mayor prima emitida son: el Distrito Federal, Nuevo León y Chihuahua; que son los estados con mayores ingresos, en consecuencia, los clientes potenciales de las ISES son los Estados con mayores ingresos y buena condición de vida.

**Mapa 5.3.3 Prima Emitida por Entidad Federativa en 2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (s.f.). *Formas Estadísticas de Seguros (FES)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de

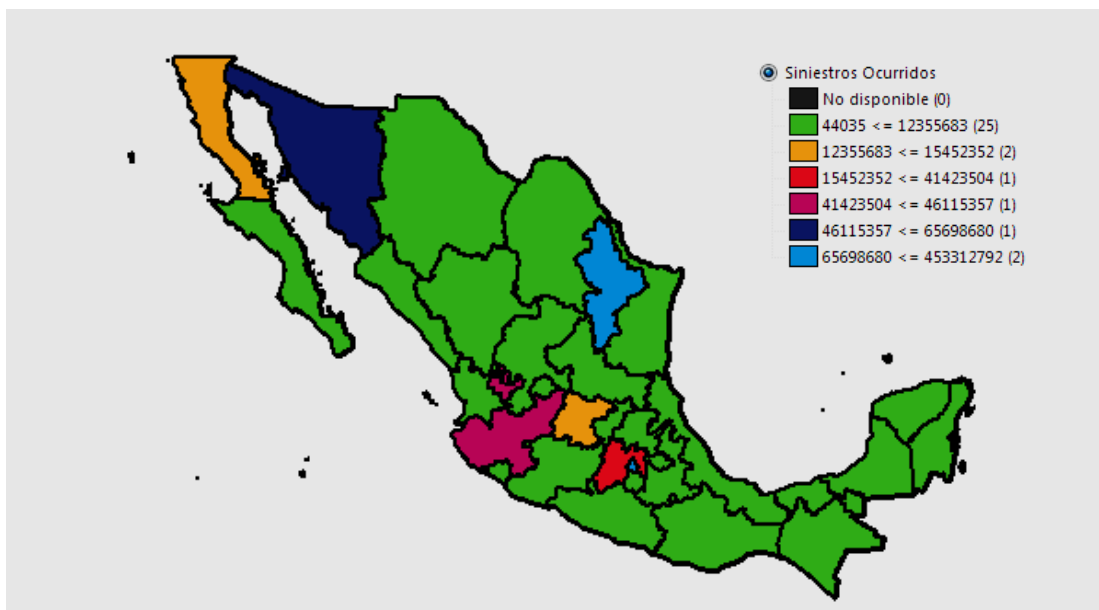
<http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>.

Los siniestros en las aseguradoras del ramo de salud se determinan a partir de la utilización de los servicios, de tal forma que los servicios utilizados por el asegurado, como son las consultas.

El gasto del siniestro esta constituido de la siguiente manera: “20% honorario médico, 41% hospitalización, 19% medicamentos, 7% estudio de diagnóstico y 13% en otros gastos” (Marcos Martínez, 2012)<sup>48</sup>.

En el mapa 5.3.4, muestra que los estados con mayor uso de servicios proporcionadas por las ISES es el Distrito Federal y Nuevo León, que son los estados con mayor número de clientes, de tal manera que éstas zonas son las urbes que utilizan más a menudo este tipo de servicios.

**Mapa 5.3.4 Siniestros ocurridos por Entidad Federativa en 2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (s.f.). *Formas Estadísticas de Seguros (FES)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>.

48 Marcos Martínez, J. (Septiembre-Octubre de 2012). Aseguradoras y hospitales paciente: razón del servicio. *Revista Mexicana de Seguros y Fianzas*.

## 5.4 Competidores en el Mercado de las ISES.

Las aseguradoras que se tomarán en cuenta para conocer los competidores se este mercado, es en base al Anuario Estadística de Seguros y Fianzas 2014, publicado por la CNSF, así que las aseguradoras especializadas de Salud en 2014, se componían de diez aseguradoras, las cuales eran:

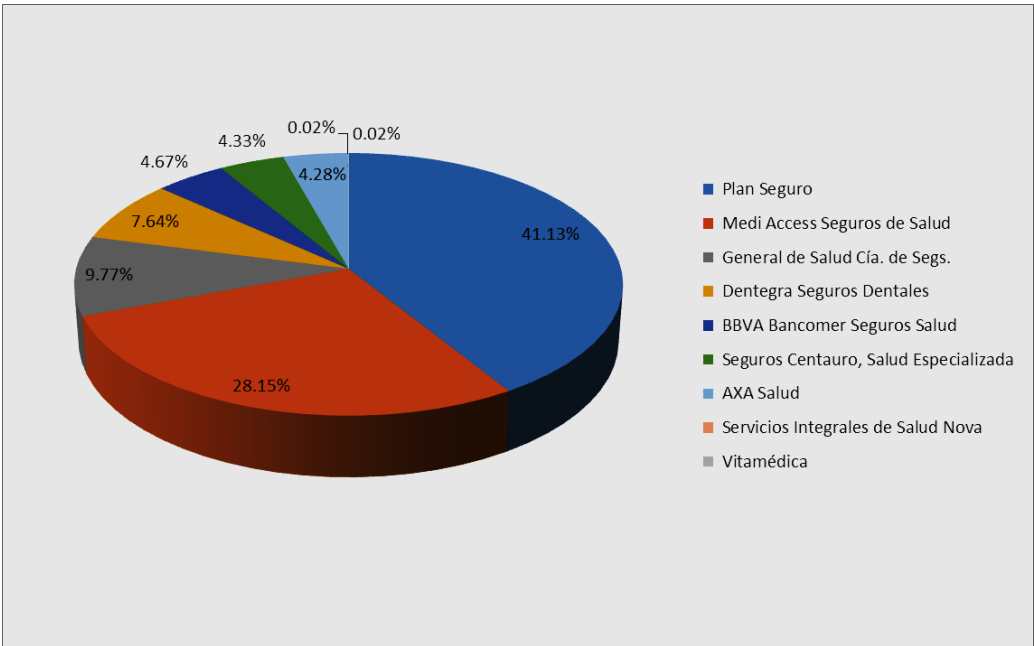
1. Plan Seguro.
2. MediAccess Seguros de Salud.
3. General de Salud, Compañía de Seguros.
4. Dentegra Seguros Dentales.
5. BBVA Bancomer Seguros Salud.
6. Preventis.
7. Seguros Centauro, Salud Especializada.
8. AXA Salud.
9. Servicios Integrales de Salud Nova.
10. Vitamédica.

Tanto Preventis y BBVA Bancomer Seguros Salud, pertenecían al mismo grupo financiero, pero Preventis deja de operar y se convierte en BBVA Bancomer Seguros Salud, de modo que el grupo financiero BBVA Bancomer, sólo opera como BBVA Bancomer Seguros Salud.

En el gráfico 5.4 muestra que Plan Seguro y MediAccess tiene la mayor parte de la participación de este sector, esto se da gracias a la experiencia que tiene ambas

aseguradoras en seguros de Salud de prepago, dado que ambas operaban como Administradoras de Salud, que con la reforma de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en 1999 se tuvieron que convertir en ISES.

**Gráfico 5.4 Participación del Sector Asegurador Mexicano en Diciembre de 2014 por Primas Emitidas.**



Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (Diciembre de 2014). Actualidad Seguros Fianzas. (94). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/RevistaActualidadSegurosFianzas.aspx>

En el caso de Plan Seguro, fue la primera Administradora de Salud que se convirtió en una aseguradora especializada de salud, mientras que MediAccess fue la última en convertirse en una ISES en 2012.

Ambas administradoras ofrecen coberturas de seguros de salud y seguros dentales, lo que genera que su mercado sea más amplio, pero a la vez provoca que necesite más recursos para la operación de sus coberturas.



Servicios Integrales de Salud Nova y Vitamédica tiene la peor participación de este sector, visto que ambas no suman ni el 2% de la participación de este sector, también se debe considerar que ambas instituciones sólo ofrecen una cobertura que son los seguros de salud, de tal forma que no ofrecen coberturas dentales, lo que provoca que su mercado disminuya.

Las ISES que ofrecen exclusivamente los seguros dentales son: Dentegra Seguros Dentales y Seguros Centauro Salud Especializada, la cual su participación en el sector no superó el 13%, esto se debe a que los seguros dentales no son tan demandado como los seguros de salud, lo que provoca que su mercado sea muy limitado.

## **5.5 Situación Financiera de las ISES.**

Para conocer la situación financiera de las ISES, se tomará en cuenta un análisis financiero horizontal, de tal forma que se utilizará un análisis de razones simples, de la cual sólo se analizará tres ISES.

La primera ISES que se toma en cuenta es la que tiene la mayor participación en este mercado, y que tiene la peculiaridad de ofrecer dos tipos de servicios, que son: Salud y Dental, de tal forma que se analiza la aseguradora especializada de salud denominada Plan Seguros, que tiene una participación en el sector de 41.76%.

La segunda aseguradora que se considerará es la que tiene la peor participación del sector y que sólo proporciona un tipo de servicio, en este caso sólo Salud, por esta razón se analizará a Vitamédica, visto que su participación en este mercado se limita sólo el 0.02%, también proporciona sólo el servicio de Salud.

La tercera institución que se analizará será aquella institución que proporciona exclusivamente el servicio de seguros dentales, y que tiene mayor participación de las dos instituciones que proporcionan exclusivamente seguros dentales (Dentegra Seguros Dentales, Seguros Centauro, Salud Especializada.), en este caso será Dentegra Seguros Dentales, porque proporciona el 7.59% del sector.

El Balance General “muestra la naturaleza de los recursos económicos de la empresa, así como los derechos de los acreedores y la participación de los accionistas en el capital. El Balance General se clasifica en tres partes:

- Activo: Refleja los recursos de los cuales dispone la empresa para la realización de su actividad, así como para el cumplimiento de sus obligaciones.
- Pasivo: Muestra la totalidad de las obligaciones contratadas por la empresa con terceros.
- Capital: Indica la inversión de los accionistas en la empresa reflejada en el patrimonio” (García Ocampo, 1993, p. 4)<sup>49</sup>.

Mientras el Estado de Resultados “proporciona información acerca de la utilidad o pérdida obtenida por la empresa durante un período determinado, que por lo general es un año” (García Ocampo, 1993, p. 5).

Para analizar la situación financiera de las ISES, se analiza a través de las razones financieras, para ello es necesario el Balance General y el Estado de Resultados de la aseguradora en el año 2014, se escoge este año, porque es el último año de nuestra investigación y nos sirve de preámbulo antes de que entre en vigor la reforma del 4 de abril de 2013 de la Ley de Seguros y Fianzas

---

<sup>49</sup> García Ocampo, D. (Septiembre de 1993). Razones Financieras del Sector Asegurador. *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (24).

Las razones simples que se analiza son las siguientes (García Ocampo, 1993, pp. 6-13):

1. "Liquidez. Muestran en qué medida una empresa está en situación de pagar sus deudas de forma sincronizada con los respectivos vencimientos, dados los medios de que dispone.
2. Solvencia. expresan la capacidad de la empresa para pagar todas sus deudas.
3. Reaseguro. El reaseguro juega un papel muy importante en la dispersión del riesgo al que se enfrenta la empresa. Su importancia radica en que es un mecanismo que ofrece a las empresas aseguradoras la posibilidad de cobertura y dispersión de riesgos.
4. Rentabilidad. Uno de los principales objetivos de las empresas es la obtención de utilidades; mientras mayores sean éstas en relación al capital invertido y a las ventas, mayor será la rentabilidad del negocio.
5. Eficiencia. Se construyen para observar la situación de una empresa, referentes al pago y cobranza de primas, se denominan razones de rotación de cartera. Estos indicadores, al mismo tiempo que permiten conocer el grado de eficiencia en el cobro de las cuentas, sustentan la orientación y elaboración de programas de pagos".

### Cuadro 5.5.1 Razones Financieras del Sector Asegurador.

Razón	Fórmula	Interpretación
Liquidez	Activo Circulante/ Reserva Técnica	Proporción que indica el grado de respuesta que en un momento dado puede tener una empresa frente a las obligaciones técnicas con los asegurados por medio de sus activos líquidos.
Solvencia	Activo Total/ Pasivo Total	Razón más usual de solvencia que indica el número de veces que puede hacer frente la empresa al total de sus obligaciones con el total de sus recursos.
Reaseguro	Prima Retenida/ Prima Emitida	Razón que refleja el grado en que la empresa absorbe la prima del asegurado.
Rentabilidad	Utilidad Técnica/ Prima Devengada de Retención	Es el rendimiento propio de la actividad aseguradora de la empresa puesto que muestra la rentabilidad de la operación técnica del seguro como porcentaje de los ingresos.
Eficiencia	(Primas por Cobrar/ Primas Directas)*365	Indica el número de días promedio en que tarda la empresa para la recuperación de la cobranza de las primas de las operaciones de Accidentes y Enfermedades y Daños.

Fuente: Elaboración propia en base: García Ocampo, D. (Septiembre de 1993). Razones Financieras del Sector Asegurador. *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (24).

**Cuadro 5.5.2 Resumen del Balance General de Plan Seguro al 31 de Diciembre de 2014.**

Cuenta	Monto
Inversiones	172,947,468.08
Inversiones para Obligaciones Laborales	19,074,058.64
Caja y Bancos	37,370,388.59
Deudores	837,390,829.50
Deudores por prima	773,915,807.61
Reaseguradores y Reafianzadores	3,062,349.11
Inversiones Permanentes	0.00
Otros activos	86,099,404.51
Activo Total	1,155,944,498.43
Reserva técnicas	561,228,004.61
De Obligaciones Contractuales	93,468,593.28
De Previsión	0.00
Reservas para Obligaciones Laborales	15,439,138.95
Acreedores	166,648,202.59
Reaseguradores y Reafianzadores	89,111.32
Operaciones con Productos Derivados	0.00
Financiamientos Obtenidos	0.00
Otros pasivos	168,794,975.02
Pasivo Total	912,199,432.49
Capital o Fondo Social Pagado	130,168,149.12
Obligaciones Subordinadas de Conversión Obligatoria a Capital	0.00
Reservas	3,010,815.32
Superávit por Valuación	0.00
Inversiones Permanentes	0.00
Resultados de Ejercicios Anteriores	26,170,404.71
Resultado del Ejercicio	84,395,696.78
Resultado por Tenencia de Activos No Monetarios	0.00
Suma del Capital	243,745,065.93
Suma del Pasivo y Capital	1,155,944,498.43

Fuente: Elaboración propia en base: Plan Seguro. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados financieros 2014.pdf](http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados_financieros_2014.pdf).

En el cuadro 5.5.2 muestra que los recursos de Plan Seguros son superiores a sus deudas, de tal manera que Plan Seguro puede hacer frente a sus asegurados, además sus deudores son superiores a sus acreedores, lo que ocasiona que Plan Seguro tiene una buena salud financiera.

**Cuadro 5.5.3 Resumen de los Estado de Resultados de Plan Seguro del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2014.**

Cuenta	Monto
Primas Emitidas	1,116,427,608.90
(-) Primas Cedidas	291,547.40
Primas De Retención	1,116,136,061.50
(-) Incremento Neto de la Reserva de Riesgos en Curso y de Fianzas en Vigor	-795172.16
Primas de Retención Devengadas	1,116,931,233.66
(-) Costo Neto de Adquisición	283,043,210.12
(-) Costo Neto de Siniestralidad, Reclamaciones y Otras Obligaciones Contractuales	627,511,123.21
Utilidad (Pérdida) Técnica	206,376,900.33
(-) Incremento Neto de Otras Reservas Técnicas	0.00
Resultado de Operaciones Análogas y Conexas	1,681,632.09
Utilidad (Pérdida) Bruta	208,058,532.42
(-) Gastos de Operación Netos	189,015,088.51
Utilidad (Pérdida) de la Operación	19,043,443.87
Resultado Integral de Financiamiento	57,825,897.42
Participación en el Resultado de Inversiones Permanentes	0.00
Utilidad (Pérdida) antes de Impuestos a la Utilidad	76,869,341.29
(-) Provisión para el pago del Impuestos a la Utilidad	22,680,383.09
Utilidad (Pérdida) antes de Operaciones Discontinuas	54,188,958.20
Operaciones Discontinuas	0.00
Utilidad (Pérdida) del Ejercicio	54,188,958.20

Fuente: Elaboración propia en base: Plan Seguro. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados\\_financieros\\_2014.pdf](http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados_financieros_2014.pdf).

En el cuadro 5.5.3 muestra que la compañía está generando ganancias al ser superiores sus primas emitidas a sus primas cedidas, además tiene una utilidad en la operación, y en el ejercicio también tuvo una utilidad.

**Liquidez:**

$$\text{Liquidez} = \frac{877,823,567.20}{561,228,004.61} = 1.56$$

En este caso, por cada peso que debe Plan Seguro a corto plazo, tiene 1.56 en activos circulantes para hacer frente a las obligaciones técnicas con los asegurados. Por tanto, Plan Seguro tiene la liquidez para hacer frente a sus obligaciones con sus asegurados.

**Solvencia:**

$$\text{Solvencia} = \frac{1,155,944,498.43}{900,000,000.00} = 1.27$$

912,199,432.49

Plan Seguro tiene 1.27 veces para hacer frente a sus obligaciones con sus asegurados con el total de sus recursos. Por esta razón, Plan Seguro tiene la suficiente solvencia para hacer frente a sus obligaciones.

**Reaseguro:**

$$\text{Reaseguro} = \frac{1,116,136,061.50}{1,116,427,608.90} = 1.00$$

Esto significa que Plan Seguros tiene el 100% de efectividad para responder a sus asegurados por concepto de cobertura y riesgos. De tal manera que Plan Seguro tiene la solvencia de cubrir los riesgos que ofrece a sus asegurados.

**Rentabilidad:**

$$\text{Rentabilidad} = \frac{206,376,900.33}{1,116,931,233.66} = 0.18$$

Esto quiere decir que Plan Seguro en 2014 tuvo un rendimiento del 18% en el sector, lo que significa que su rendimiento fue sumamente baja.

**Eficiencia:**

$$\text{Eficiencia} = \frac{773,915,807.61}{1,116,427,608.90} \times 365 = 253.02$$

En esta situación, Plan Seguro en 2014 se tardó un poco más 253 días para recuperar la cobranza de sus primas.

Plan Seguro es una aseguradora que tiene la liquidez para hacer frente a las coberturas ofrecidas a su asegurados, puesto que tiene la posibilidad de cubrir los riesgos que ofrece en sus planes de Salud y Dental en un 100%, pero su rentabilidad es muy pequeña con el 18%, de la cual se tarda un poco más de 253 para recuperar su inversión a través del cobro de las primas.

**Cuadro 5.5.4 Resumen del Balance General de Vitamédica al 31 de Diciembre de 2014.**

<b>Cuenta</b>	<b>Monto</b>
Inversiones	8,271,709.96
Inversiones para Obligaciones Laborales	0.00
Caja y Bancos	97,111.50
Deudores	1,710,304.78
Deudores por prima	381,046.16
Reaseguradores y Reafianzadores	0.00
Inversiones Permanentes	0.00
Otros activos	32,421.97
Activo Total	10,111,548.21
Reserva técnicas	351,476.27
De Obligaciones Contractuales	56,516.74
De Previsión	0.00
Reservas para Obligaciones Laborales	0.00
Acreedores	0.00
Reaseguradores y Reafianzadores	0.00
Operaciones con Productos Derivados	0.00
Financiamientos Obtenidos	0.00
Otros pasivos	135,696.05
Pasivo Total	487,172.32
Capital o Fondo Social Pagado	8,900,000.00
Obligaciones Subordinadas de Conversión Obligatoria a Capital	0.00
Reservas	1,193,991.04
Superávit por Valuación	0.00
Inversiones Permanentes	0.00
Resultados de Ejercicios Anteriores	1,839,252.61
Resultado del Ejercicio	-2,308,867.76
Resultado por Tenencia de Activos No Monetarios	0.00
Suma del Capital	9,624,375.89
Suma del Pasivo y Capital	10,111,548.21

Fuente: Elaboración propia en base: Vitamédica. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de  
VITAMEDICA, S.A. DE C.V.

[http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados\\_Financieros\\_e\\_Informe\\_de\\_Notas\\_de\\_revelaci%C3%B3n\\_3](http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados_Financieros_e_Informe_de_Notas_de_revelaci%C3%B3n_3)

En el cuadro anterior, se observa que los activos de Vitamédica son superiores a sus pasivos, pero el resultado del ejercicio tuvo pérdida, esto significa que Vitamédica que las finanzas de Vitamédica no son sanas como Plan Seguro, pero no tiene acreedores, lo que permite responder a sus asegurados.

**Cuadro 5.5.5 Resumen de los Estado de Resultados de Vitamédica del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2014.**

Cuenta	Monto
Primas Emitidas	559,045.58
(-) Primas Cedidas	0.00
Primas De Retención	559,045.58
(-) Incremento Neto de la Reserva de Riesgos en Curso y de Fianzas en Vigor	-2,727.95
Primas de Retención Devengadas	556,317.63
(-) Costo Neto de Adquisición	0.00
(-) Costo Neto de Siniestralidad, Reclamaciones y Otras Obligaciones Contractuales	157,093.54
Utilidad (Pérdida) Técnica	399,224.09
(-) Incremento Neto de Otras Reservas Técnicas	0.00
Resultado de Operaciones Análogas y Conexas	0.00
Utilidad (Pérdida) Bruta	399,224.09
(-) Gastos de Operación Netos	3,029,419.30
Utilidad (Pérdida) de la Operación	-2,630,195.21
Resultado Integral de Financiamiento	323,904.84
Participación en el Resultado de Inversiones Permanentes	0.00
Utilidad (Pérdida) antes de Impuestos a la Utilidad	-2,306,290.37
(-) Provisión para el pago del Impuestos a la Utilidad	2,577.39
Utilidad (Pérdida) antes de Operaciones Discontinuas	-2,308,867.76
Operaciones Discontinuas	0.00
Utilidad (Pérdida) del Ejercicio	-2,308,867.76

Fuente: Elaboración propia en base: Vitamédica. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados\\_Financieros\\_e\\_Informe\\_de\\_Notas\\_de\\_revelaci%C3%B3n\\_31\\_de\\_Diciembre\\_2014.pdf](http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados_Financieros_e_Informe_de_Notas_de_revelaci%C3%B3n_31_de_Diciembre_2014.pdf).

En el cuadro anterior, se observa que Vitamédica es una empresa que no está logrando tener utilidad, al no tener una utilidad en el ejercicio, además tiene perdida en su operación.

**Liquidez:**

$$\text{Liquidez} = \frac{1,807,416.28}{351,476.27} = 5.14$$

Esto quiere decir que por cada peso que debe Vitamédica a corto plazo, tiene 5.14 en activos circulantes para hacer frente a las obligaciones técnicas con los asegurados. Por consiguiente, Vitamédica tiene cinco veces más para hacer frente a sus obligaciones con sus asegurados.



**Solvencia:**

$$\text{Solvencia} = \frac{10,111,548.21}{487,172.32} = \mathbf{20.76}$$

Esto significa que Vitamédica tiene 20.76 veces para hacer frente a sus obligaciones con sus asegurados con el total de sus recursos. Así pues, Vitamédica tiene mayor solvencia que Plan Seguro, debido a que sus obligaciones con sus asegurados tienen un margen de veinte veces para responder a eso asegurados.

**Reaseguro:**

$$\text{Reaseguro} = \frac{559,045.58}{559,045.58} = \mathbf{1.00}$$

Esto quiere decir que Vitamédica tiene el 100% para responder a sus asegurados por concepto de cobertura y riesgos. Así pues, Vitamédica tiene la posibilidad de cubrir los riesgos que ofrece a sus asegurados.

**Rentabilidad:**

$$\text{Rentabilidad} = \frac{399,224.09}{556,317.63} = \mathbf{0.72}$$

Esto significa que Vitamédica en 2014 tuvo un rendimiento del 72%, lo que significa que Vitamédica tuvo un rendimiento más alto que Plan Seguro.

**Eficiencia:**

$$\text{Eficiencia} = \frac{381,046.16}{559,045.58} \times 365 = \mathbf{248.78}$$

Esto significa que Vitamédica en 2014 se tardó casi 249 días para recuperar la cobranzas de sus primas.

Vitamédica tiene cinco veces más para hacer frente a sus obligaciones técnicas con los asegurados por medio de sus activos líquidos, lo que significa que puede pagar cinco veces los servicios que ofrece a sus asegurados, de tal manera que tiene el 100% para responder

a los aseguradores en sus coberturas, por otro lado, su rentabilidad en 2014 fue 72%, lo que significa que es muy rentable para esta aseguradora este tipo de seguros que ofrece, y por último, se tardó en recuperar su inversión en casi 249 días en 2014.

### Cuadro 5.5.6 Resumen del Balance General de Dentegra al 31 de Diciembre de 2014.

Cuenta	Monto
Inversiones	193,731,217.00
Inversiones para Obligaciones Laborales	2,038,027.00
Caja y Bancos	15,608,441.00
Deudores	68,872,106.00
Deudores por prima	66,294,089.00
Reaseguradores y Reafianzadores	0.00
Inversiones Permanentes	250,000.00
Otros activos	7,484,301.00
Activo Total	287,984,092.00
Reserva técnicas	119,874,709.00
De Obligaciones Contractuales	42,008,558.00
De Previsión	0.00
Reservas para Obligaciones Laborales	6,022.00
Acreedores	19,845,939.00
Reaseguradores y Reafianzadores	0.00
Operaciones con Productos Derivados	0.00
Financiamientos Obtenidos	0.00
Otros pasivos	20,636,155.00
Pasivo Total	160,362,825.00
Capital o Fondo Social Pagado	143,444,329.00
Obligaciones Subordinadas de Conversión Obligatoria a Capital	0.00
Reservas	2,598,141.00
Superávit por Valuación	0.00
Inversiones Permanentes	0.00
Resultados de Ejercicios Anteriores	- 54,068,350.00
Resultado del Ejercicio	35,647,147.00
Resultado por Tenencia de Activos No Monetarios	0.00
Suma del Capital	127,621,267.00
Suma del Pasivo y Capital	287,984,092.00

Fuente: Elaboración propia en base: Dentegra Seguros Dentales. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de

[https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#600000006r0y/a/600000000OYD/\\_kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe\\_0=](https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#600000006r0y/a/600000000OYD/_kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe_0=).

El cuadro 5.5.6 muestra que los activos de Dentegra son superiores a sus pasivos, pero la diferencia entre ambos no es tan representativa, lo que está ocasionando que no tenga una buena liquidez, al estar endeudado por un margen muy alto, aunque en términos generales si tiene una buena situación financiera.

### **Cuadro 5.5.7 Resumen de los Estado de Resultados de Dentegra del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2014.**

Cuenta	Monto
Primas Emitidas	176,212,831.00
(-) Primas Cedidas	0.00
Primas De Retención	176,212,831.00
(-) Incremento Neto de la Reserva de Riesgos en Curso y de Fianzas en Vigor	17,208,297.00
Primas de Retención Devengadas	159,004,534.00
(-) Costo Neto de Adquisición	20,859,372.00
(-) Costo Neto de Siniestralidad, Reclamaciones y Otras Obligaciones Contractuales	63,057,581.00
Utilidad (Pérdida) Técnica	75,087,581.00
(-) Incremento Neto de Otras Reservas Técnicas	0.00
Resultado de Operaciones Análogas y Conexas	11,999,533.00
Utilidad (Pérdida) Bruta	87,087,114.00
(-) Gastos de Operación Netos	70,234,454.00
Utilidad (Pérdida) de la Operación	16,852,660.00
Resultado Integral de Financiamiento	6,825,116.00
Participación en el Resultado de Inversiones Permanentes	0.00
Utilidad (Pérdida) antes de Impuestos a la Utilidad	23,677,776.00
(-) Provisión para el pago del Impuestos a la Utilidad	6,612,194.00
Utilidad (Pérdida) antes de Operaciones Discontinuas	17,065,582.00
Operaciones Discontinuas	0.00
Utilidad (Pérdida) del Ejercicio	17,065,582.00

Fuente: Elaboración propia en base: Dentegra Seguros Dentales. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de

[https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#600000006r0y/a/600000000OYD/ kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1Pw WhZaH1kk6W1GINwsMe\\_0=](https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#600000006r0y/a/600000000OYD/ kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1Pw WhZaH1kk6W1GINwsMe_0=).

En el cuadro anterior, se observa Dentegra tiene una situación financiera sana, porque en el ejercicio tiene utilidad, además sus primas emitidas son mayores que sus primas cedidas.

#### **Liquidez:**

$$\text{Liquidez} = \frac{84,480,547.00}{119,874,709.00} = 0.70$$

Esto significa que por cada peso que debe Dentegra a corto plazo, tiene 0.70 en activos circulantes para hacer frente a las obligaciones técnicas con los asegurados. En tanto, Dentegra no tiene los suficientes recursos para hacer frente a sus obligaciones con sus asegurados.

**Solvencia:**

$$\text{Solvencia} = \frac{287,984,092.00}{160,362,825.00} = 1.80$$

Esto quiere decir que Dentegra tiene 1.80 veces para hacer frente a sus obligaciones con sus asegurados con el total de sus recursos. De tal forma que tiene la suficiente solvencia para hacer frente a sus obligaciones.

**Reaseguro:**

$$\text{Reaseguro} = \frac{176,212,831.00}{176,212,831.00} = 1.00$$

Esto significa que Dentegra tiene el 100% de efectividad para responder a sus asegurados por concepto de cobertura y riesgos. De manera que Dentegra tiene la posibilidad de cubrir los riesgos ofrecidos a sus asegurados.

**Rentabilidad:**

$$\text{Rentabilidad} = \frac{75,087,581.00}{159,004,534.00} = 0.47$$

Esto quiere decir que Dentegra tuvo un rendimiento del 47%, la cual es un rendimiento estable para una empresa que sólo ofrece seguros dentales.

**Eficiencia:**

$$\text{Eficiencia} = \frac{66,294,089.00}{176,212,831.00} \times 365 = 137.32$$

Esto significa que Dentegra en 2014 se tardó un poco más de 137 días para recuperar la cobranza de sus primas.

La compañía de seguros dentales Dentegra no tiene capacidad para pagar sus deudas a corto plazo, pero si tiene la capacidad para pagarlas a largo plazo, por otro lado, Dentegra puede responder a las coberturas que ofrece en un 100%, de la cual tiene una rentabilidad del 47%, lo que significa que la empresa es rentable, por último, Dentegra se tarda en recuperar su inversión en un poco más de 137 días.

**Cuadro 5.5.8 Cuadro Comparativo de la Situación Financiera de Plan Seguro, Vitámédica y Dentegra.**

Razón Financiera	Plan Seguro	Vitámédica	Dentegra Seguros Dentales
Liquidez	1.56	5.14	0.70
Solvencia	1.27	20.76	1.80
Reaseguro	100%	100%	100%
Rentabilidad	18%	72%	47%
Eficiencia	253.02	248.78	137.32

La situación financiera de las aseguradoras especializadas de salud en 2014 es estable, porque pueden responder a las coberturas que ofrecen en sus planes de salud, pero en algunas instituciones no tiene una rentabilidad alta para generar mayores ingresos para éstas instituciones.

Las aseguradoras que ofrecen dos tipos de productos, su rendimiento baja, como es el caso de Plan Seguro.

Las compañías que ofrecen seguros dentales no pueden responder a sus deudas a corto plazo, ya que como se observó en el cuadro anterior, Dentegra sólo tiene una liquidez de 0.70 veces, de tal forma que no tiene un margen de 1, esto significa que no tendría la posibilidad de responder a sus deudas a corto plazo.

# Capítulo 6. Problemáticas de las ISES.

En este apartado se comentan las problemáticas que enfrentan las aseguradoras especializadas de salud, las cuales están ocasionando un declive en su mercado, entre los principales factores están: la falta de cultura financiera y de prevención, falta de difusión, desconfianza del público en los seguros, su elevado precio, la inestabilidad que han tenido algunas aseguradoras de este ramo, la falta de inversionistas, la estricta regulación de las ISES, y la reforma del 4 de abril de 2013 de la Ley de Seguros y Fianzas.

## 6.1 Falta de Cultura Financiera.

La falta de cultura financiera, no sólo es una problemática de las ISES sino también de todo el sector asegurador, en México no se tiene una cultura preventiva, y las personas llegan a contratar los seguros, cuando el evento catastrófico ya ocurrió.

La falta de contratación de un seguro de salud, está relacionada con la falta del cuidado de la salud, esto es provocado porque la mayoría de los mexicanos no se realizan estudios periódicos de su salud, ya sea por cuestiones económicas o porque no tienen tiempo, lo que les ocasiona enfermedades dentales o enfermedades crónicas.

Para el caso de los seguros especializados de salud, la carencia de cultura financiera está entrelazada con la falta de cultura preventiva del cuidado de la salud, situación que se

muestra porque la población no acude regularmente al médico y lo hace cuando ya tiene los síntomas de una enfermedad, en algunas ocasiones ya cuando no tiene solución.

Esta falta de cultura de cuidado de la salud ha provocado que las aseguradoras tengan un mayor gasto en el tratamiento de enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer.

Los factores que provocan que la población no adquiera seguros es causada porque: no saben qué son, cómo funcionan o dónde solicitarlos; con un porcentaje del 33.9%, que representa 12,065,364 personas, según la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera, como se muestra en el cuadro 6.1.

Esta falta de desconocimiento de la población en cuestión de seguros se le puede atribuir a la falta de educación financiera que carece la población, asimismo, la falta de promoción de los medios tradicionales en la promoción de seguros.

**Cuadro 6.1 ¿Por qué no dispone de algún seguro?**

	Total	%
¿Son muy caros?	12,817,446	28.6
¿No saben qué son, cómo funcionan o dónde solicitarlos?	12,065,364	33.9
¿No los necesita o no le interesan?	11,039,675	17.4
¿No se los han ofrecido?	5,003,153	11.5
¿No confía en las aseguradoras?	2,322,543	3.1
¿No tiene dinero o no tiene trabajo?	10,787,996	26.4
Otro	2,076,598	3.4

Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI y CNBV. (2015). Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) 2015.

Del cuadro anterior se hacen las siguientes acotaciones:

La suma de los porcentajes es igual o mayor a 100%, dado que el informante podía mencionar más de una opción.

Estimación con coeficiente de variación menor o igual a 15%.

Estimación con coeficiente de variación mayor a 15% y menor o igual a 25%.

Estimación con coeficiente de variación mayor a 25%.

Las enfermedades más demandantes por parte de usuarios de las ISES son: Cáncer y Caries. Para caso del primero, lo solicitan los usuarios de servicios de salud, mientras que en el segundo, lo reclaman los usuarios de servicios dentales

Para los seguros de salud, el cáncer y los tumores son las principales enfermedades que tienen mayor incidencia.

“Alrededor de 40% de las enfermedades cubiertas por las compañías que integran la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) corresponde al tratamiento de cáncer y tumores, ello de acuerdo con el más reciente reporte del ramo de seguros médicos y de salud”.

“De acuerdo con las estadísticas de la industria aseguradora, 45% de las personas de entre 51 a 64 años de edad que hicieron uso de su seguro médico lo hizo para cubrir cáncer y tumores; de los asegurados entre 31 y 50 años que reportaron alguna enfermedad, 39% presentó esta afección; en adultos mayores de 65 años protegidos por un seguro, 37% utilizó su póliza médica para hacer frente a este padecimiento” (El economista, 2016)<sup>50</sup>.

Para el caso de los seguros dentales, la caries es el padecimiento con mayor incidencia.

“En México nueve de cada 10 personas padece algún tipo de caries y nueve de cada 10 sufre de gingivitis (inflamación de encías), que si no se atiende a tiempo, puede evolucionar en otras enfermedades como la periodontitis que no es otra cosa más que la pérdida de piezas dentales”.

“Milton Ávila Rojas, odontólogo y catedrático en el Instituto Politécnico Nacional (IPN), explica que uno de los problemas comunes en los últimos cinco años de los pacientes que acuden a su consultorio es por daños en las encías (periodontales). Es la enfermedad de la encía agravada por la pérdida de hueso causada por los malos hábitos alimenticios, en primera instancia, seguido de una mala higiene bucal”.

---

50 El Economista. (1 de Febrero de 2016). Cáncer, uno de los padecimientos que más atienden aseguradoras. *El Economista*.



“Si se llevara una buena salud bucal, acompañado de una visita periódica al odontólogo, usted pagaría únicamente en una limpieza dental, que oscilan entre 300 y 1,000 pesos” comentó el odontólogo”.

“Con una visita cada tres meses, podemos salvar nuestro diente en la etapa de gingivitis, que es la inflamación de la encía y acumulación de placa dentobacteriana, pero si el paciente no lo hace, se formará el sarro, dañando la parte que rodea al diente y se puede perder la pieza”.

“La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud indica en su último reporte que las enfermedades bucales si no son tratadas pueden conducir a la sala de emergencias y en consecuencia, a hospitalizaciones”.

“En el 2014 la Secretaría de Salud registró 36,105 visitas a las salas de urgencia y 9,642 egresos hospitalarios por problemas bucales” (Rodríguez, 2016)<sup>51</sup>.

Es importante que la población tenga una mejor cultura de prevención médica, es decir, que acuda regularmente al médico y al dentista, de no ser así puede ocasionar que un mayor número de mexicanos padezca enfermedades crónicas como el cáncer y la caries.

También es importante que un mayor número de mexicanos tengan acceso a un seguro médico, suponiendo que la población mexicana no cuida su salud, un seguro médico es una buena alternativa, para el tratamiento de las enfermedades que puedan acarrear por un mal cuidado de la salud.

---

51 Rodríguez, I. S. (20 de Junio de 2016). Olvidarse del dentista puede costarle más que una caries. *El Economista*.

## **6.2 Falta de Difusión.**

La actividad aseguradora en México no tiene tanta difusión en comparación a las demás instituciones financieras, lo que está ocasionando que la población desconozca este tipo de productos, además la compañía aseguradora más conocida en México es Grupo Nacional Provincial (GNP), la cual no ofrece seguros especializados de salud, por ende es necesario mayor difusión de las ISES, para que la población se enteré de este tipo de productos.

También es necesario que la CONDUSEF, amplíe y mejore la información sobre este tipo de seguros, puesto que en su página de internet viene identificado como Salud, por tal motivo puede ser confundida con los SGMM, por ende es necesario sea cambiado su nombre a ISES, como lo realiza la Secretaría de Salud.

La CONDUSEF también debe de llevar a cabo programas de información sobre el funcionamiento de las aseguradoras especializadas de salud y el tipo de coberturas que ofrecen, por consiguiente, es necesario que en sus cursos de educación financiera proporcione un módulo especialmente a las ISES, también en la semana de educación financiera que realizada cada año la CONDUSEF proporcione actividades especiales sobre los seguros especializados de salud, tal como lo realizan con las AFORES.

## **6.3 Desconfianzas del Público en los Seguros.**

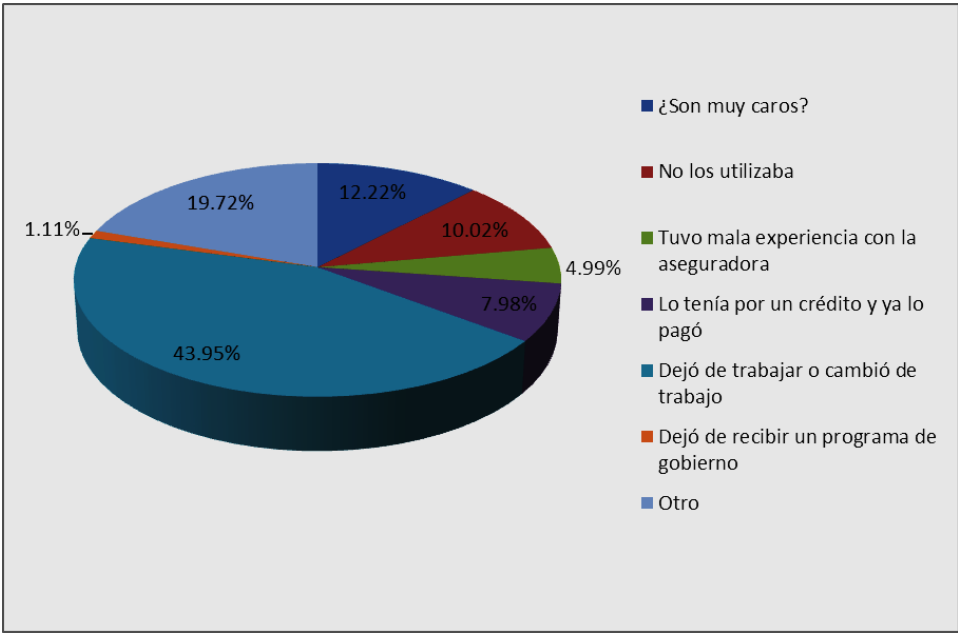
Según los estudios de la Encuesta Nacional de Incursión Financiera, una problemática muy importante del sector asegurador es la desconfianza de la población en los seguros, porque la población considera que las compañías de seguros no tienen la capacidad de responder a sus clientes, por ejemplo, en el pago de los siniestros. Lo anterior, provoca una desconfianza de la población en el sector asegurador.

En el cuadro 6.1, anteriormente presentado, el cual se hizo en base a la Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) se observa que la población que no adquiere seguros, el

3.1% es causada por la desconfianza en las aseguradoras, esto representa 2,322,543 personas.

En la misma encuesta se le pregunto a la población ¿porque deo de tener un seguro?, ésta contesto que fue causada porque deo de trabajar con un porcentaje del 43.95%, pero las personas que contestaron que tuvieron una mala experiencia con la aseguradora represento el 4.99%, es decir, casi el 5% de los entrevistados, que representa 454,653 personas.

**Gráfico 6.3 ¿Por qué deo de tener un seguro?**



Fuente: Elaboración propia con datos: INEGI y CNBV. (2015). Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) 2015.

Del cuadro anterior se hacen las siguientes acotaciones:

La suma de los porcentajes es igual o mayor a 100%, dado que el informante podía mencionar más de una opción.

Estimación con coeficiente de variación menor o igual a 15%.

Estimación con coeficiente de variación mayor a 15% y menor o igual a 25%.

Estimación con coeficiente de variación mayor a 25%.

Considerando los datos de la Gráfica 6.3, la desconfianza del público en los seguros es provocada por una mala experiencia en las aseguradoras, debido a que fue el sexto factor que provocó que algunas personas dejarán de tener un seguro, como se muestra en el cuadro 6.3, que representa 454,653 personas, según la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF) 2015, es decir, el 5% de los encuestados, por lo tanto, es una cifra pequeña, pero que significa que las aseguradoras siguen teniendo problemas para responder a sus obligaciones.

Asimismo, las personas que dejaron de tener un seguro, fue provocada principalmente porque dejó de trabajar o cambio de trabajo, esto se debe porque algunas empresas le proporciona a sus empleados Seguros de Vida o Seguros de Gastos Médicos Mayores como prestación, de modo si dejan de laborar en dicha empresa es quitada la prestación, como se observa en el cuadro 6.3, el cual, represento 4,005,737 encuestados, que es una cifra muy alta.

Otra causa importante por la que las personas dejaron de tener un seguro fue su costo, con 1,113,637 encuestados, que es una cifra muy alta, por tal motivo se debe considerar que los seguros son muy caros, por esta razón la población no los puede adquirir.

**Cuadro 6.3 ¿Por qué dejó de tener un seguro?**

	Total
¿Son muy caros?	1,113,637
No los utilizaba	913,627
Tuvo mala experiencia con la aseguradora	454,653
Lo tenía por un crédito y ya lo pagó	727,420
Dejó de trabajar o cambió de trabajo	4,005,737
Dejó de recibir un programa de gobierno	101,592
Otro	1,797,049

Fuente: Elaboración propia en base: INEGI y CNBV. (2015). Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) 2015.

Del cuadro anterior se hacen las siguientes acotaciones:

La suma de los porcentajes es igual o mayor a 100%, dado que el informante podía mencionar más de una opción.

Estimación con coeficiente de variación menor o igual a 15%.

Estimación con coeficiente de variación mayor a 15% y menor o igual a 25%.

Estimación con coeficiente de variación mayor a 25%.

## **6.4 Comparación de Precios entre las ISES y los SGMM.**

Las ISES tienen como objetivo ofrecer planes integrales de salud, que se compone de servicios preventivos y correctivos, el cual se contrata a través de un plan de salud a diferencia de los SGMM que sólo ofrecen servicios correctivos y se contrata por evento, es decir, por enfermedad, aunque los SGMM podrán ofrecer servicios preventivos con la reforma del 4 de abril de 2013 de la Ley de Seguros y Fianzas.

Las aseguradoras especializadas de salud son reguladas por la SHCP, CNSF, SS, CONDUSEF y CONAMED, mientras que los SGMM son reguladas por la SHCP, CNSF, y CONDUSEF, esto quiere decir que las ISES tiene una mayor regulación que los SGMM, porque las compañías de seguros especializados de salud requieren contratar un Controlador Médico, que debe ser ratificado por la SS, su función es vigilar que las estas instituciones funcionen de manera correcta, de lo contrario, el Controlador Médico deberá informarlo a la Secretaría de Salud, para que tal secretaría realice lo que le corresponda.

El mayor número de asegurados en las aseguradoras especializadas de salud poseen las edades entre 32 a 34 años, como se observó el capítulo anterior, además la entidad federativa con mayor número de asegurados es el Distrito Federal, de tal forma que se tomará en cuenta esta información para determinar las edades de los usuarios, y realizar la diferencia de precios entre las ISES y los SGMM.

El precio es una de las más importantes problemáticas que se enfrentan las aseguradoras especializadas de salud, puesto que compite directamente con los precios que ofrecen los SGMM, aunque no tienen la misma cobertura.

Lo que diferencia en el precio de las primas de las ISES y las primas de los SGMM, es el metodología que utilizan las aseguradoras para calcular el costo de la prima.

De tal manera que para calcular la prima de un SGMM se determina a partir del cálculo de la prima de riesgo, mientras que un seguro de salud se tiene que calcular la prima de riesgo por cada servicio y después sumarlas. Además se debe tomar en cuenta que las ISES tienen que contratar un Controlador Médico, lo que encarece su precio.

También se debe considerar que el pago de siniestro se determina por el pago de los siguientes servicios (Marcos Martínez, 2012, p. 35): “20% honorario médico, 41% hospitalización, 19% medicamentos, 7% estudio de diagnóstico y 13% en otros gastos”.

En el cuadro 6.4.1 muestra que la prima de los seguros de salud del género masculino de 30 años de edad, tiene un mayor precio que la de SGMM de igual género y edad, esto significa que existe un incremento del 15% entre una ISES y un SGMM.

Para el caso del género femenino de 30 años de edad, la diferencia entre un seguro de salud y un SGMM es del 14%, es decir, es menor la diferencia en mujeres, que en hombres.

**Cuadro 6.4.1 Comparativo de Precios Estandarizados de ISES y SGMM de personas de 34 Años de Edad en la Ciudad de México.**

Edad	ISES		SGMM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
30	1,582.21	2,047.00	1,379.13	1,793.75
31	1,591.67	2,050.89	1,382.34	1,809.72
32	1,600.28	2,055.18	1,382.72	1,821.09
33	1,608.28	2,059.82	1,381.40	1,828.57
34	1,615.92	2,064.75	1,381.87	1,833.18
35	1,640.24	2,083.37	1,404.82	1,849.98
36	1,647.90	2,089.74	1,423.31	1,868.25
37	1,655.55	2,098.23	1,425.92	1,869.05
38	1,662.84	2,108.78	1,429.54	1,870.16
39	1,669.72	2,121.33	1,434.36	1,870.50
40	1,709.17	2,199.59	1,536.47	1,981.42

Fuente: Elaboración con datos: CONDUSEF. (s.f.). *Registro de Tarifas de los Seguros Básicos*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/>.

Se toma en cuenta la edad de 30 años, porque es la edad en que los mexicanos empiezan a contratar un seguro médico, esto se debe porque en esta edad empiezan aparecer los primeros síntomas de una posible enfermedad, por ejemplo, el cáncer de mama o el cáncer de próstata, de tal forma que las personas deciden contratar un seguro antes de que ocurra la enfermedad, para evitar costosos servicios médicos, que perjudicaría su economía.

La edad con mayor número de asegurados de las en las compañías de seguros especializados de salud, del género masculino es de 34 años, como lo muestra el cuadro 6.5, del cual tiene un precio de \$1,615.92 pesos, mientras que un SGMM es de \$1,381.87 pesos, por lo tanto, existe una variación del 17% entre una ISES y un SGMM, de tal manera, que los seguros de salud son más caras.

La edad con mayor número de asegurados en las ISES del género femenino es de 32 años, como se puede percatar en el cuadro 6.4.2, el cual tiene un precio de \$2,055.18 pesos, mientras que un SGMM es de \$1,821.09, por ello hay una variación del 13%, por ello, al igual que en el caso anterior, las primas de los seguros de salud del género femenino son más caras que las primas de los SGMM.

**Cuadro 6.4.2 Número de Asegurados de las ISES en el Año 2014 por Género.**

Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino
0	3,463	3,673	25	9,089	10,877	50	5,071	6,624	75	455	378
1	6,939	7,339	26	9,854	12,065	51	4,816	5,982	76	448	349
2	7,621	7,680	27	10,301	12,556	52	4,692	5,532	77	372	321
3	8,047	8,230	28	12,040	14,068	53	4,056	4,967	78	349	273
4	8,641	9,187	29	13,166	15,193	54	3,987	4,876	79	277	268
5	8,763	9,173	30	13,904	17,405	55	3,821	3,732	80	266	211
6	8,952	9,297	31	14,392	18,245	56	3,292	3,321	81	274	184
7	8,908	9,302	32	14,654	18,757	57	3,252	3,212	82	227	155
8	9,150	9,059	33	14,429	20,616	58	2,814	3,062	83	188	140
9	8,631	8,764	34	14,558	67,256	59	2,784	2,729	84	230	170
10	8,257	8,529	35	13,430	16,396	60	2,491	2,302	85	143	137
11	7,950	8,035	36	13,055	15,612	61	2,288	2,124	86	155	95
12	7,849	8,014	37	12,947	15,935	62	2,018	1,805	87	113	77
13	7,443	7,576	38	12,195	15,829	63	1,923	1,701	88	118	60
14	7,385	7,676	39	12,168	15,815	64	1,748	1,647	89	105	61
15	6,589	6,506	40	12,093	15,727	65	1,489	1,362	90	81	46
16	6,303	6,153	41	11,452	15,677	66	1,315	1,168	91	67	39
17	5,747	5,748	42	10,578	15,180	67	1,160	1,132	92	64	33
18	5,237	5,528	43	9,436	15,264	68	977	827	93	64	16
19	5,238	6,206	44	9,472	17,286	69	1,010	842	94	32	14
20	5,400	6,410	45	8,082	9,612	70	846	706	95	30	5
21	5,607	6,330	46	7,342	8,860	71	750	651	96	15	14
22	5,897	6,742	47	6,331	8,031	72	662	520	97	8	12
23	6,774	7,211	48	5,941	7,128	73	510	434	98	6	2
24	8,216	9,832	49	5,499	6,890	74	492	389	99	11	2
									100	9	5

Fuente: Parrao Guzmán, A. (Noviembre de 2015). Análisis descriptivo del sistema estadístico del seguro de salud (2014). *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (145), pp. 98-99.

En el cuadro 6.4.1 se observa que las primas del género femenino son más caras que las del género masculino, esto se da porque en dichas edades, las mujeres están más expuestas a diferentes enfermedades, entre ellas, el cáncer de mama, que es un problema de salud pública en México.

**Cuadro 6.4.3 Situación de los Asegurados en Función a su Edad.**

Edad	Descripción
0-17	Son asegurados por el titular de la póliza, es decir, son los beneficiarios o dependientes económicos del titular, que pueden ser los hijos del titular.
18-29	Son titulares o beneficiarios del Plan de Salud, para el caso de los titulares, lo contratan para evitar posibles enfermedades, es decir, actividades preventivas.
30-44	Son titulares o beneficiarios del Plan de Salud, para el caso del titular es contratado para evitar una posible enfermedad, principalmente para evitar el cáncer de mama y próstata, ya que en esta edad es muy común estas enfermedades.
45-69	Son titulares o beneficiarios, para el caso del titular lo realizan para actividades preventivas, principalmente para citas médicas, ya que es el límite de edad para ser titular del Plan de Salud.
70-100	Son asegurados por el titular de la póliza, es decir, son los beneficiarios o dependientes económicos del titular, que pueden ser los padres del titular, ya que las aseguradoras su edad límite para asegurados titulares es de 69 años.

Fuente: Elaboración propia en base: Parrao Guzmán, A. (Noviembre de 2015). Análisis descriptivo del sistema estadístico del seguro de salud (2014). *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (145), pp. 98-99.



## 6.5 Cambios en las Compañías Especializadas de Salud del 2000-2014.

Las compañías especializadas de salud del 2000 al 2014, han tenido diferentes cambios, provocados por diversas situaciones, ya sea que les hayan revocado la autorización para operar en el ramo de Salud o por fusiones para tener un mayor mercado, como se detallará a continuación.

En el cuadro 6.5.1 se observa que en el 2001, 2004 y 2007, fueron los años en que las ISES tuvieron un aumento en compañías aseguradoras, mientras que en 2012 hubo menos compañías aseguradoras, por ende en el periodo del 2000 al 2014 hay inestabilidad en la compañías especializadas de salud, a consecuencia de que algunas compañías no lograron mantenerse en el mercado.

Lo anterior se debe por la exigencia de productos de salud, la alta regulación por parte de la Secretaría de Salud en infraestructura médica, y por los requisitos que pide la SHCP en cuestión financiera, esto es a través de la situación financiera de las aseguradoras.

**Cuadro 6.5.1 Número de Compañías de Seguros de Salud del 2000-2014.**

Periodo	Número de compañías
2000	10
2001	13
2002	10
2003	10
2004	13
2005	12
2006	12
2007	13
2008	12
2009	10
2010	10
2011	10
2012	9
2013	10
2014	10

Fuente: Elaboración propia con datos: CNSF. (2000-2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas.

Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>.

Las ISES que dejaron de operar fueron ocasionadas principalmente porque no reunieron el capital mínimo pagado que ordeno la SHCP, lo que permitió su revocación.

También algunas aseguradoras fueron revocadas porque se encontró faltantes en su reserva técnica y su capital mínimo de garantía, por consiguiente, estas aseguradoras no poseían la solvencia necesaria para responder con sus obligaciones.

Las ISES que lograron mantenerse desde 2000 hasta el 2014, según los Anuarios Estadísticos de Seguros y Fianzas, fueron: General Seguros y Plan Seguro, dado que Seguros Bancomer y Seguros BBV-Probursa se transforma en Seguros BBVA Bancomer en el 2002, aunque en 2003 Seguros BBVA Bancomer cambia de denominación a Preventis

La única Administradora de Salud que se convirtió en una aseguradora especializada de salud y que se mantuvo desde año 2000 hasta el 2014 fue Plan Seguro, el cual es una de las dos ISES más importantes del país, junto con MediAccess.

En 2002 dejan de opera las siguientes compañías de seguros especializados de salud: Aseguradora Hidalgo, ING Seguro, Seguros Bital, Seguros Génesis y Seguros Monterrey New York Life.

En 2005, dejan de operar como aseguradoras especializadsa de salud: Grupo Integral Seguros de Salud y Seguros Banamex. En el caso de Grupo Integral Seguros de Salud fue creada en 2003, de la cual sólo duró dos años en este mercado.

En 2006, deja de funcionar Salud Comercial América, que fue creada en 2003, pero sólo operó durante tres años en el mercado de los seguros de salud, de tal forma que tuvo casi la misma situación que Grupo Integral Seguros de Salud, porque ambas no superaron ni los cinco años de operación en este sector.

En 2008, dejan de operar ING Salud y Salud Inbursa, ambas aseguradoras fueron creadas en 2002, de la cual operaron seis años, muy diferente a las demás aseguradoras anteriores que operaron menos de cinco años, por lo ende estas dos aseguradoras pudieron competir durante un sexenio, pero tuvieron que cerrar.

En 2009, deja de operar Seguros del Sanatorio Durango y Novamedic Seguros de Salud, ambas fundadas en 2002, por consiguiente estas dos compañías operaron durante siete años, la causa de su revocación fueron distintas.

En el caso de Seguros del Sanatorio Durango se detectaron faltantes en su reserva técnica, capital mínimo de garantía y capital mínimo pagado como lo define la SHCP (OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a Seguros del Sanatorio Durango, S.A. de C.V., para funcionar como institución de seguros especializada en salud, 2009)<sup>52</sup>:

“Derivado de la revisión a la información financiera y estatutaria de esa institución de seguros, correspondiente a las coberturas de reservas técnicas, capital mínimo de garantía y capital mínimo pagado al 31 de diciembre de 2008, determinó que presentaron faltantes de \$3'941,701.69 (tres millones novecientos cuarenta y un mil setecientos un pesos 69/100 M.N.), \$13'928,254.22 (trece millones novecientos veintiocho mil doscientos cincuenta y cuatro pesos 22/100) y \$3'789,683.96 (tres millones setecientos ochenta y nueve mil seiscientos ochenta y tres pesos 96/100 M.N.) respectivamente, que representaron el 9.9%, 66.8% y 56.5% de los requerimientos correspondientes, por lo que la propia Comisión mediante oficio No. 06-367-III-2.1/04314 del 27 de marzo de 2009, requirió a esa institución de seguros un plan de regularización en los términos del artículo 74 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para subsanar las irregularidades detectadas”.

Para el caso de Novamedic Seguros de Salud, se detectaron faltantes en su reserva técnica y el capital mínimo de garantía, como se muestra en el cuadro 6.5.2, el cual, se observa

---

52 OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a Seguros del Sanatorio Durango, S.A. de C.V., para funcionar como institución de seguros especializada en salud (Diario Oficial de la Federación 28 de Octubre de 2009). Recuperado el 1 de Junio de 2017, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5116192&fecha=28/10/2009](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5116192&fecha=28/10/2009).

que en junio de 2009 tuvo un faltante por concepto de reserva técnica de \$5,794,384.53, mientras que por concepto de capital mínimo de garantía fue de \$11,566,089.11, por esta situación se revoca la autorización para Novamedic en 2009.

En el cuadro 6.5.2 se observa que los activos computables de Novamedic en junio de 2009 fue de \$19,117,140.16, mientras que en julio de 2009 fue de \$13,970,019.36, lo que significa que disminuyó los activos computables de junio a julio del 2009, en un 37%.

**Cuadro 6.5.2 Faltantes de Reserva Técnica y Capital Mínimo de Garantía de Novamedic**

Cobertura	Activos Computables	Requerimiento	Sobrante (Faltante)	% del requerimiento
<b>Junio 2009</b>				
Reservas Técnicas	19'117,140.16	24'911,524.69	(5'794,384.53)	23.3
Capital mínimo de Garantía	0.00	11'566,089.11	(11'566,089.11)	100.00
<b>Julio 2009</b>				
Reservas Técnicas	13'970,019.36	19'112,184.90	(5'142,165.54)	26.9
Capital mínimo de Garantía	0.00	10'761,115.35	(10'761,115.35)	100.00

Fuente: OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a Novamedic Seguros de Salud, S.A. de C.V., para operar como institución de seguros especializada en el ramo de salud (Diario Oficial de la Federación 19 de Enero de 2011). Recuperado el 1 de Junio de 2017, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5174985&fecha=19/01/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5174985&fecha=19/01/2011)

En 2012, dejó de operar SaludCoop que fue fundada en 2004, y que se mantuvo en el mercado del ramo de salud por ocho años, las causas de su revocación fue que encontraron faltantes en la reserva técnica y el capital mínimo de garantía, como lo decreta la SHCP (OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a SaludCoop México, S.A. de C.V., 2012)<sup>53</sup>:

53 OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a SaludCoop México, S.A. de C.V. (Diario Oficial de la Federación 20 de Diciembre de 2012). Recuperado el 1 de Junio de 2017, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=76041&ambito=FEDERAL&poder=ejecutivo>.

“La CNSF observó que al 31 de octubre de 2011 la institución presentaba faltantes en las coberturas de reservas técnicas y de capital mínimo de garantía de \$89'197,500.64 y \$106'818,081.71, respectivamente”.

En este mismo año MediAccess como Médica Integral GNP, con el fin de “duplicar su participación de mercado en este segmento al pasar de 20 a 40%” (Ugarde, 2012)<sup>54</sup>.

Se observa que el ramo de salud es un mercado incierto, ya que algunas instituciones no llegaron a mantenerse más de cinco años, mientras que algunas instituciones que si llegaron a lograr, son actualmente las ISES más importantes del país.

## **6.6 Falta de Inversionistas.**

La falta de inversionistas en el mercado del ramo de salud se debe a cuatro factores: el tiempo de operación; la infraestructura médica que requieren; la solidez financiera que deben cumplir; y la falta de competencia en los seguros dentales.

Las aseguradoras especializadas de salud no han logrado mantener un mercado competitivo desde su aparición hasta el 2014, que es nuestro último año de estudio, puesto que en el año 2001 había trece aseguradoras especializadas de salud, pero para el 2002 sólo hubo diez, lo que significa que desaparecieron tres ISES, esto se debe porque las instituciones dedicadas en el ramo de salud no han logrado incrementar su participación en el sector asegurador de una manera sostenible con tendencia a la alta, lo que desalienta a los inversionistas.

De modo que la falta de inversionista en este mercado, se debe al costo de la infraestructura médica que requiere para operar en el ramo de salud, aunque algunas instituciones especializadas pueden asociarse con hospitales para cumplir con los requisitos establecidos, pero esto no bastaría para permanecer en el mercado, porque también debe

---

54 Ugarde, J. (13 de Junio de 2012). MediAccess compra Médica Integral. *CNN Expansión*.

tener una solidez financiera de acuerdo con la LISF en el apartado de los requerimiento de capital, además del capital mínimo pagado que la CNSF determine.

También se debe considerar que el mercado del ramo de salud están dividida en dos sectores: Salud y Dental.

De la cual la mayoría de las ISES operan en la actividad de Salud, mientras que en el sector Dental es muy reducida el número de instituciones especializadas, por lo tanto, se necesita que más instituciones participen en el ramo Dental, para haya una mayor competencia y desarrollo en esta actividad.

Otro punto importante que se debe considerar como un obstáculo, para la entrada de nuevos inversionistas en el ramo de salud, es el capital que deben invertir, dado que requieren la adquisición de una infraestructura médica y un Controlador Médico, para ser autorizado por la Secretaría de Salud; también los requerimientos de capital que establece la LISF, además del capital mínimo pagado que ordena dicha Ley.

Para el caso de la infraestructura médica es muy costosa, porque se debe contratar personal suficientemente eficiente y comprar el equipo para las diferentes enfermedades.

De lo anterior, se observa que es más conveniente para los inversionistas invertir en SGMM, ya que no necesitan una infraestructura médica y un Controlador Médico, que es la parte más costosa de las ISES, lo cual encarece el precio.

También se observa que las aseguradoras del ramo de salud recién creadas, no han podido permanecer en este mercado durante un largo tiempo, con excepción de MediAccess.

Además se debe considerar que MediAccess era una Administradora de Salud, que tenía una gran experiencia en planes integrales de Salud.

El caso de MediAccess es un caso muy particular, porque nace como una Administradora de Salud, pero no se convierte en una aseguradora especializada de salud en 1999, cuando

entra en vigor la reforma del 3 de enero de 1997, sino hasta 2012, de modo que durante un periodo largo no compite como una institución especializada en el ramo de salud.

En 2012, MediAccess ya constituida como una ISES compite de una manera excepcional en este mercado, dado que adquiere Medical Integral GNP, lo que permite que su mercado se amplíe, y pueda competir por el liderazgo del sector, puesto que Plan Seguro lideraba esta actividad.

## **6.7 Estricta Regulación de las ISES.**

La estricta regulación de las ISES ha provocado que las aseguradoras especializadas de salud tengan un precio más elevado que los SGMM, puesto que una compañía de seguros que opera en el ramo de salud requiere contratar un Controlador Médico, el cual es el responsable de vigilar las actividades de la institución, lo que genera un mayor costo en la prima, por esta razón se encarece el precio.

Por otra parte, la infraestructura médica también encarece a las empresas de seguros especializados de salud, puesto que la infraestructura médica que determina la Secretaría de Salud debe ser muy completa, para la prestación de los servicios, por tal motivo la infraestructura médica debe ser parecida a la de los hospitales privados.

## **6.8 La Reforma del 4 de Abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas.**

Con la reforma del 4 de abril de 2013 de la Ley de Seguros y Fianzas, que permite a los SGMM proporcionar servicios de prevención en sus planes, los cuales eran proporcionados exclusivamente por las ISES, puede provocar que el mercado de los seguros especializados de salud disminuya, porque como lo habíamos visto anteriormente, la prima de los SGMM son más baratos, lo que puede generar que la población prefiera un SGMM

que un seguro de salud, dado que en promedio la diferencia entre un SGMM y una ISES es del 15%, por esta razón la población prefiere SGMM.

Con la reforma del 4 de abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas, los SGMM podrían lograr una mayor penetración en su mercado, mientras que las ISES se verían afectadas en su mercado, con un declive en la emisión de las primas, por ende, con la reforma del 4 de abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas, los agentes de seguros tendrían una participación muy importante, porque son los encargados de ofrecer los productos al público, por lo ello, es importante que los agentes tengan la capacidad para vender este tipo de seguros.



# Conclusiones.

Las Instituciones de Seguros Especializados de Salud (ISES) nacen en 1999, pero es hasta el año 2000, cuando operan de manera formal, al expedirse en ese año las Reglas para Operación del Ramo de Salud.

Las Administradoras de Salud eran empresas que ofrecía servicios integrales de salud, las cuales tenían la particularidad de contar con su propia infraestructura médica, además ofrecían servicios preventivos y curativos, de tal manera que dichas coberturas ofrecían: cuarto y alimentos, intervención quirúrgica, gastos extras, visitas médicas y subsidio diario por enfermedad.

Mientras los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) eran empresas de seguros que ofrecían planes de salud, las cuales no contaban con infraestructura médica propia sino a través de convenios que tenían con los diferentes grupos de hospitales, además sólo ofrecían servicios curativos, es decir, causada por una enfermedad, de tal forma que dichas coberturas ofrecían: intervención quirúrgica, y visitas médicas y enfermeras.

El propósito principal de la creación de las ISES, fue regular a las Administradoras de Salud, ya que éstas no tenían regulación alguna, a diferencia de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) que eran reguladas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Comisión Nacional de Seguros (CNSF).

Otro propósito de las ISES era aumentar el número de mexicanos que tuvieran con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos.

Con la creación de las ISES se buscaba dar mayor certidumbre al mercado de accidentes y enfermedades del sector asegurador, al existir una competencia entre las ISES y los SGMM, pero al transcurrir el tiempo, los SGMM han logrado posicionarse en el mercado de seguros de accidentes y enfermedades, mientras que ISES sólo mantuvieron un mercado reducido que no llega al 1% del sector asegurador.

Con la reforma del 4 de abril de 2013 de la LISF, permitirá a los SGMM ofrecer servicios de prevención, que hasta entonces sólo lo podían ofrecer las ISES, situación que posiblemente va a provocar un mayor declive para las ISES en el mercado asegurador.

Para los economistas es importante conocer este tema, porque podrán observar el comportamiento de la competencia entre las ISES y los SGMM; además podrán darse cuenta, cuales son los obstáculos que enfrentan las ISES para operar en el mercado asegurador; también podrán observar si ésta Ley fue conveniente para el sector asegurador, o por el contrario fue perjudicial; además se podrán dar cuenta si esta Ley beneficia o perjudica a las ISES, al darle la oportunidad a los SGMM ofrecer servicios preventivos sin ninguna regulación por parte de la Secretaría de Salud.

Los economistas tiene un campo de acción muy amplia, no solamente le interesa el comportamiento de la economía en lo macro sino también en lo micro, es decir, el comportamiento individual del consumidor y de las empresas, en consecuencia, por su amplia formación, los economista les interesa analizar todos los ramos de la economía, ya sea en el área financiera, de la empresa, del entorno internacional, en el desarrollo urbano de las sociedades, en la actividad industrial, en el ámbito tecnológico, etc.

Las ISES han tenido una baja en su participación en el mercado asegurador, principalmente por su alto precio, a causa de que las aseguradoras especializadas de salud requieren de un Controlador Médico para operar, lo que encarece sus productos. Mientras que los SGMM no requiere, por ello, sus productos tienen un costo más bajo.

Otras causas que provocaron que el mercado de los seguros de salud tenga un declive, son: la falta de cultura financiera; la falta de cultura de cuidado de la salud; el precio de las primas no competitivas en comparación de los SGMM, dado que los seguros

especializados de salud tienen un precio más elevado que los SGMM, alrededor de 15% demás, dado que las ISES tienen que contratar un Controlador Médico, lo que encarece su precio, y la reforma del 4 de abril de 2013 de la LISF que permitirá a los SGMM puedan ofrecer en sus pólizas coberturas preventivas.

La falta de cultura de prevención, es un problema muy grave para el sector asegurador, son escasas las personas que compran productos para prevenir un posible riesgo, porque piensan que es un gasto innecesario, que nunca lo van a utilizar, por lo tanto no lo adquieren.

Para el caso de las ISES es la misma situación, la población considera innecesario adquirir un seguro de salud, y en el caso de que les ocurra una enfermedad, prefieren acudir directamente a un hospital particular, además las personas desconocen que es una ISES, lo que es un obstáculo para que lo puedan adquirir.

Otro problema muy importante que enfrenta las ISES, es la falta de cultura del cuidado de la salud, puesto la población mexicana no acude regularmente al médico, esto se debe a diferentes circunstancias, pero la más importante es la desconfianza que tiene la población hacia los médicos, que es un elemento trascendental para que la población no acude al médico, ya que piensan que el médico puede empeorar su condición médica, por este motivo prefieren acudir a la medicina tradicional, sin considerar que es más peligro ésta que acudir a un médico especializado, por esta causa también la población no adquiere un seguros especializado de salud.

La reforma del 4 de abril de 2013 de la LISF, es otro punto muy importante para que las ISES no sean competitivas en el mercado de seguros médicos, en cuestión de precios, dado que ésta Ley permitirá que los SGMM puedan ofrecer servicios de prevención, sin ninguna regulación por parte de la Secretaría de Salud, por esta razón ocasionará una competencia desleal, porque las ISES serán inspeccionadas por la Secretaría de Salud a través de un Controlador Médico, mientras que los SGMM no lo serán, lo cual, va provocar que los SGMM sean más baratos y por consiguiente la población podrán adquirirlos.

En el aspecto económico es de señalar que el PIB del Sector Salud representa el 5.15% de las Actividades Terciarias, del cual, el 52.64% va dirigida a la inversión de hospitales; el 44.02% representa la inversión de servicios médicos de consulta externa general o

especializada; mientras que el 3.35% se dirige a servicios de cuidado a enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales. Por lo anterior, se observa que la participación del Sector Salud en las Actividades Terciarias es mínima, además el PIB del Sector Salud tiene una mayor inversión en hospitales.

En relación a la Seguridad Social, se muestra que el 22.74% de la población no tiene acceso a la Seguridad Social, ya sea Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, PEMEX, etcétera.

Por ello, es preocupante que cerca de una cuarta parte de la población no tiene acceso a una institución de salud pública, además, si sumamos el porcentaje que representa el Seguro Popular que es 34.70%, la población sin derecho a la salud es mayor, por ende se debe invertir mayores recursos a la salud.

De la población que tiene acceso a un servicio de salud pública, en promedio la mitad no acude a su servicio médico, esto es ocasionado por la falta de preparación de algunos institutos, por tal motivo la población prefiere el servicio privado, ya sea en hospitales privados, en consultorios privados o seguros de prepago, esta última a través de los Seguros de Gastos Médicos Mayores o de las Instituciones de Seguros Especializadas de Salud (ISES); también la población que no acude a su servicio médico acude a servicios de la medicina tradicional, principalmente en zonas marginadas.

El proceso de globalización financiera del sector asegurador se da en 1990, cuando se divide la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros (CNBS) en: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y Comisión Nacional Bancaria (CNB). Esto se da gracias a la entrada en vigor del TLCAN, puesto que hacía falta un órgano regulatorio para el sector asegurador, en este caso la CNSF.

Con la reforma del de enero de 1997 se crea las ISES, para ello se modifica la Ley General de Instituciones y sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), en sus Artículos 7º y 8º, con el fin de regular a las Administradoras de Salud y la importancia que deberían tener para el país, el hecho de que un mayor número de mexicanos cuente con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades, pero es hasta el año 2000, cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), expide las Reglas para Operar el

Ramo de Salud, dado que estas reglas, venían contenidas los requisitos para constituirse como una aseguradora especializada de salud.

De tal manera, el proceso de globalización financiera del sector asegurador inicia con la creación de la CNSF, y culminaría con la creación de las ISES y las Reglas para Operar el Ramo de Salud en el año 2000, por lo tanto, es una década de cambios en el sector asegurador de 1990 al 2000.

La regulación que está expuesta las ISES, es una regulación muy estricta en todos los sentidos, puesto que lo regulan seis leyes y cinco organismos, por esta razón es muy estricta su regulación.

Si consideramos las leyes y organismos que lo regulan en cuestión médica debemos considerar la Ley General de Salud (LGS), la Secretaría de Salud (SS) y la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED), esto solamente engloba la infraestructura médica y personal médico de la institución.

Para el caso de los dictámenes que solicita la SS se debe pagar los precios establecidos en la Ley Federal de Derechos (LFD), de acuerdo al tipo de dictamen.

Con respecto a la cuestión financiera, lo regula la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF), la Circular Única de Seguros y Fianzas (CUSF).

La LISF y la CUSF son leyes entrelazadas, que permiten la actuación de solvencia II y en nuestro caso, los requisitos que deben tener las instituciones de seguros que desean operar en el ramo de salud.

La SHCP y la CNSF tienen facultades conjuntas, de manera que la CNSF consulta a la SHCP para la inspección y vigilancia de las compañías aseguradoras.

En relación a las quejas que los usuarios de las ISES tienen se llevan a cabo a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en el caso de la

primera se realiza a través de la Ley de Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (LPDUSF), en el cual, se considera quejas de acuerdo a contratos de adhesión, mientras la CONAMED se realizan quejas por un tratamiento médico mal tratado.

Es de señalar que el funcionamiento de las ISES es muy complejo, debido a que requieren de la autorización de la SHCP; el dictamen de la Secretaría de Salud, así como la ratificación del Controlador Médico por la misma secretaría; el dictamen de la CNSF; el certificado de proveedores; y la instrumentación de programas.

Los trámites más complicados para operar como institución de seguros es la autorización de la SHCP y el dictamen de la CNSF, porque estas dos instancias revisan si la institución tiene la capacidad financiera para operar, por ende, estos organismos revisan a profundidad que las ISES cumplan con los requisitos, como es el capital mínimo pagado y el capital mínimo de garantía, de no ser así, no otorgan la autorización para operar como ISES, debido a que el capital mínimo pagado es el requerimiento mínimo de capital que exige la SHCP, mientras que el capital mínimo de garantía es el requerimiento de los recursos patrimoniales que exige la CNSF, para hacer frente las aseguradores a sus asegurados.

También otro elemento de mayor trascendencia en la operación de las ISES, es el dictamen que debe ser autorizada por la Secretaría de Salud ya sea provisional, anual o definitivo, y la ratificación del Controlador Médico, ambas autorizaciones son las más importantes para operar como ISES, ya que de no ser así no podrán operar como ISES.

Las ISES prestan dos tipos de servicios que son: Salud y Dental. Aunque no todas ofrecen los dos tipos de servicios, como es el caso de Dentegra Seguros Dentales y Seguros Centauro, que dan exclusivamente seguros dentales, mientras que las aseguradoras que proporcionan los dos tipos de seguros son: Plan Seguro, MediAccess y BBVA Bancomer Seguros Salud, por su parte, los demás proporcionar exclusivamente seguros de salud.

En cuanto a las coberturas que ofrecen las ISES, van de acuerdo al tipo de servicio, ya sea Salud o Dental.

Para el caso de Salud, la cobertura preventiva básica es de acuerdo a la edad y a partir de los 41 años de acuerdo al género, por ejemplo, una persona de edad de 35 años y siendo

del género masculino, en la cobertura básica contempla dos consultas anuales de estudio de laboratorio o gabinete, que contiene los siguientes estudios: Biometría Hemática, Examen General de Orina, y Química Sanguínea de 3 elementos, pero a partir de los 41 se anexa el estudio Antígeno Prostático o Papanicolaou, de acuerdo al género.

La cobertura correctiva no se determina de acuerdo a la edad y género como la preventiva, de modo que no importa la edad y género, así pues, contempla tres consultas extras, además de las preventivas y lo que el médico indique.

En cuanto a la cobertura Dental, no interviene la edad y género para el caso de cobertura preventiva como el caso de Salud, de tal manera que la cobertura básica tiene las mismas coberturas para cada usuario, de acuerdo a la cobertura básica contempla un sólo servicio anual para las siguientes coberturas, con excepción de las radiografías con son cuatros servicios anuales: Consulta detallada y extensiva, diagnóstico y plan de tratamiento, Profilaxis, Instrucción nutricional para el control de las enfermedades dentales, Aplicación tópica de flúor (Únicamente para menores de 14 años), y Radiografía.

Para la cobertura correctiva contempla los siguientes tratamientos: Amalgama simple o compuesta, Resina simple o compuesta, Extracción Simple, e Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años), para el caso de Amalgama y Resina son cuatro servicios por año, mientras que Extracción Simple son dos servicios anuales, y por último, la Incisión y drenaje de absceso intraoral, sólo contempla un servicio anual.

Las diferencias entre SGMM e ISES son muy precisas, pero la población lo desconocen y llegan a confundirlos, aunque los SGMM son más conocidos, principalmente porque a algunos empleo viene como una prestación laboral, por esta causa es más conocida.

La diferencia entre las ISES y SGMM, es que las ISES cubren servicios preventivos y correctivos de manera periódica, mientras los SGMM sólo cubre servicios correctivos y es por evento, por ello, los SGMM no tiene un monitoreo para conocer la situación del paciente, pero con la reforma del 4 de abril de 2013 a la Ley de Seguros y Fianzas, los SGMM podrán ofrecer servicios preventivos, es decir, ya podrán realizar estudios pertinentes para prevenir enfermedades.

Con respecto a la competencia interna de las ISES, Plan Seguro y MediAccess son las instituciones con mayor participación en este mercado, esto se debe a que estas dos instituciones funcionaron como Administradora de Salud, además de proporcionar los dos tipos coberturas de las ISES, es decir, proporcionan servicios de Salud y Dental.

Por lo se refiere a la situación financiera de las ISES, se debe tomar cuenta tres tipos de ISES; en el primero, las instituciones que proporcionan dos tipos de servicios, la segunda, la que proporciona exclusivamente servicios en Salud, y la tercera, la que proporciona exclusivamente servicio Dental. Entre estas tres tipos de instituciones, la que tiene mayor rentabilidad es la que proporciona exclusivamente servicios en Salud, mientras que la que tiene menor rentabilidad es la que proporciona dos tipos de servicios, esto quiere decir, que es mejor proporcionar un sólo tipo de servicio, que en este caso sería Salud, sino la rentabilidad bajaría.

Otro punto importante son los usuarios de las ISES, tanto Salud como Dental, en el cual, la mayorías de estos usuarios, se encuentran en el Distrito Federal, seguido de Nuevo León y Chihuahua, esto quiere decir, que las zonas con mayor poder adquisitivo tienen mayor oportunidad de adquirir una ISES, esto es generado que las ISES con mayores coberturas son muy caras, por ello estas zonas lo pueden adquirir.



# Propuestas.

Las ISES son reguladas por la Secretaría de Salud, y tal secretaría es la encargada de ratificar al Controlador Médico, mi propuesta es en base a esto, por lo que propongo que los SGMM sean reguladas por la Secretaría de Salud, de tal manera que tengan que contratar un Controlador Médico, el cual debe ser ratificado por tal secretaría, lo que puede generar mayor veracidad de la calidad de servicio que ofrecen los SGMM, dado que en la actualidad no existe tal veracidad, porque no hay una autoridad que regule los servicios que ofrecen los SGMM.

Además, con la regulación del Controlador Médico, no existirá una competencia desleal, puesto que al equilibrarse los precios de las ISES y SGMM, habrá una mejor competencia, y en un momento dado, puedan bajar los precios de ambos seguros, en beneficio de la población.

También propongo una colaboración entre sector público y el sector privado, de tal manera que ambos sectores se puedan complementar, esto se daría a través de planes integrales de salud, y sería muy diferente al APP (Asociaciones Público Privado), porque el APP ofrece la infraestructura por un determinado periodo y después pasar a manos del gobierno; mi propuesta es que el sector privado ofrezca una póliza adicional a los derechohabientes del sector público, y que lo puedan utilizar en cualquier momento.

El dinero para pagar la póliza sería a través de una Administradora de Fondos para la Protección de Salud, que se encargará de administrar los recursos en una aportación tripartita, es decir, el fondo lo aportaría el empleado, patrón y gobierno, de una manera parecido a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), pero en este caso sería

un fondo para proteger la salud del empleado , y en caso de no utilizarlo durante su vida laboral, el dinero que se llegue ahorrar pasaría a manos del empleado.

En caso de una privatización del sector salud y que no haya una modificación de la Ley en cuestión de SGMM, que permita que los SGMM sean reguladas por la Secretaría de Salud a través de un Controlador Médico, entonces, propongo que las ISES sean las encargadas de ofrecer los servicios de salud de la población, esto sería también a través de una Administradora de Fondos para la Protección de Salud, el cual estaría constituida por una aportación tripartita, es decir, una aportación entre el gobierno, el patrón y el empleado, el porcentaje de aportación sería de la siguiente manera: 40% aportación del gobierno, 40% aportación del patrón y 20% aportación del empleado.

Además, el empleado podrá elegir la ISES que más le convenga, pero Administradora de Fondos para la Protección de Salud elegirá la que le dé mayor rendimiento y sólo podrá cambiarse de administradora dos veces al año. Esto permitirá que las ISES sean más competitivas y su mercado se amplíe.

Para el caso de la promoción de cultura de prevención, propongo que el gobierno federal sea el encargo de promover la cultura de prevención a través de una participación conjunta entre la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), de tal forma que ambos organismos promuevan a través de radio y televisión lo importante de tener un cuidado óptimo de la salud acudiendo periódicamente al médico, además haciendo referencia detallada de la existencia de las ISES, y las coberturas que ofrecen éstas compañías tanto preventivas como correctivas.

En caso de que no se haya la promoción suficiente del cuidado de la salud y la adquisición de las ISES, la población que se enfermen tendrá un excesivo gasto, para tratamiento o curación de sus enfermedades, de tal forma que no podrán pagar los excesivos gastos por los padecimientos sufridos, como se observa en el siguiente cuadro, de las personas que no están afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por una terapia intensiva tendrán que pagar 31,525 pesos, mientras una intervención quirúrgica de tercer nivel tendrán que pagar 28,370 pesos, lo cual es muy caro, por lo tanto, es conveniente que el gobierno promueva una cultura de prevención

## Cuadro 0.0 Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2014.

Atención en unidades de primer nivel		Atención en unidades de segundo nivel		Atención en unidades de tercer nivel	
Tipo de servicio	Costo unitario 2014 (pesos)	Tipo de servicio	Costo unitario 2014 (pesos)	Tipo de servicio	Costo unitario 2014 (pesos)
Consulta de Medicina Familiar	559	Consulta de Medicina Familiar	559	Consulta de Especialidades	1,061
Consulta Dental (Estomatología)	553	Consulta Dental (Estomatología)	553	Atención de Urgencias	2437
Atención de Urgencias	519	Consulta de Especialidades	1061	Día Paciente en Hospitalización	6,377
Curaciones	559	Atención de Urgencias	994	Día Paciente en Incubadora	6,377
Estudio de Laboratorio Clínico	70	Día Paciente en Hospitalización	6,377	Día Paciente en Terapia Intensiva	31,525
Estudio de Radiodiagnóstico	177	Día Paciente en Incubadora	6,377	Estudio de Laboratorio Clínico	145
Ultrasonografía	177	Día Paciente en Terapia Intensiva	31,525	Citología Exfoliativa	224
Traslado en Ambulancia	486	Curaciones	559	Estudio de Medicina Nuclear	719
Sesión de Hemodiálisis	3,864	Estudio de Laboratorio Clínico	84	Estudio de Electrodinámico	715
Sesión de Quimioterapia	4,652	Citología Exfoliativa	164	Estudio de Radiodiagnóstico	582
Intervención de Tococirugía	6,447	Estudio de Medicina Nuclear	719	Ultrasonografía	582
Día paciente en Hospitalización	6,377	Estudio de Electrodinámico	309	Estudios de Tomografía Axial	2,678
Intervención Quirúrgica	2,732	Estudio de Radiodiagnóstico	276	Estudios de Resonancia Magnética	3,886
Sesión de Medicina Física y Rehabilitación	371	Ultrasonografía	276	Procedimiento de Cardiología Intervencionista Hemodinámica	27,108
Terapia Psicológica	462	Estudio de Tomografía Axial	2,678	Estudio/Procedimiento de Endoscopia	993
Estudio/Procedimiento de Endoscopia	993	Estudio de Resonancia Magnética	3,686	Sesión de Medicina Física y Rehabilitación	1,268
		Estudio/Procedimiento de Endoscopia	993	Sesión de Radioterapia	921
		Sesión de Medicina Física y Rehabilitación	1,071	Sesión de Quimioterapia	4,652
		Sesión de Radioterapia	921	Estudio de Anatomía Patológica	224
		Estudio de Anatomía Patológica	164	Intervención Quirúrgica	28,370
		Intervención Quirúrgica	16,292	Intervención de Tococirugía	11,813
		Intervención de Tococirugía	6,447	Traslado en Ambulancia	2,733
		Traslado en Ambulancia	1,509	Sesión de Hemodiálisis	3,864
		Sesión de Quimioterapia	4,652	Terapia Psicológica	462
		Sesión de Hemodiálisis	3,864	Estudio/Sesión de Gabinete de Tratamiento	316
		Estudio/Procedimiento de Hemodinámica	23,940	Sesión de Terapia/Reeducación Ocupacional	116
		Terapia Psicológica	462		
		Estudio/Sesión de Gabinete de Tratamiento	316		
		Sesión de Terapia/Reeducación Ocupacional	116		

Fuente: ACUERDO ACDO.SA3.HCT.040414/73.P.DF dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el 4 de abril de 2014, (Diario Oficial de la Federación 29 de Abril de 2014)

# Bibliografía.

## Libros.

1. Carbajo Cascón, F. (2012). *La responsabilidad civil del asegurador de asistencia sanitaria*. España: Editorial Mapfre.
2. Dieck Assad, F. A. (2004). *Instituciones financieras*. México: McGraw-Hill.
3. Gerzso Rivera, F. (1997). *Gastos Médicos Mayores en México pasado, presente y futuro*. México: Editorial Prado.
4. Guardiola Lozano, A. (2001). *Manual de introducción al seguro* (Segunda ed.). España: Editorial Mapfre.
5. Martínez Gil, J. (1990). *Manual teórico y práctico de seguros* (Segunda ed.). México: Editorial Porrúa.
6. Minzoni Consorti, A. (2005a). *Crónica de dos siglos del seguro en México*. México: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
7. Minzoni Consorti, A. (2005b). *Siglo y medio de supervisión del seguro en México*. México: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

## Revistas.

1. Aguilar, P. (Febrero de 2008). Solvencia II Los conceptos básicos. *AMIS*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de [https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Conceptos\\_Basicos\\_de\\_Solvencia\\_II\\_2.pdf](https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Conceptos_Basicos_de_Solvencia_II_2.pdf).
2. Anguiano Roch, E. (Abril-Junio de 2000). México y la globalización financiera. *Colegio de México (COLMEX)*, XL (160).
3. Barrón, L. (Noviembre-Diciembre de 2008). Una opción diferente en salud privada: ISES (Instituciones de Seguros Especializadas de Salud) precios a la medida y atención de calidad. *Revista AMASFAC* (36).
4. Conceptos básicos del seguro de salud. (15 de Octubre de 2000). *Ahorro y Retiro* (46).
5. CNSF. (2000-2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>.
6. CNSF. (Diciembre de 2014). Actualidad Seguros Fianzas. (94). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/RevistaActualidadSegurosFianzas.aspx>.
7. Frenkel, R. (Agosto de 2003). Globalización y crisis financieras en América Latina. *Revista de la CEPAL* (80).
8. García Arias, J. (Octubre de 2004). Mundialización y sector público: mitos y enseñanzas de la globalización financiera. *Comercio Exterior*, 54 (10).
9. García Ocampo, D. (Septiembre de 1993). Razones financieras del sector asegurador. *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (24).

10. García-Tellez, I. (Mayo-Junio de 2013). Panorama del ramo de accidentes y enfermedades: de pacientes a personas. *Revista Mexicana de Seguros y Fianzas* (708).
11. Gómez Dantés, O., Sesma, S., Arreola, H., Frenk, J., Becerril, V., & Knaul, F. (Enero de 2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública Mex*, 53. Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017).
12. INEGI y CNBV. (2015). Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) 2015.
13. INEGI e IMSS. (2014a). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS documento metodológico*.
14. INEGI e IMSS. (2014b). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*.
15. Lara Di Lauro, E. (Octubre-Diciembre de 20002). Las ISES a dos años de su creación. *Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.* (16).
16. León Rojas, A. (2000). *Mercados financieros internacionales: globalización financiera y fusiones bancarias*. Seminario de Actividad Bancaria, Universidad de los Andes, Cátedra de Economía y Política Económica.
17. Marcos Martínez, J. (Septiembre-Octubre de 2012). Aseguradoras y hospitales paciente: razón del servicio. *Revista Mexicana de Seguros y Fianzas*.
18. Parrao Guzmán, A. (Noviembre de 2015). Análisis descriptivo del sistema estadístico del seguro de salud (2014). *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)* (145).

19. Ponce Talancón, H. (Enero-Junio de 2007). La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1).
20. Ramírez, A. M., Gutiérrez, R., & Álvarez, I. (s.f.). Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas El impacto de las nuevas regulaciones en el sector asegurador y afianzador. *Delineando Estrategias una Visión de KPMG*.
21. Salazar, F. (Julio-Agosto de 2004). Globalización y política neoliberal en México. *El Cotidiano*, 20 (126).
22. Venegas Martínez, F., Tinoco Zermeño, M. Á., & Torres Preciado, V. H. (Julio-Diciembre de 2009). Desregulación financiera, desarrollo del sistema financiero y crecimiento económico en México: efectos de largo plazo y causalidad. *Estudios Económicos*, 24 (2).

### **Periódicos.**

1. El Economista. (1 de Febrero de 2016). Cáncer, uno de los padecimientos que más atienden aseguradoras. *El Economista*.
2. Leal F., G. (21 de Mayo de 2016). Pemex privatiza servicio médico. *La Jornada*.
3. Rodríguez, I. S. (20 de Junio de 2016). Olvidarse del dentista puede costarle más que una caries. *El Economista*.
4. Ugarde, J. (13 de Junio de 2012). MediAccess compra Médica Integral. *CNN Expansión*.

## Normas Jurídicas.

1. ACUERDO ACDO.SA3.HCT.040414/73.P.DF dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el 4 de abril de 2014, (Diario Oficial de la Federación 29 de Abril de 2014).
2. ACUERDO por el que se determina el capital mínimo pagado con el que deberán contar las instituciones de seguros por cada operación o ramo que tengan autorizado (Diario Oficial de la Federación 21 de Marzo de 2014).
3. Circular s-8.7 (Diario Oficial de la Federación 29 de Diciembre de 2008). Recuperado el 9 de Enero de 2017, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5076306&fecha=29/12/2008](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076306&fecha=29/12/2008).
4. Circular Única de Seguros y Fianzas (CUSF) (Diario Oficial de la Federación 4 de Abril de 2013).
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Diario Oficial de la Federación 15 de Septiembre de 2017).
6. Ley de Asistencia Social (Diario Oficial de la Federación 19 de Diciembre de 2014).
7. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014).
8. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (LPDUSF) (Diario Oficial de la Federación 10 de Enero de 2014).
9. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE) (Diario Oficial de la Federación 24 de Marzo de 2016).



10. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM) (Diario Oficial de la Federación 27 de enero de 2015).
11. Ley del Seguro Social (LSS) (Diario Oficial de la Federación 2 de Abril de 2014).
12. Ley Federal de Derechos (LFD) (Diario Oficial de la Federación 7 de Diciembre de 2016).
13. Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) (Diario Oficial de la Federación. 31 de Agosto de 1935). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/LGISMS%20\(Ver%20si%20C3%B3n%20Compilada%20al%2010-Ene-14\).pdf](http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/LGISMS%20(Ver%20si%20C3%B3n%20Compilada%20al%2010-Ene-14).pdf).
14. Ley General de Salud (LGS) (Diario Oficial de la Federación 1 de Junio de 2016).
15. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) (Diario Oficial de la Federación 18 de Julio de 2016).
16. Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS) (Diario Oficial de la Federación 4 de Abril de 2013).
17. OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a Novamedic Seguros de Salud, S.A. de C.V., para operar como institución de seguros especializada en el ramo de salud (Diario Oficial de la Federación 19 de Enero de 2011). Recuperado el 1 de Junio de 2017, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5174985&fecha=19/01/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5174985&fecha=19/01/2011).
18. OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a SaludCoop México, S.A. de C.V. (Diario Oficial de la Federación 20 de Diciembre de 2012). Recuperado el 1 de Junio de 2017, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=76041&ambito=FEDERAL&poder=ejecutivo>.

19. OFICIO mediante el cual se revoca la autorización otorgada a Seguros del Sanatorio Durango, S.A. de C.V., para funcionar como institución de seguros especializada en salud (Diario Oficial de la Federación 28 de Octubre de 2009). Recuperado el 1 de Junio de 2017, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5116192&fecha=28/10/2009](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5116192&fecha=28/10/2009).
20. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (RICONAMED) (Diario Oficial de la Federación 3 de Febrero de 2004).
21. Reglamento Interno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (RISHCP) (Diario Oficial de la Federación 31 de Octubre de 2014).

### **Páginas de Internet.**

1. AXA Seguros. (s.f.). Seguro de salud. Diferencias con Gastos Médicos Mayores. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://axainforma.com/Cursos/DEFINITIVO%20INTERACTIVO%20CEDULA>.
2. CONAMED. (s.f.). *Información sobre la CONAMED para los profesionales de la Salud*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/129864/funciones.pdf>.
3. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (S.F.). *Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado el 1 de Octubre de 2016, de [http://www.salud.gob.mx/transparencia/infom\\_adicional/InfoGraISP.pdf](http://www.salud.gob.mx/transparencia/infom_adicional/InfoGraISP.pdf).
4. CNSF. (s.f.). *Formas Estadísticas de Seguros (FES)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>.

5. CNSF. (s.f.). *Que hacemos*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <https://www.gob.mx/cnsf/que-hacemos>.
6. CNSF. (s.f.). *Por operación, ramo o tipo de seguro, sobre riesgos asegurados y reclamaciones*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>.
7. CONDUSEF. (s.f.). *Conceptos*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/glosario.php>.
8. CONDUSEF. (s.f.). *Descripción de los Seguros Básicos*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/descripciones.php>.
9. CONDUSEF. (s.f.). *Registro de Tarifas de los Seguros Básicos*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/>.
10. Dentegra Seguros Dentales. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#6000000006r0y/a/6000000000OYD/\\_kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe\\_0=](https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#6000000006r0y/a/6000000000OYD/_kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe_0=).
11. INEGI. (s.f.). *Banco de Información Económica (BIE)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/> > Estadísticas> Bancos de datos/Banco de Información Económica (BIE)> Cuentas nacionales> Cuenta satélite del sector salud de México base 2008> A precios corrientes> Producto Interno Bruto a precios de mercado> Total de la producción del sector salud.
12. INEGI. (4° trimestre de 2015). *Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

13. SHCP. (s.f.). *Que hacemos*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.gob.mx/shcp/que-hacemos>.
14. Secretaría de Salud. (02 de Diciembre de 2015). Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). México. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises>.
15. Secretaría de Salud. (s.f.). *Que hacemos*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.gob.mx/salud/que-hacemos>.
16. Secretaría de Salud. (22 de Febrero de 2016). ¿Qué son las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud? México. Recuperado el 18 de Febrero de 2017, de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/que-son-las-instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud>.
17. Plan Seguro. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados\\_financieros\\_2014.pdf](http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados_financieros_2014.pdf).
18. Vitamédica. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados\\_Financieros\\_e\\_Informe\\_de\\_Notas\\_de\\_revelaci%C3%B3n\\_31\\_de\\_Diciembre\\_2014.pdf](http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados_Financieros_e_Informe_de_Notas_de_revelaci%C3%B3n_31_de_Diciembre_2014.pdf)

# Apéndice.

**Cuadro 1. Primas Directas del Sector Asegurador Mexicano, 2000-2014, Miles de pesos.**

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vida	46,044,433	35,489,485	48,809,175	42,958,234	53,772,371	52,781,810	69,182,286
Pensiones	11,649,343	13,929,663	9,079,239	3,221,965	5,056,189	4,504,331	5,070,810
Accidentes Personales	693,349	933,602	1,200,315	1,182,270	1,547,677	1,943,681	2,433,480
Gastos Médicos Mayores	8,148,902	9,750,366	11,459,593	13,474,277	15,380,446	17,863,867	20,631,753
Salud	642,482	777,750	886,965	650,864	832,790	930,827	1,170,692
Daños	37,790,077	44,436,876	53,476,026	57,378,217	61,999,525	62,183,706	66,942,155

Continúa.....

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
77,600,151	84,974,760	95,139,877	97,184,500	109,547,916	125,177,950	138,958,733	148,656,951
6,377,482	7,727,670	8,756,116	15,848,514	15,749,153	17,633,002	20,099,039	20,520,969
3,057,138	3,139,608	3,215,228	3,818,604	4,191,267	4,604,611	5,491,425	4,814,552
24,558,009	27,485,720	29,739,469	32,012,213	35,584,304	38,812,856	42,959,165	48,950,199
1,321,068	1,538,471	1,679,521	1,626,294	1,834,849	1,918,262	2,682,327	2,718,893
79,053,387	81,837,294	96,243,325	92,551,316	110,093,393	120,110,527	131,160,555	131,803,436

Fuente: CNSF. (2000-2014). Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/AAnuarios.aspx>

**Cuadro 2. Producto Interno Bruto Anual, 2000-2014, Millones de Pesos a Precios Corrientes.**

Denominación	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual
Actividades primarias	217 535	235 408	242 443	261 875	296 844	304 856	340 677	364 076	392 984	408 363	440 793	470 780	533 311	545 465	579 966
111 Agricultura	120 821	134 461	140 149	151 087	174 699	174 347	205 996	226 281	251 360	263 341	285 164	309 777	353 330	352 243	361 445
112 Cría y explotación de animales	74 187	79 035	80 648	87 207	98 778	106 408	109 656	110 147	114 905	119 396	128 171	132 035	150 484	163 624	185 835
113 Aprovechamiento forestal	13 843	13 378	12 614	13 252	12 979	13 239	13 809	15 203	14 640	13 795	14 271	14 664	14 745	14 388	15 505
114 Pesca, caza y captura	6 164	6 013	6 537	7 411	6 925	7 358	7 183	8 097	7 308	7 398	7 729	7 602	7 595	8 440	9 350
115 Servicios relacionados con las actividades agropecuarias y forestales	2 520	2 521	2 495	2 918	3 463	3 505	4 033	4 349	4 771	4 434	5 459	6 701	7 156	6 771	7 833
Actividades secundarias	2 144 886	2 120 980	2 228 660	2 461 809	2 937 456	3 181 606	3 686 637	3 958 700	4 365 207	3 974 091	4 469 536	5 101 059	5 505 127	5 325 200	5 606 451
21 Minería	298 643	258 622	290 856	399 758	564 695	694 981	794 968	901 739	1 054 691	786 997	966 823	1 298 146	1 315 847	1 176 101	1 168 070
22 Generación, transmisión y distribución de energía eléctrica, suministro de agua y de gas por ductos al consumidor final	115 268	121 813	140 183	161 014	180 787	196 954	210 858	227 305	252 552	267 384	262 368	256 570	248 709	268 925	327 792
23 Construcción	481 586	493 893	521 555	573 494	677 449	730 041	848 233	923 691	1 030 710	991 397	1 040 901	1 152 544	1 236 784	1 166 705	1 229 139
31-33 Industrias manufactureras	1 249 389	1 246 653	1 276 066	1 327 543	1 514 525	1 559 631	1 832 579	1 905 965	2 027 255	1 928 312	2 199 445	2 393 798	2 703 787	2 713 468	2 881 449
Actividades terciarias	3 790 787	4 065 939	4 307 863	4 578 726	5 068 581	5 559 185	6 110 011	6 643 160	7 183 008	7 207 351	7 828 349	8 472 095	9 106 196	9 611 282	10 162 137
43-46 Comercio	888 214	933 402	984 111	1 053 861	1 219 167	1 352 744	1 505 533	1 627 935	1 785 940	1 661 552	1 894 386	2 172 857	2 354 947	2 483 002	2 673 378
48-49 Transportes, correos y almacenamiento	401 603	418 436	433 974	455 388	508 441	558 195	622 037	666 691	700 557	691 371	796 765	860 889	945 708	1 001 762	1 062 472
51 Información en medios masivos	123 914	143 936	151 261	162 286	194 483	226 023	260 112	308 530	324 484	340 095	353 873	347 783	349 354	357 185	363 572
52 Servicios financieros y de seguros	170 410	178 711	177 156	186 282	214 478	278 230	301 573	356 249	390 550	409 416	439 976	452 489	472 716	535 440	569 440
53 Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles	759 189	831 612	913 964	993 968	1 075 104	1 143 565	1 248 268	1 337 494	1 448 376	1 502 829	1 592 103	1 686 555	1 768 489	1 839 112	1 907 465
54 Servicios profesionales, científicos y técnicos	166 582	174 364	180 766	194 766	215 082	232 329	249 203	268 732	288 855	283 276	290 670	314 793	331 432	345 630	362 171
55 Corporativos	33 405	35 056	37 065	41 002	47 647	52 539	61 626	63 592	74 350	70 553	75 756	81 100	92 102	92 078	103 110
56 Servicios de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación	230 896	244 508	256 387	266 956	289 948	317 364	344 503	370 459	398 773	394 584	406 127	443 877	488 555	516 744	535 713
61 Servicios educativos	237 069	267 189	293 743	314 316	332 873	366 586	400 485	432 887	472 159	499 021	529 239	567 719	623 822	662 898	704 399
62 Servicios de salud y de asistencia social	129 443	149 640	161 982	170 799	182 248	190 613	206 535	223 784	250 109	266 248	286 604	310 997	334 330	364 491	382 018
621 Servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados	55 818	64 145	69 349	72 934	79 287	84 237	90 790	98 512	111 236	119 127	127 653	140 266	148 581	159 010	167 962
622 Hospitales	68 958	80 020	86 430	91 101	95 508	99 003	108 071	117 102	130 378	138 251	149 860	161 278	175 894	195 017	203 245
623-624 Residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud; Otros servicios de asistencia social	4 666	5 475	6 203	6 764	7 453	7 372	7 674	8 169	8 494	8 870	9 091	9 454	9 855	10 465	10 810
71 Servicios de esparcimiento culturales y deportivos, y otros servicios recreativos	27 275	33 693	39 708	39 882	42 534	44 569	49 699	54 882	57 353	58 098	63 423	65 318	69 045	73 519	74 178
72 Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas	189 523	202 988	207 235	213 679	228 732	240 295	253 247	270 780	277 822	261 804	279 801	297 886	323 537	340 863	365 464
81 Otros servicios excepto actividades gubernamentales	140 925	155 400	170 826	178 974	192 369	206 584	224 022	242 127	255 615	264 595	278 669	291 558	311 645	329 156	344 831
93 Actividades legislativas, gubernamentales, de impartición de justicia y de organismos internacionales y extraterritoriales	292 338	297 004	299 684	306 566	325 474	349 549	383 169	419 017	458 064	503 907	540 958	578 274	640 513	669 403	713 927

Fuente: INEGI. (4° trimestre de 2015). Producto Interno Bruto Trimestral 1993-2015, Año base 2008, 4° trimestre del 2015. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.

**Cuadro 3. Producción del Sector Salud, 2008-2014, Millones de Pesos a Precios Corrientes.**

Periodo	Total economía nacional	Total de la producción con la frontera ampliada del sector salud	Total de la producción del sector salud Total	Total de la producción del sector salud Impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud	Total de la producción del sector salud > Actividades características Total	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios Total	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios médicos de atención ambulatoria Total	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios médicos de atención ambulatoria Consultorios dentales	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios médicos de atención ambulatoria Consultorios dentales	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios médicos de atención ambulatoria Otros consultorios para el cuidado de la salud	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios Centros y residencias para el cuidado de la salud y de asistencia social
2008	12256863.65	601830.281	496425.462	1994.835	380029.291	287904.813	104114.551	81429.195	21136.861	1548.495	1763.105
2009	12072541.63	644017.367	529138.74	1756.376	402017.562	309661.098	111863.092	87991.02	22299.988	1572.083	1854.072
2010	13266857.88	697170.553	574483.835	1913.715	431336.265	342619.098	120128.693	94421.313	24030.906	1676.474	1972.09
2011	14527336.93	766573.79	627232.88	2052.487	451263.371	371580.827	132461.041	105315.449	25374.617	1770.976	2090.893
2012	15599270.7	836761.491	686418.494	2196.713	494609.117	406232.137	140047.111	111338.035	26870.816	1838.259	2193.425
2013	16078959.75	874690.014	715412.553	2338.467	520078.782	432236.109	150123.66	119511.654	28685.453	1926.553	2344.009
2014p/	17217015.78	906511.702	732092.888	2822.413	534418.476	456194.601	158994.166	127207.743	29751.563	2034.86	2466.653

Continúa.....

Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios auxiliares del cuidado a la salud	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios hospitalarios Total	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios hospitalarios Generales	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios hospitalarios Psiquiátricos y para el tratamiento por abuso de sustancias	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Servicios hospitalarios De especialidades	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Administración de la salud pública Total	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Administración de la salud pública Federal	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Servicios > Administración de la salud pública Estatal	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Bienes para el cuidado de la salud Total	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Bienes para el cuidado de la salud Fabricación de medicamentos	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Bienes para el cuidado de la salud Fabricación de lentes	Total de la producción del sector salud > Actividades características > Bienes para el cuidado de la salud Fabricación de materiales de curación
7486.224	128064.299	95069.288	100.338	32894.673	46476.634	28538.535	17938.099	92124.478	80562.899	572.874	10988.704
7574.807	135967.343	99803.568	106.318	36057.457	52401.783	31538.595	20863.189	92356.464	81312.107	626.56	10417.797
7928.336	147610.519	106373.46	107.89	41129.169	64979.461	42449.401	22530.06	88717.167	75175.862	697.403	12843.902
8256.227	159002.508	117193.128	113.984	41695.395	69770.158	44847.367	24922.791	79682.544	70899.224	798.586	7984.734
9186.28	173662.653	126618.572	119.302	46924.779	81142.668	51750.634	29392.034	88376.98	78396.829	1031.173	8948.978
9651.192	192570.259	146690.238	126.526	45753.495	77546.989	46585.564	30961.425	87842.674	77870.768	914.105	9057.8
10169.942	200591.857	152321.415	134.553	48135.889	83971.982	50316.409	33655.573	78223.875	67269.692	990.044	9964.139

Continúa.....

Total de la producción del sector salud > Actividades conexas Total	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Servicios Total	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Servicios Comercio de bienes relacionados con la salud	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Servicios Seguros médicos privados	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Servicios Investigación y desarrollo para el cuidado de la salud	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Servicios Formación de personal para el sector salud	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Servicios Otros servicios relacionados al cuidado de la salud	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Bienes para el cuidado de la salud Total	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Bienes para el cuidado de la salud Edificaciones para servicio médico y asistencial	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Bienes para el cuidado de la salud Fabricación de bienes para el cuidado de la salud	Total de la producción del sector salud > Actividades conexas > Bienes para el cuidado de la salud Fabricación de otros bienes relacionados con el cuidado de la salud	Ampliación de la frontera económica del sector salud Trabajo no remunerado en el cuidado de la salud
114401.336	97900.633	79818.939	3181.683	932.649	13587.347	380.015	16500.703	259.32	4289.778	11951.605	105404.819
125364.803	106624.333	85875.246	4200.85	1044.291	15125.324	378.621	18740.47	241.245	5013.66	13485.565	114878.626
141233.855	119034.666	99021.189	4439.088	1093.642	14076.878	403.87	22199.188	253.019	4963.747	16982.422	122686.718
173917.022	148124.507	121990.673	4667.4	1168.215	19848.786	449.434	25792.514	284.292	5651.183	19857.039	139340.911
189612.665	161309.114	135977.689	4649.982	1289.875	18900.416	491.152	28303.551	313.767	6095.115	21894.669	150342.997
192995.304	164019.408	138814.311	4580.535	1230.617	18836.237	557.708	28975.896	281.767	7137.683	21556.447	159277.461
194851.998	164640.27	136051.778	5919.262	1632.626	20431.257	605.347	30211.728	286.214	6882.252	23043.262	174418.814

Fuente: INEGI. (s.f.). *Banco de Información Económica (BIE)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/> > Estadísticas> Bancos de datos/Banco de Información Económica (BIE)> Cuentas nacionales> Cuenta satélite del sector salud de México base 2008> A precios corrientes> Producto Interno Bruto a precios de mercado> Total de la producción del sector salud.



**Cuadro 4. Población Total por Sexo y Grupos de Edad, según Condición de Afiliación y Tipo de Institución, Julio-Agosto 2013.**

Sexo y grupos de edad	Población total	Condición de afiliación								
		Sin afiliación		Tipo de institución <sup>1</sup>						No especificado
		Total	IMSS	ISSSTE	Seguro Popular <sup>2</sup>	Otra institución pública <sup>3</sup>	Institución privada <sup>4</sup>			
<b>Total</b>	<b>118 563 412</b>	<b>26 960 893</b>	<b>91 540 602</b>	<b>40 000 144</b>	<b>6 174 281</b>	<b>41 145 824</b>	<b>3 372 089</b>	<b>848 264</b>	<b>61 917</b>	
0 a 9 años	20 983 035	4 136 736	16 841 183	6 261 886	736 705	9 185 433	524 687	132 472	5 116	
10 a 19 años	22 964 500	5 275 269	17 674 999	6 702 777	975 375	9 193 885	639 383	163 579	14 232	
20 a 29 años	18 798 604	5 704 505	13 077 706	6 741 191	528 732	5 297 772	390 368	119 643	16 393	
30 a 39 años	16 647 264	3 885 203	12 751 727	5 875 577	796 802	5 475 901	452 899	150 548	10 334	
40 a 49 años	15 112 902	3 444 965	11 660 802	5 227 034	966 202	4 810 740	516 006	140 820	7 135	
50 a 59 años	11 159 949	2 373 716	8 782 707	3 923 171	1 058 580	3 328 687	383 966	88 303	3 526	
60 a 69 años	6 914 937	1 217 301	5 695 630	2 786 039	636 736	1 978 995	259 127	34 733	2 006	
70 años y más	5 945 919	908 513	5 034 481	2 471 176	472 184	1 871 082	205 653	14 386	2 925	
No especificado	36 302	14 685	21 367	11 293	2 965	3 329	0	3 780	250	
<b>Hombres</b>	<b>57 426 096</b>	<b>14 292 595</b>	<b>43 099 324</b>	<b>19 489 798</b>	<b>2 734 287</b>	<b>18 819 441</b>	<b>1 620 124</b>	<b>435 674</b>	<b>34 177</b>	
0 a 9 años	10 783 888	2 128 412	8 654 110	3 276 750	372 850	4 653 733	280 284	70 493	1 366	
10 a 19 años	11 614 052	2 727 061	8 878 724	3 414 389	492 173	4 566 549	321 120	84 493	8 267	
20 a 29 años	9 102 386	3 196 548	5 895 714	3 408 370	230 507	2 021 615	176 032	59 190	10 124	
30 a 39 años	7 713 796	2 116 905	5 591 428	2 781 287	320 697	2 204 275	207 059	78 110	5 463	
40 a 49 años	7 117 516	1 840 334	5 272 873	2 434 192	383 545	2 144 273	237 811	73 052	4 309	
50 a 59 años	5 189 761	1 271 404	3 916 266	1 749 813	445 809	1 500 505	175 721	44 418	2 091	
60 a 69 años	3 231 892	615 610	2 615 661	1 281 128	283 535	902 117	129 428	19 453	621	
70 años y más	2 655 861	389 340	2 264 835	1 137 574	204 164	825 475	92 669	4 953	1 686	
No especificado	16 944	6 981	9 713	6 295	1 007	899	0	1 512	250	
<b>Mujeres</b>	<b>61 137 316</b>	<b>12 668 298</b>	<b>48 441 278</b>	<b>20 510 346</b>	<b>3 439 994</b>	<b>22 326 383</b>	<b>1 751 965</b>	<b>412 590</b>	<b>27 740</b>	
0 a 9 años	10 199 147	2 008 324	8 187 073	2 985 136	363 855	4 531 700	244 403	61 979	3 750	
10 a 19 años	11 350 448	2 548 208	8 796 275	3 288 388	483 202	4 627 336	318 263	79 086	5 965	
20 a 29 años	9 696 218	2 507 957	7 181 992	3 332 821	298 225	3 276 157	214 336	60 453	6 269	
30 a 39 años	8 933 468	1 768 298	7 160 299	3 094 290	476 105	3 271 626	245 840	72 438	4 871	
40 a 49 años	7 995 386	1 604 631	6 387 929	2 792 842	582 657	2 666 467	278 195	67 768	2 826	
50 a 59 años	5 970 188	1 102 312	4 866 441	2 173 358	612 771	1 828 182	208 245	43 885	1 435	
60 a 69 años	3 683 045	601 691	3 079 969	1 504 911	353 201	1 076 878	129 699	15 280	1 385	
70 años y más	3 290 058	519 173	2 769 646	1 333 602	268 020	1 045 607	112 984	9 433	1 239	
No especificado	19 358	7 704	11 654	4 998	1 958	2 430	0	2 268	0	

Fuente: INEGI e IMSS. (2014). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 33

Del anterior cuadro, las siguientes acotaciones:

- <sup>1</sup> Personas afiliadas al menos a una institución.
- <sup>2</sup> Afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación).
- <sup>3</sup> Afiliados de PEMEX, SEDENA, SEMAR, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.) y otras instituciones del sector público.
- <sup>4</sup> Población que adquirió el derecho a prestaciones y servicios médicos en instituciones privadas contratadas por el empleador o en forma personal mediante prepago.

**Cuadro 5. Población Total por Sexo y Grupos de Edad, según Condición de Asistencia y Tipo de Servicio Médico al que Acudió más Frecuentemente en el Último Año, Julio-Agosto 2013.**

Sexo y grupos de edad	Población total	Condición de asistencia a servicio médico <sub>1</sub>						
		Tipo de servicio médico al que acudió más frecuentemente en el último año						
		Ninguno <sub>2</sub>	Total	IMSS	ISSSTE	SSA o Seguro Popular	Otro servicio médico <sub>3</sub>	Servicio médico privado <sub>4</sub>
<b>Total</b>	<b>118 563 412</b>	<b>44 058 687</b>	<b>74 504 725</b>	<b>20 235 588</b>	<b>3 613 535</b>	<b>25 894 038</b>	<b>4 047 778</b>	<b>20 713 786</b>
0 a 9 años	20 983 035	5 746 553	15 236 482	3 423 428	429 330	6 391 632	685 251	4 306 841
10 a 19 años	22 964 500	10 484 036	12 480 464	2 507 378	463 159	5 115 089	697 125	3 697 713
20 a 29 años	18 798 604	8 926 293	9 872 311	2 731 051	247 131	3 205 093	569 763	3 119 273
30 a 39 años	16 647 264	6 986 999	9 660 265	2 642 149	417 572	3 207 460	552 368	2 840 716
40 a 49 años	15 112 902	6 010 265	9 102 637	2 512 064	532 928	2 843 146	537 826	2 676 673
50 a 59 años	11 159 949	3 501 220	7 658 729	2 407 449	658 144	2 132 361	468 116	1 992 659
60 a 69 años	6 914 937	1 519 210	5 395 727	2 044 885	466 181	1 476 152	280 782	1 127 727
70 años y más	5 945 919	864 515	5 081 404	1 961 167	397 556	1 521 187	256 547	944 947
No especificado	36 302	19 596	16 706	6 017	1 534	1 918	0	7 237
<b>Hombres</b>	<b>57 426 096</b>	<b>23 983 395</b>	<b>33 442 701</b>	<b>9 054 662</b>	<b>1 534 473</b>	<b>11 191 051</b>	<b>1 924 129</b>	<b>9 738 386</b>
0 a 9 años	10 783 888	2 923 656	7 860 232	1 803 926	214 890	3 243 260	365 042	2 233 114
10 a 19 años	11 614 052	5 600 622	6 013 430	1 224 800	241 465	2 461 879	342 077	1 743 209
20 a 29 años	9 102 386	5 072 154	4 030 232	1 178 897	105 118	1 081 329	248 032	1 416 856
30 a 39 años	7 713 796	3 789 014	3 924 782	1 083 333	147 815	1 143 141	246 108	1 304 385
40 a 49 años	7 117 516	3 264 911	3 852 605	1 033 583	195 501	1 134 141	251 458	1 237 922
50 a 59 años	5 189 761	2 020 309	3 169 452	963 778	243 645	843 913	222 403	895 713
60 a 69 años	3 231 892	861 081	2 370 811	885 016	207 983	633 383	135 764	508 665
70 años y más	2 655 861	443 389	2 212 472	878 393	177 289	648 964	113 245	394 581
No especificado	16 944	8 259	8 685	2 936	767	1 041	0	3 941
<b>Mujeres</b>	<b>61 137 316</b>	<b>20 075 292</b>	<b>41 062 024</b>	<b>11 180 926</b>	<b>2 079 062</b>	<b>14 702 987</b>	<b>2 123 649</b>	<b>10 975 400</b>
0 a 9 años	10 199 147	2 822 897	7 376 250	1 619 502	214 440	3 148 372	320 209	2 073 727
10 a 19 años	11 350 448	4 883 414	6 467 034	1 282 578	221 694	2 653 210	355 048	1 954 504
20 a 29 años	9 696 218	3 854 139	5 842 079	1 552 154	142 013	2 123 764	321 731	1 702 417
30 a 39 años	8 933 468	3 197 985	5 735 483	1 558 816	269 757	2 064 319	306 260	1 536 331
40 a 49 años	7 995 386	2 745 354	5 250 032	1 478 481	337 427	1 709 005	286 368	1 438 751
50 a 59 años	5 970 188	1 480 911	4 489 277	1 443 671	414 499	1 288 448	245 713	1 096 946
60 a 69 años	3 683 045	658 129	3 024 916	1 159 869	258 198	842 769	145 018	619 062
70 años y más	3 290 058	421 126	2 868 932	1 082 774	220 267	872 223	143 302	550 366
No especificado	19 358	11 337	8 021	3 081	767	877	0	3 296

Fuente: INEGI e IMSS. (2014). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 ENESS Principales resultados*, p. 34.

Del anterior cuadro, las siguientes acotaciones:

<sub>1</sub> Población que declaró asistir al menos a un tipo de servicio médico, en los últimos 12 meses.

<sub>2</sub> Personas afiliadas al menos a una institución.

<sup>3</sup> Incluye a las personas que acudieron a los servicios de yerbero, curandero, comadrona y a los que se automedicaron o fueron con un empleado de farmacia.

<sup>4</sup> Servicios médicos del IMSS Oportunidades, institutos de seguridad social estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.), PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros servicios médicos del sector público.

<sup>5</sup> Incluye servicios médicos privados en cualquier nivel de atención adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

**Cuadro 6. Participación en el Mercado Salud, Diciembre 2014, Cifras en Miles de Pesos.**

Institución	Prima Directa		Prima Tomada		Prima Cedida Directa		Prima Cedida Tomada	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
<b>Privadas</b>	<b>2,714,577</b>	<b>100.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>345,988</b>	<b>100.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
Plan Seguro	1,116,428	41.13	0	0.00	292	0.08	0	0.00
Medi Access Seguros de Salud	764,048	28.15	0	0.00	343,816	99.37	0	0.00
General de Salud Cia. de Segs.	265,191	9.77	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Dentegra Seguros Dentales	207,297	7.64	0	0.00	0	0.00	0	0.00
BBVA Bancomer Seguros Salud	126,879	4.67	0	0.00	1,619	0.47	0	0.00
Seguros Centauro, Salud Especializada	117,483	4.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00
AXA Salud	116,112	4.28	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Servicios Integrales de Salud Nova	581	0.02	0	0.00	261	0.08	0	0.00
Vitamédica	559	0.02	0	0.00	0	0.00	0	0.00
AXA Seguros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>Sociedades Mutualistas</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
Inst. y Soc. Mut. de Segs.	2,714,577	100.00	0	0.00	345,988	100.00	0	0.00
Reaseguradoras	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>Mercado Total</b>	<b>2,714,577</b>		<b>0</b>		<b>345,988</b>		<b>0</b>	

Fuente: CNSF. (Diciembre de 2014). Actualidad Seguros Fianzas. (94). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Paginas/RevistaActualidadSegurosFianzas.aspx>

## Cuadro 7. Balance General de Vitamédica al 31 de Diciembre de 2014.

Vitamédica, S.A. de C.V. Balance General al 31 de diciembre de 2014 (Cifras Expresadas en Pesos)			
<b>Activo</b>			
<b>Inversiones</b>		8,271,709.96	
<b>Valores y Operaciones con Productos Derivados</b>	5,270,304.03		
<b>Valores</b>	5,270,304.03		
Gubernamentales	5,128,116.34		
Empresas Privadas	125,000.00		
Tasa Conocida	-		
Renta Variable	125,000.00		
Extranjeros	-		
Valuación Neta	12,454.53		
Deudores por Intereses	4,733.16		
Dividendos por Cobrar sobre Títulos de Capital	-		
(-) Deterioro de Valores	-		
Valores Restringidos	-		
Inversiones en Valores dados en Préstamo	-		
Valores Restringidos	-		
<b>Operaciones con Productos Derivados</b>	0.00		
<b>Reporto</b>	3,001,405.93		
<b>Préstamos</b>	0.00		
Sobre Pólizas	-		
Con Garantía	-		
Quirografarios	-		
Contratos de Reaseguro Financiero	-		
Descuentos y Redescuentos	-		
Cartera Vencida	-		
Deudores por Intereses	-		
(-) Estimación para Castigos	-		
<b>Inmobiliarias</b>	0.00		
Inmuebles	-		
Valuación Neta	-		
(-) Depreciación	-		
<b>Inversiones para Obligaciones Laborales</b>	0		
<b>Disponibilidad</b>	97,111.50		
Caja y Bancos	97,111.50		
<b>Deudores</b>	1,710,304.78		
Por Primas	381,046.16		
Agentes y Ajustadores	-		
Documentos por Cobrar	-		
Préstamos al Personal	-		
Otros	1,329,258.62		
(-) Estimación para Castigos	-		
<b>Reaseguradores y Reafianzadores</b>	0		
Instituciones de Seguros y Fianzas	-		
Depósitos Retenidos	-		
Participación de Reaseguradores por Sinistros Pendientes	-		
Participación de Reaseguradores por Riesgos en Curso	-		
Otras Participaciones	-		
Intermediarios de Reaseguro y Reafianzamiento	-		
Participación de Reafianzadoras en la Rva. de Fianzas en Vigor	-		
(-) Estimación para Castigos	-		
<b>Inversiones Permanentes</b>	0.00		
Subsidiarias	-		
Asociadas	-		
Otras Inversiones Permanentes	-		
<b>Otros Activos</b>	32,421.97		
Mobiliario y Equipo	-		
Activos Adjudicados	-		
Diversos	32,421.97		
Gastos Amortizables	-		
(-) Amortización	-		
Activos Intangibles	-		
Productos Derivados	-		
<b>Suma del Activo</b>	10,111,548.21		
<b>Pasivo</b>			
<b>Reservas Técnicas</b>			351,476.27
<b>De Riesgos en Curso</b>		294,959.53	
Vida	-		
Accidentes y Enfermedades	294,959.53		
Daños	-		
Fianzas en Vigor	-		
<b>De Obligaciones Contractuales</b>		56,516.74	
Por Sinistros y Vencimientos	16,380.10		
Por Sinistros Ocurridos y no Reportados	40,136.64		
Por Dividendos Sobre Pólizas	-		
Fondos de Seguros en Administración	-		
Por Primas en Depósito	-		
<b>De Provisión</b>			0.00
Provisión	-		
Riesgos Catastróficos	-		
Contingencia	-		
Especiales	-		
<b>Reservas para Obligaciones Laborales</b>			0.00
<b>Acreedores</b>			0.00
Agentes y Ajustadores	-		
Fondos en Administración de Pérdidas	-		
Acreedores por Responsabilidades de Fianzas	-		
Diversos	-		
<b>Reaseguradores y Reafianzadores</b>			0.00
Instituciones de Seguros y Fianzas	-		
Depósitos Retenidos	-		
Otras Participaciones	-		
Intermediarios de Reaseguro y Reafianzamiento	-		
<b>Operaciones con Productos Derivados</b>			0.00
<b>Financiamientos Obtenidos</b>			0.00
Emisión de Deuda	-		
Por Obligaciones Subordinadas No Susceptibles de Convertirse en Acciones	-		
Otros Títulos de Crédito	-		
Contratos de Reaseguro Financiero	-		
<b>Otros Pasivos</b>			135,696.05
Provisiones para la Participación de los Trabajadores en la Utilidad	-		
Provisiones para el Pago de Impuestos	-		
Otras Obligaciones	101,565.62		
Créditos Diferidos	34,130.43		
<b>Suma de Pasivo</b>			487,172.32
<b>Capital</b>			
<b>Capital o Fondo Social Pagado</b>			8,900,000.00
Capital o Fondo Social	8,900,000.00		
(-) Capital o Fondo No Suscrito	-		
(+) Capital o Fondo No Exhibido	-		
(-) Acciones Propias Recompuestas	-		
<b>Obligaciones Subordinadas de Conversión Obligatoria a Capital</b>			0.00
<b>Reservas</b>			1,193,991.04
Legal	1,193,991.04		
Para Adquisición de Acciones Propias	-		
Otras	-		
<b>Superávit por Valuación</b>			0.00
<b>Inversiones Permanentes</b>			0.00
<b>Resultados de Ejercicios Anteriores</b>			1,839,252.61
<b>Resultado del Ejercicio</b>			-2,308,867.76
<b>Resultado por Tenencia de Activos No Monetarios</b>			0.00
<b>Suma del Capital</b>			9,624,375.89
<b>Suma del Pasivo y Capital</b>			10,111,548.21
<b>Orden</b>			
Valores en Depósito	-		
Fondos en Administración	-		
Responsabilidades por Fianzas en Vigor	-		
Garantías de Recuperación por Fianzas Expedidas	-		
Reclamaciones Recibidas Pendientes de Comprobación	-		
Reclamaciones Contingentes	-		
Reclamaciones Pagadas	-		
Reclamaciones Canceladas	-		
Recuperación de Reclamaciones Pagadas	-		
Pérdida Fiscal por Amortizar	-		
Reserva por Constituir para Obligaciones Laborales	-		
Cuentas de Registro	27,403,740.91		
Operaciones con Productos Derivados	-		
Operaciones con Valores Otorgadas en Préstamo	-		
Garantías Recibidas por Derivados	-		
Garantías Recibidas por Reporto	-		

Fuente: Vitamédica. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de VITAMEDICA, S.A. DE C.V.

[http://www.vitamedita.com.mx/Pdf/Estados Financieros e Informe de Notas de revelaci%C3%B3n 3](http://www.vitamedita.com.mx/Pdf/Estados%20Financieros%20e%20Informe%20de%20Notas%20de%20revelaci%C3%B3n%203)

## Cuadro 8. Estado de Resultados de Vitamédica del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2014.

Vitamédica, S.A. de C.V. Estado de Resultados del 01 de enero al 31 de diciembre de 2014 (Cifras Expresadas en Pesos)		
<b>Primas</b>		
Primas Emitidas	559,045.58	
(-) Primas Cedidas	-	
<b>Primas De Retención</b>	<b>559,045.58</b>	
<b>(-) Incremento Neto de la Reserva de Riesgos en Curso y de Fianzas en Vigor</b>	<b>-2,727.95</b>	
<b>Primas de Retención Devengadas</b>		<b>556,317.63</b>
<b>(-) Costo Neto de Adquisición</b>	<b>0.00</b>	
Comisiones a Agentes	-	
Compensaciones Adicionales a Agentes	-	
Comisiones por Reaseguro y Reafianzamiento Tomado	-	
(-) Comisiones por Reaseguro Cedido	-	
Cobertura de Exceso de Pérdida	-	
Otros	-	
<b>(-) Costo Neto de Siniestralidad, Reclamaciones y Otras Obligaciones Contractuales</b>	<b>157,093.54</b>	
Siniestralidad y Otras Obligaciones Contractuales	157,093.54	
Siniestralidad Recuperada del Reaseguro No Proporcional	-	
Reclamaciones	-	
<b>Utilidad (Pérdida) Técnica</b>		<b>399,224.09</b>
<b>(-) Incremento Neto de Otras Reservas Técnicas</b>	<b>0.00</b>	
Reserva para Riesgos Catastróficos	-	
Reserva de Previsión	-	
Reserva de Contingencia	-	
Otras Reservas	-	
<b>Resultado de Operaciones Análogas y Conexas</b>	<b>0.00</b>	
<b>Utilidad (Pérdida) Bruta</b>		<b>399,224.09</b>
<b>(-) Gastos de Operación Netos</b>	<b>3,029,419.30</b>	
Gastos Administrativos y Operativos	3,029,419.30	
Remuneraciones y Prestaciones al personal	-	
Depreciaciones y Amortizaciones	-	
<b>Utilidad (Pérdida) de la Operación</b>		<b>-2,630,195.21</b>
<b>Resultado Integral de Financiamiento</b>	<b>323,904.84</b>	
De inversiones	121,822.54	
Por Venta de Inversiones	766.05	
Por Valuación de Inversiones	9,411.66	
Por Recargo sobre Primas	60,663.64	
Por Emisión de Instrumentos de Deuda	-	
Por Reaseguro Financiero	-	
Otros	131,240.95	
Resultado Cambiario	-	
(-) Resultado por Posición Monetaria	-	
<b>Participación en el Resultado de Inversiones Permanentes</b>	<b>0.00</b>	
<b>Utilidad (Pérdida) antes de Impuestos a la Utilidad</b>		<b>-2,306,290.37</b>
<b>(-) Provisión para el pago del Impuestos a la Utilidad</b>	<b>2,577.39</b>	
<b>Utilidad (Pérdida) antes de Operaciones Discontinuas</b>		<b>-2,308,867.76</b>
<b>Operaciones Discontinuas</b>		<b>-</b>
<b>Utilidad (Pérdida) del Ejercicio</b>		<b>-2,308,867.76</b>

Fuente: Vitamédica. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de [http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados\\_Financieros\\_e\\_Informe de Notas de revelaci%C3%B3n 31 de Diciembre 2014.pdf](http://www.vitamedica.com.mx/Pdf/Estados_Financieros_e_Informe_de_Notas_de_revelaci%C3%B3n_31_de_Diciembre_2014.pdf)



## Cuadro 10. Estado de Resultados de Plan Seguro del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2014.

Plan Seguro S.A de C.V. Compañía de Seguros		
Estado de Resultados del 01 de enero al 31 de diciembre de 2014		
(Cifras en Pesos)		
<b>Primas</b>		
Primas Emitidas	1,116,427,608.90	
(-) Primas Cedidas	291,547.40	
<b>Primas De Retención</b>	<u>1,116,136,061.50</u>	
<b>(-) Incremento Neto de la Reserva de Riesgos en Curso y de Fianzas en Vigor</b>	<u>-795172.16</u>	
<b>Primas de Retención Devengadas</b>		<u>1,116,931,233.66</u>
<b>(-) Costo Neto de Adquisición</b>	<u>283,043,210.12</u>	
Comisiones a Agentes	182,221,571.85	
Compensaciones Adicionales a Agentes	75,803,771.60	
Comisiones por Reaseguro y Reafianzamiento Tomado	-	
(-) Comisiones por Reaseguro Cedido	-	
Cobertura de Exceso de Pérdida	9,451,103.07	
Otros	15,566,763.60	
<b>(-) Costo Neto de Siniestralidad, Reclamaciones y Otras Obligaciones Contractuales</b>	<u>627,511,123.21</u>	
Siniestralidad y Otras Obligaciones Contractuales	646,910,792.26	
Siniestralidad Recuperada del Reaseguro No Proporcional	19,399,669.05	
Reclamaciones	-	
<b>Utilidad (Pérdida) Técnica</b>		<u>206,376,900.33</u>
<b>(-) Incremento Neto de Otras Reservas Técnicas</b>	<u>0.00</u>	
Reserva para Riesgos Catastróficos	-	
Reserva de Previsión	-	
Reserva de Contingencia	-	
Otras Reservas	-	
<b>Resultado de Operaciones Análogas y Conexas</b>	<u>1,681,632.09</u>	
<b>Utilidad (Pérdida) Bruta</b>		<u>208,058,532.42</u>
<b>(-) Gastos de Operación Netos</b>	<u>189,015,088.51</u>	
Gastos Administrativos y Operativos	69,057,934.19	
Remuneraciones y Prestaciones al personal	112,334,046.18	
Depreciaciones y Amortizaciones	7,623,108.18	
<b>Utilidad (Pérdida) de la Operación</b>		<u>19,043,443.87</u>
<b>Resultado Integral de Financiamiento</b>	<u>57,825,897.42</u>	
De inversiones	-5803239.72	
Por Venta de Inversiones	-	
Por Valuación de Inversiones	-	
Por Recargo sobre Primas	623,600,309.80	
Por Emisión de Instrumentos de Deuda	-	
Por Reaseguro Financiero	-	
Otros	28,827.34	
Resultado Cambiario	-	
(-) Resultado por Posición Monetaria	-	
<b>Participación en el Resultado de Inversiones Permanentes</b>	<u>0.00</u>	
<b>Utilidad (Pérdida) antes de Impuestos a la Utilidad</b>		<u>76,869,341.29</u>
<b>(-) Provisión para el pago del Impuestos a la Utilidad</b>	<u>22,680,383.09</u>	
<b>Utilidad (Pérdida) antes de Operaciones Discontinuas</b>		<u>54,188,958.20</u>
<b>Operaciones Discontinuas</b>		<u>-</u>
<b>Utilidad (Pérdida) del Ejercicio</b>		<u>54,188,958.20</u>

Fuente: Plan Seguro. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de  
[http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados\\_financieros\\_2014.pdf](http://www.planseguro.com.mx:88/archivos/pdf/estados_financieros_2014.pdf)

## Cuadro 11. Balance General de Dentegra Seguros Dentales al 31 de Diciembre de 2014.

Dentegra Seguros Dentales, S.A. Balance General al 31 de diciembre de 2014 (Cifras Expresadas en Pesos)			
<b>Activo</b>		<b>Pasivo</b>	
<b>Inversiones</b>	193,731,217.00	<b>Reservas Técnicas</b>	119,874,709.00
<b>Valores y Operaciones con Productos Derivados</b>	193,731,217.00	<b>De Riesgos en Curso</b>	77,866,151.00
<b>Valores</b>	193,731,217.00	Vida	-
Gubernamentales	189,921,594.00	Accidentes y Enfermedades	77,866,151.00
Empresas Privadas	3,424,703.00	Daños	-
Tasa Conocida	-	Fianzas en Vigor	-
Renta Variable	3,424,703.00	<b>De Obligaciones Contractuales</b>	42,008,558.00
Extranjeros	-	Por Sinistros y Vencimientos	18,427,101.00
Valuación Neta	300,779.00	Por Sinistros Ocurridos y no Reportados	8,592,977.00
Deudores por Intereses	84,141.00	Por Dividendos Sobre Pólizas	2,575,372.00
Dividendos por Cobrar sobre Títulos de Capital	-	Fondos de Seguros en Administración	-
(-) Deterioro de Valores	-	Por Primas en Depósito	12,413,108.00
Valores Restringidos	-	<b>De Provisión</b>	0.00
Inversiones en Valores dados en Préstamo	-	Provisión	-
Valores Restringidos	-	Riesgos Catastróficos	-
<b>Operaciones con Productos Derivados</b>	-	Contingencia	-
<b>Reporto</b>	-	Especiales	-
<b>Préstamos</b>	-	<b>Reservas para Obligaciones Laborales</b>	6,022.00
Sobre Pólizas	-	<b>Acreditores</b>	19,845,939.00
Con Garantía	-	Agentes y Ajustadores	3,306,686.00
Quirografarios	-	Fondos en Administración de Pérdidas	-
Contratos de Reaseguro Financiero	-	Acreditores por Responsabilidades de Fianzas	-
Descuentos y Redescuentos	-	Diversos	16,539,253.00
Cartera Vencida	-	<b>Reaseguradores y Reafianzadores</b>	0.00
Deudores por Intereses	-	Instituciones de Seguros y Fianzas	-
(-) Estimación para Castigos	-	Depósitos Retenidos	-
<b>Inmobiliarias</b>	-	Otras Participaciones	-
Inmuebles	-	Intermediarios de Reaseguro y Reafianzamiento	-
Valuación Neta	-	<b>Operaciones con Productos Derivados</b>	0.00
(-) Depreciación	-	<b>Financiamientos Obtenidos</b>	0.00
<b>Inversiones para Obligaciones Laborales</b>	2,038,027.00	Emisión de Deuda	-
<b>Disponibilidad</b>	15,608,441.00	Por Obligaciones Subordinadas No Susceptibles de Convertirse en Acciones	-
Caja y Bancos	15,608,441.00	Otros Títulos de Crédito	-
<b>Deudores</b>	68,872,106.00	Contratos de Reaseguro Financiero	-
Por Primas	66,294,089.00	<b>Otros Pasivos</b>	20,636,155.00
Agentes y Ajustadores	-	Provisiones para la Participación de los Trabajadores en la Utilidad	4,674,382.00
Documentos por Cobrar	-	Provisiones para el Pago de Impuestos	2,425,608.00
Préstamos al Personal	-	Otras Obligaciones	12,726,361.00
Otros	2,578,017.00	Créditos Diferidos	809,804.00
(-) Estimación para Castigos	-	<b>Suma de Pasivo</b>	160,362,825.00
<b>Reaseguradores y Reafianzadores</b>	0.00	<b>Capital</b>	143,444,329.00
Instituciones de Seguros y Fianzas	-	<b>Capital o Fondo Social Pagado</b>	191,332,976.00
Depósitos Retenidos	-	Capital o Fondo Social	191,332,976.00
Participación de Reaseguradores por Sinistros Pendientes	-	(-) Capital o Fondo No Suscrito	- 47,888,647.00
Participación de Reaseguradores por Riesgos en Curso	-	(-) Capital o Fondo No Exhibido	-
Otras Participaciones	-	(-) Acciones Propias Recompuestas	-
Intermediarios de Reaseguro y Reafianzamiento	-	<b>Obligaciones Subordinadas de Conversión Obligatoria a Capital</b>	0.00
Participación de Reafianzadoras en la Rva. de Fianzas en Vigor	-	<b>Reservas</b>	2,596,141.00
(-) Estimación para Castigos	-	Legal	2,597,152.00
<b>Inversiones Permanentes</b>	250,000.00	Para Adquisición de Acciones Propias	-
Subsidiarias	-	Otras	989.00
Asociadas	-	<b>Superávit por Valuación</b>	0.00
Otras Inversiones Permanentes	250,000.00	<b>Inversiones Permanentes</b>	0.00
<b>Otros Activos</b>	7,484,301.00	<b>Resultados de Ejercicios Anteriores</b>	- 54,068,350.00
Mobiliario y Equipo	876,828.00	<b>Resultado del Ejercicio</b>	35,647,147.00
Activos Adjudicados	-	<b>Resultado por Tenencia de Activos No Monetarios</b>	0.00
Diversos	4,560,832.00	<b>Suma del Capital</b>	127,621,267.00
Gastos Amortizables	2,046,641.00	<b>Suma del Pasivo y Capital</b>	287,984,092.00
(-) Amortización	-	<b>Orden</b>	-
Activos Intangibles	-	Valores en Depósito	-
Productos Derivados	-	Fondos en Administración	-
<b>Suma del Activo</b>	287,984,092.00	Responsabilidades por Fianzas en Vigor	-
		Garantías de Recuperación por Fianzas Expedidas	-
		Reclamaciones Recibidas Pendientes de Comprobación	-
		Reclamaciones Contingentes	-
		Reclamaciones Pagadas	-
		Reclamaciones Canceladas	-
		Recuperación de Reclamaciones Pagadas	-
		Pérdida Fiscal por Amortizar	-
		Reserva por Constituir Obligaciones Laborales	46,743,820.00
		Cuentas de Registro	-
		Operaciones con Productos Derivados	-
		Operaciones con Valores Otorgadas en Préstamo	-
		Garantías Recibidas por Derivados	-
		Garantías Recibidas por Reporto	-

Fuente: Dentegra Seguros Dentales. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de

[https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#60000006r0y/a/600000000OYD/kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe\\_0=](https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#60000006r0y/a/600000000OYD/kiFzO32VBZJ1O7hmhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe_0=)



## Cuadro 12. Estado de Resultados de Dentegra Seguros Dentales del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2014.

Dentegra Seguros Dentales, S.A. Estado de Resultados del 01 de enero al 31 de diciembre de 2014 (Cifras Expresadas en Pesos)		
<b>Primas</b>		
Primas Emitidas	176,212,831.00	
(-) Primas Cedidas	0.00	
<b>Primas De Retención</b>	<u>176,212,831.00</u>	
<b>(-) Incremento Neto de la Reserva de Riesgos en Curso y de Fianzas en Vigor</b>	<u>17,208,297.00</u>	
<b>Primas de Retención Devengadas</b>		159,004,534.00
<b>(-) Costo Neto de Adquisición</b>	<u>20,859,372.00</u>	
Comisiones a Agentes	7,281,411.00	
Compensaciones Adicionales a Agentes	-	
Comisiones por Reaseguro y Reafianzamiento Tomado	-	
(-) Comisiones por Reaseguro Cedido	-	
Cobertura de Exceso de Pérdida	-	
Otros	<u>13,577,961.00</u>	
<b>(-) Costo Neto de Siniestralidad, Reclamaciones y Otras Obligaciones Contractuales</b>	<u>63,057,581.00</u>	
Siniestralidad y Otras Obligaciones Contractuales	63,057,581.00	
Siniestralidad Recuperada del Reaseguro No Proporcional	-	
Reclamaciones	-	
<b>Utilidad (Pérdida) Técnica</b>	-	<u>75,087,581.00</u>
<b>(-) Incremento Neto de Otras Reservas Técnicas</b>	<u>0.00</u>	
Reserva para Riesgos Catastróficos	-	
Reserva de Previsión	-	
Reserva de Contingencia	-	
Otras Reservas	-	
<b>Resultado de Operaciones Análogas y Conexas</b>	<u>11,999,533.00</u>	
<b>Utilidad (Pérdida) Bruta</b>		<u>87,087,114.00</u>
<b>(-) Gastos de Operación Netos</b>	<u>70,234,454.00</u>	
Gastos Administrativos y Operativos	68,789,098.00	
Remuneraciones y Prestaciones al personal	1,445,356.00	
Depreciaciones y Amortizaciones	-	
<b>Utilidad (Pérdida) de la Operación</b>	-	<u>16,852,660.00</u>
<b>Resultado Integral de Financiamiento</b>	<u>6,825,116.00</u>	
De inversiones	180.13	
Por Venta de Inversiones	4,770,938.00	
Por Valuación de Inversiones	354.53	
Por Recargo sobre Primas	1,519,519.00	
Por Emisión de Instrumentos de Deuda	-	
Por Reaseguro Financiero	-	
Otros	-	
Resultado Cambiario	-	
(-) Resultado por Posición Monetaria	-	
<b>Participación en el Resultado de Inversiones Permanentes</b>	<u>0.00</u>	
<b>Utilidad (Pérdida) antes de Impuestos a la Utilidad</b>		<u>23,677,776.00</u>
<b>(-) Provisión para el pago del Impuestos a la Utilidad</b>	<u>6,612,194.00</u>	
<b>Utilidad (Pérdida) antes de Operaciones Discontinuas</b>		<u>17,065,582.00</u>
<b>Operaciones Discontinuas</b>		<u>0.00</u>
<b>Utilidad (Pérdida) del Ejercicio</b>		<u>17,065,582.00</u>

Fuente: Dentegra Seguros Dentales. (s.f.). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de  
[https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#600000006r0y/a/6000000000YD/\\_kiFzO32VBZJ1O7hnhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe\\_0=](https://dentegramx.my.salesforce.com/sfc/p/#600000006r0y/a/6000000000YD/_kiFzO32VBZJ1O7hnhTo1PwWhZaH1kk6W1GINwsMe_0=)

**Cuadro 13. Asegurados por Entidad Federativa, Trimestral 2014.**

Entidad Federativa	Asegurados en vigor 2014-1	Asegurados en vigor 2014-2	Asegurados en vigor 2014-3	Asegurados en vigor 2014-4
Aguascalientes	2,059	2,163	2,594	1,992
Baja California	11,264	11,626	15,858	17,524
Baja California Sur	131	278	404	406
Campeche	8,651	8,174	1,456	1,635
Chiapas	4,801	3,953	3,972	3,448
Chihuahua	3,992	277	305	317
Coahuila	1,668	482	578	470
Colima	8,929	12,208	14,441	11,659
Distrito Federal	219,872	230,700	238,870	217,286
Durango	1,100	1,262	1,304	574
Estado de México	38,110	8,535	9,193	9,150
Guanajuato	15,111	318	397	424
Guerrero	10,494	1,392	1,594	819
Hidalgo	3,170	17,195	19,059	16,472
Jalisco	11,603	20,229	29,527	35,640
Michoacán	6,371	836	892	836
Morelos	6,395	3,550	3,646	2,934
Nayarit	1,726	252	437	334
Nuevo León	29,097	29,104	31,535	28,743
Oaxaca	3,326	360	453	500
Puebla	5,375	2,226	3,278	2,350
Querétaro	15,157	15,270	14,660	14,003
Quintana Roo	186	307	423	372
San Luis Potosí	8,578	6,324	6,342	6,703
Sinaloa	3,945	2,343	4,293	2,748
Sonora	19,399	23,004	35,032	22,460
Tabasco	1,622	878	1,999	1,347
Tamaulipas	7,445	1,780	2,297	2,780
Tlaxcala	128	250	298	307
Veracruz	2,462	2,015	2,343	1,585
Yucatán	2,685	831	1,067	1,069
Zacatecas	3,903	1,243	1,251	656

Fuente: CNSF. (s.f.). *Por operación, ramo o tipo de seguro, sobre riesgos asegurados y reclamaciones.*

Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de

<http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>

**Cuadro 14. Prima Emitida por Entidad Federativa, 2014.**

Entidad Federativa	Prima Emitida
Aguascalientes	1,103,760
Baja California	39,672,723
Baja California Sur	202,033
Campeche	1,035,824
Coahuila	7,918,420
Colima	1,641,138
Chiapas	7,925,147
Chihuahua	20,156,589
Distrito Federal	1,340,215,978
Durango	1,850,525
Guanajuato	16,127,864
Guerrero	328,373
Hidalgo	950,427
Jalisco	32,805,775
Estado de México	20,628,482
Michoacan	3,478,776
Morelos	2,245,089
Nayarit	167,877
Nuevo Leon	269,775,411
Oaxaca	420,328
Puebla	3,909,079
Queretaro	12,088,539
Quintana Roo	176,873
San Luis Potosi	4,908,501
Sinaloa	4,722,739
Sonora	127,048,289
Tabasco	2,537,243
Tamaulipas	7,998,874
Tlaxcala	37,527
Veracruz	3,757,141
Yucatan	1,749,611
Zacatecas	4,451,849

Fuente: CNSF. (s.f.). *Formas Estadísticas de Seguros (FES)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>

**Cuadro 15. Siniestros Ocurredos por Entidad Federativa, 2014.**

Entidad Federativa	Siniestros Ocurredos
Aguascalientes	5,269,953
Baja California	15,196,804
Baja California Sur	347,566
Campeche	632,645
Coahuila	6,046,212
Colima	1,030,877
Chiapas	4,157,367
Chihuahua	9,072,753
Distrito Federal	453,312,792
Durango	1,082,594
Guanajuato	15,452,352
Guerrero	1,731,728
Hidalgo	1,317,464
Jalisco	46,115,357
Estado de México	41,423,504
Michoacan	2,645,701
Morelos	2,248,389
Nayarit	270,372
Nuevo Leon	217,951,569
Oaxaca	949,021
Puebla	4,971,779
Queretaro	8,252,952
Quintana Roo	563,506
San Luis Potosi	2,714,725
Sinaloa	1,399,881
Sonora	65,698,680
Tabasco	676,600
Tamaulipas	4,309,657
Tlaxcala	44,035
Veracruz	3,701,123
Yucatan	1,227,961
Zacatecas	12,355,683

Fuente: CNSF. (s.f.). *Formas Estadísticas de Seguros (FES)*. Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>

## Cuadro 16. ¿Por qué no Dispone de un Seguro?

Pregunta 7.3			
<b>¿Por qué no dispone de algún seguro?</b>			
Población adulta de 18 a 70 años	Total	Mujeres	Hombres
<b>Nacional</b>			
Segmento poblacional objetivo	46,586,661	26,461,688	20,124,973
¿Son muy caros?	12,817,446	7,041,854	5,775,592
¿No saben qué son, cómo funcionan o dónde solicitarlos?	12,065,364	6,637,797	5,427,567
¿No los necesita o no le interesan?	11,039,675	6,267,812	4,771,863
¿No se los han ofrecido?	5,003,153	2,849,834	2,153,319
¿No confía en las aseguradoras?	2,322,543	1,108,113	1,214,430
¿No tiene dinero o no tiene trabajo?	10,787,996	6,906,410	3,881,586
Otro	2,076,598	1,232,301	844,297
<b>Urbano</b>			
Segmento poblacional objetivo	27,633,932	16,437,928	11,196,004
¿Son muy caros?	7,396,476	4,283,795	3,112,681
¿No saben qué son, cómo funcionan o dónde solicitarlos?	5,642,812	3,356,234	2,286,578
¿No los necesita o no le interesan?	7,734,745	4,432,776	3,301,969
¿No se los han ofrecido?	2,820,740	1,522,733	1,298,007
¿No confía en las aseguradoras?	1,725,931	919,608	806,323
¿No tiene dinero o no tiene trabajo?	5,777,188	4,056,329	1,720,859
Otro	1,424,900	887,221	537,679
<b>Rural</b>			
Segmento poblacional objetivo	18,952,729	10,023,760	8,928,969
¿Son muy caros?	5,420,970	2,758,059	2,662,911
¿No saben qué son, cómo funcionan o dónde solicitarlos?	6,422,552	3,281,563	3,140,989
¿No los necesita o no le interesan?	3,304,930	1,835,036	1,469,894
¿No se los han ofrecido?	2,182,413	1,327,101	855,312
¿No confía en las aseguradoras?	596,612	188,505	408,107
¿No tiene dinero o no tiene trabajo?	5,010,808	2,850,081	2,160,727
Otro	651,698	345,080	306,618

Fuente: INEGI y CNBV. (2015). Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) 2015, p. 127.

Del cuadro anterior, las siguientes acotaciones:

La suma de los porcentajes es igual o mayor a 100%, dado que el informante podía mencionar más de una opción.

### Cuadro17. ¿Por qué Dejó de Tener un Seguro?

Pregunta 7.4			
<b>¿Por qué dejó de tener su seguro?</b>			
	Total	Mujeres	Hombres
Población adulta de 18 a 70 años	76,157,088	40,027,572	36,129,516
<b>Nacional</b>			
Segmento poblacional objetivo	9,113,715	3,795,204	5,318,511
Son muy caros	1,113,637	536,127	577,510
No los utilizaba	913,627	342,931	570,696
Tuvo mala experiencia con la aseguradora	454,653	204,839	249,814
Lo tenía por un crédito y ya lo pagó	727,420	443,789	283,631
Dejó de trabajar o cambió de trabajo	4,005,737	1,506,837	2,498,900
Dejó de recibir un programa de gobierno	101,592	71,925	29,667
Otro	1,797,049	688,756	1,108,293
<b>Urbano</b>			
Segmento poblacional objetivo	6,450,649	2,868,399	3,582,250
Son muy caros	879,562	443,939	435,623
No los utilizaba	707,662	260,990	446,672
Tuvo mala experiencia con la aseguradora	341,574	146,736	194,838
Lo tenía por un crédito y ya lo pagó	521,943	320,211	201,732
Dejó de trabajar o cambió de trabajo	2,634,133	1,092,990	1,541,143
Dejó de recibir un programa de gobierno	88,920	67,157	21,763
Otro	1,276,855	536,376	740,479
<b>Rural</b>			
Segmento poblacional objetivo	2,663,066	926,805	1,736,261
Son muy caros	234,075	92,188	141,887
No los utilizaba	205,965	81,941	124,024
Tuvo mala experiencia con la aseguradora	113,079	58,103	54,976
Lo tenía por un crédito y ya lo pagó	205,477	123,578	81,899
Dejó de trabajar o cambió de trabajo	1,371,604	413,847	957,757
Dejó de recibir un programa de gobierno	12,672	4,768	7,904
Otro	520,194	152,380	367,814

Fuente: INEGI y CNBV. (2015). Encuesta Nacional de Incursión Financiera (ENIF) 2015, p. 128.

Del cuadro anterior, las siguientes acotaciones:

La suma de los porcentajes es igual o mayor a 100%, dado que el informante podía mencionar más de una opción.