

32



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

*CATASTROFICAS E INDEMNIZACION
COMO ALTERNATIVA DE SALUD PRIVADA*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
A C T U A R I A
P R E S E N T A:**

EDURNE ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ



FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM

DIRECCION DE ESTUDIOS PROFESIONALES
DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENE SIMENEZ ORNELAS

FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

DRA. MARÍA DE LOURDES ESTEVA PERALTA
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:
"Catastróficas e Indemnización como alternativa de Salud Privada"

realizado por **Edurne Isabel Fernández Martínez**
con número de cuenta **9150531-2** , quien cubrió los créditos de la carrera de:
Actuaría
Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

Dr. René Jiménez Ornelas

Propietario

Act. Leticia Daniel Orana

Propietario

Act. María Aurora Valdés Michell

Suplente

Act. Laura Miriam Querol González

Suplente

Act. Marina Castillo Garduño

Consejo Departamental de



M. en C. José Antonio Flores
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

DEDICATORIAS:

- A **Dios**: Por la oportunidad de estar aquí y de conocer a todos estos grandes seres.
- A mis **Padres**: Por el inmenso amor, la enseñanza, el ejemplo y la calidad de tiempo que me brindaron, esto es de, por y para ustedes, Los Amo y extraño.
- A mi **Hermana**: Por permitirme conocer ese gran ser y por hacerme sentir tan orgullosa de lo que hoy eres.
- A mis **Abuelos**: Ana y Paco, que gracias a tanto amor y ternura son parte de mi esencia. Lupe y Adolfo, gracias simplemente por serlo y a ti abuelo por tu inmensa sabiduría y grandes consejos.
- A mi **familia**: Tios Carmina, Ray, Any, Chava, Irene y Roberto: gracias por hacerme creer y sentir fuerte, sin su apoyo no lo hubiera logrado. Primos Ana, Carmina, Eunice, Tite y Ray, por su cariño y momentos de tanta alegría. Mariana, Javier y Alex los quiero mucho.
- A la **familia López Aisa**: por ser mi segunda familia y abrirme las puertas de su casa, su alma y su corazón.
- A **Ana Olga**: Mi cómplice, compañera y amiga de tantas historias.
- A mis **Amigos**: Azucena amiga ¿qué más puedo decir? fiel hasta la muerte, Martha y Ricardo gracias por todo lo que me han dado y por su apoyo; Pequeño, Alf, Alex, Chiva, Hugo, Rocío, Chivis, Faby, Chun, Ely, Paty y Lety gracias a todos por sus palabras y compañía.
- A **Nuevos Productos**: Ale, Nora, Barbie, Sergio, Omar, Ernie y Ana Sol, por su amistad y paciencia para conmigo. A **Apoyo Comercial**, por sus palabras en los momentos más difíciles. A **Actuaría** por su cariño, y a **Ger** por los permisos.
- A **Elisa**: Fuiste mi sendero para salir del abismo en el que estaba sumergida.
- A "las del **fut**": Porque solo algo tan maravilloso podría haberme unido a ustedes y a su maravillosa esencia, para jamás alejarlas de mi corazón.
- A **Alfredo Bouchot**: por tu gran nobleza, enseñanza y apoyo.
- A **Rene Jiménez**: gracias por formar parte de mi proyecto y por tu paciencia durante tanto tiempo.
- A **Zaira y Edgar**: Por nuestra infancia tan maravillosa.
- A **Loren** por su gran cariño y apoyo durante tantos años.
- A **Cindy y Tasha**: Por la necesidad de llegar a casa y estar con ustedes.
- **Mi vida**, que te puedo decir, eres mi razón y proyecto de vida. Te Amo.
- A mi eterna compañera y amiga la nostalgia.

Indice:

Introducción

1. Antecedentes del Seguro en México	1
1.1 Seguro Social	1
1.1.1. Historia	1
1.1.2. Principales servicios del IMSS	7
1.1.3. Organigrama	10
1.1.4. Principales Indicadores de Salud	13
1.1.5. Principales Gastos	23
2. Sector Asegurador	25
2.1. Antecedentes	25
2.2. Principales Compañías que comercializan el Seguro de Gastos Médicos	29
2.3. Principales indicadores	31
2.4. Productos de Gastos Médicos actualmente en el mercado	36
3. Salud en México	41
3.1. Factores que determinan la compra de un seguro en México	42
3.2. Misión del Sistema de Salud	45
3.3. Indicadores de Mortalidad, morbilidad, etc.	46
3.4. Cambios en la mortalidad	47
4. Construcción y Fundamentación de la propuesta	54
4.1. Mercado Potencial	54
4.2. Catastróficas	55
4.3. Indemnización	63
Conclusiones	74
Bibliografía	78

Introducción:

La salud en el ser humano es primordial para poder tener una vida en la cual podamos trabajar para conseguir el alimento, la ropa y muchas cosas más que todos alguna vez hemos deseado.

Un accidente, una enfermedad e incluso la muerte puede provocar un desequilibrio económico bastante fuerte y si lo es para una persona con altos recursos económicos, imaginemos lo que sucede en la clase media o baja, en la cual los miembros de una familia de éste tipo tienen que salir a trabajar para generar el ingreso que les permite comer y vivir prácticamente al día, por lo que al quedarse un día en casa o en el hospital a causa de algún accidente o enfermedad implica prácticamente no comer, no tener con que vestir, etc.

El Seguro Social es una de las instituciones que durante años y años ha pretendido controlar este tipo de situaciones, pero realmente no se da abasto para atender diariamente a tanta gente que necesita desde una medicina hasta una intervención quirúrgica mayor. Son horas de larga espera que el derechohabiente pasa para poder llegar al consultorio del médico general, porque para el especialista hay que hacer cita con mucha anticipación, además, por la cantidad de gente que cada doctor maneja diariamente, es probable que el diagnóstico no sea tan preciso como el de un doctor que no tiene la carga de trabajo que éste tiene. Y cuando de una intervención quirúrgica se trata, la cita en el hospital prácticamente se hace una hora antes para preparar al paciente y posterior a la intervención este debe de ser dado de alta lo más pronto posible porque la cama que ese paciente está ocupando también la necesita usar mucha gente que está en espera. Todo esto es para la gente que si tiene una afiliación al Seguro Social, pero ¿qué pasa con el más de 40% de las personas que no tienen éste tipo de beneficio? ¿Es justo que enfermos o accidentados vean pasar los días prácticamente resignados y esperando que suceda lo que la naturaleza quiera o que la hierba que siempre ha consumido para curarse de ciertos problemas de salud surta efecto?.

Ahora sabemos también de sobra que el Sistema de Salud en México y en general en todo el mundo es muy caro. Hoy en día todavía existe mucha carencia en cuanto a estos servicios de salud se refieren. La población Mexicana que en la actualidad puede tener acceso a un seguro de gastos médicos digno mediante el cual pueda no solo llevar un control preventivo de salud, sino una atención oportuna y con mejor calidad, y un tratamiento digno en caso de una enfermedad grave e incluso terminal es realmente muy poca.

Existen diferentes factores que intervienen en la determinación de las condiciones de salud, entre ellos se encuentran la condición económica, el estatus social, las construcciones culturales alrededor del género y la salud, así como la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de salud. Además debemos considerar que las diferencias de origen fisiológico entre un hombre y una mujer también están determinando enfermedades o riesgos que son exclusivos del sexo femenino o masculino o que, afectando a ambos sexos, registran una mayor incidencia entre las mujeres o indican consecuencias más severas para ellas, requiriendo por lo tanto, intervenciones específicas. Cada grupo tiene un perfil de necesidades y de problemas derivados de condiciones tales como: biológicas, ecológicas, culturales y económicas, que requieren acciones de salud y bienestar específicas.

La pérdida de salud no suele ser un evento voluntario y por lo tanto no es predecible para un individuo en particular. Los servicios de salud no suelen producir satisfacción por si solos, pero si al momento de que el individuo logra recuperarse de un accidente o enfermedad o prevenir algún evento grave si lo hace. Ahora, si prevenimos una enfermedad no solo estamos beneficiando al individuo como tal, sino por ejemplo, cuando es una enfermedad transmisible, beneficia no solo a la persona que recibe el servicio, sino a toda la población, aún en el caso de una enfermedad no transmisible, la salud constituye un valor social pues representa un insumo para el desarrollo económico y una inversión en el capital humano de una nación, es por eso que necesitamos pensar en la mejor atención del individuo para ser mejores como nación.

Como finalmente todos hemos de enfermar y morir, el evitar un padecimiento aumenta, por ese mismo hecho, el riesgo de sufrir algún otro, esto quiere decir que el sistema de salud ha venido siendo víctima de sus propios logros pues la prolongación de la vida va dando lugar a nuevas necesidades de salud. De la simple supervivencia física y el alivio del dolor, se va pasando al mejoramiento progresivo de la calidad de vida incluyendo sus dimensiones psicológicas y sociales.

El problema es que mientras las necesidades de salud van aumentando los recursos para atenderla no crecen en la misma proporción y eso en un país como el nuestro trae muchos problemas y obviamente quienes más los resienten son las clases más marginadas.

Creo que debemos preocuparnos por comenzar a fomentar el pago anticipado para los servicios de Salud en nuestro país, considero que de ésta forma podremos tener el control del desembolso económico que nos puede traer un accidente o enfermedad grave. El pago anticipado es un esquema ya conocido porque es el esquema que utiliza el IMSS y las Cías Aseguradoras privadas, pero hay que fomentarlo en toda la población.

De acuerdo al Censo Nacional de Vivienda del 2000, sabemos que de 97,483,412 habitantes que hay en la República Mexicana solamente 59,231,330 tienen acceso a algún sistema de Salud, esto equivale tan solo al 57.7%, y de ese 57.7% el 78.56% están afiliados al IMSS; el 16.99% al ISSSTE, el 2.23% a Pemex, Defensa o Marina y el 2.21% a una institución privada (si la suma de porcentajes excede el 100% es porque existen algunas personas que tienen acceso a más de una institución).

También sabemos que de esos 97,483,412 habitantes, 69,235,053 son mayores de 12 años, pero solamente 33,730,210, esto es, el 48.78% tienen alguna actividad económica, el resto es población económicamente inactiva, de esas personas que son económicamente activas, 2,817,566 no recibe remuneración por su trabajo, 4,156,139 reciben a lo más un salario mínimo general mensual, 10,227,473 personas reciben entre uno y dos salarios mínimos, 5,951,328 entre 2

y tres, 4,743,205 entre tres y cinco y solamente 3,998,828 reciben más de cinco salarios.

De acuerdo a estadísticas generadas por las Compañías de Seguros, la gente que puede pagar un seguro de este tipo es aquella que percibe arriba de 10 Salarios Mínimos General Mensual (SMGM) de ingreso mensual y esas personas invierten entre el 1 y el 4 % de su sueldo anual en la compra de sus seguros. ¿Qué pasa para los 40,000,000 de personas que no tienen ningún tipo de seguro, en el cual prácticamente pueden atenderse en cualquier hospital, con cualquier Doctor solamente pagando un deducible y un coaseguro, e incluso hasta en el extranjero?.

La opción en cuanto a la Salud en México que puede de alguna forma complementar el Seguro Social es el Sector Asegurador Privado, el cual, a través de la regulación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y el apoyo de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) entre otras, ofrece al mercado diferentes alternativas de protección hacia un evento que pueda poner en peligro un "interés asegurable", de ésta forma, en los últimos 50 años, el Sector asegurador ha logrado penetrar fuertemente ciertos estratos de nuestra población mexicana para así, en una participación grupal con los Hospitales Privados de México, y los médicos que trabajan dentro de esos hospitales permitir que esa gente que hoy tiene acceso a los productos de Salud privados, tenga la mejor atención y calidad de vida durante su convalecencia en una enfermedad y/o accidente.

El Seguro Social tiene una estructura muy fuerte que ha ido creciendo con el paso de los años, pero así como ha crecido la cantidad de asegurados, también lo han hecho los gastos. En el primer capítulo se plantea una revisión de los beneficios y coberturas que otorga el Seguro Social, la historia de cómo este se ha ido desarrollando, así como los principales indicadores de Salud que hay entorno a él. En el segundo capítulo se revisa la estructura del Sector Asegurador, así como

las principales Compañías Aseguradoras y sus principales indicadores. El tercer capítulo analiza el comportamiento de la morbilidad, la mortalidad, los cambios que estas han sufrido con el tiempo, así como los factores que intervienen para que la población mexicana compre un seguro. Finalmente en el capítulo cuarto, elaboro, en base a la estadística generada en los capítulos anteriores la propuesta de dos seguros que pueden favorecer la Salud en México en caso de que las Compañías Privadas lo comercialicen.

Será a través de las compañías de seguros que intentaré presentar una alternativa para liberar al Seguro Social de ciertos gastos que pretendo se atiendan en estas instituciones, con la idea de gastar los menos recursos posibles y que estos sean utilizados por la gente que realmente no puede pagar un seguro privado de salud.

La idea es ofrecer alguna alternativa de seguro para un mejor control de la salud de la gente con recursos económicos bajos o medios dirigidos hacia un mercado de Salud privado. Detectar si de alguna forma las Instituciones Privadas pueden contribuir a ayudar a la gente de medios y bajos recursos creando algún producto que les permita tener una protección adicional a la que el Seguro Social les otorga cuando es el caso, o a la que ellos mismos pueden tener si no tienen un seguro social.

Elaborar una propuesta para que el Seguro Social, el cual está pasando por momentos muy difíciles pueda de alguna forma enfrentar todos los gastos que le requieren sus asegurados, y tenga un canal de salida que le permita desahogar ciertos gastos sin descuidar la salud de la población mexicana.

Para eso determinaremos el número de gente en nuestro país que está en posibilidades de tener un Seguro de Gastos Médicos Privado y veremos si las Compañías Aseguradoras Privadas podrían de alguna forma contribuir en llevar a la gente que no tiene recursos altos una alternativa de Salud, revisaremos qué le hace falta a la estructura del Sector Salud Privado para poder atender a más

Mexicanos, generando información acerca de las enfermedades más frecuentes en la población mexicana, las principales causas de Mortalidad en México y compararé el comportamiento de las causas de muerte en nuestro país en los últimos años, revisando la esperanza de vida y su comportamiento, así como las razones de éste comportamiento.

Mi propuesta será una vez que haya analizado las principales causas de muerte en la población mexicana actualmente, y la evolución que han tenido éstas a través del tiempo, así como la distribución de la población por edades y sexo, elaborar una alternativa en un futuro próximo para que en primer lugar, se atiendan a tiempo ciertas enfermedades para las cuales el tratamiento normalmente es muy largo y costoso y que el Seguro Social no tiene la capacidad de atender, en segundo lugar, que esta atención pueda realizarse en un hospital privado el cual cuenta con instalaciones, médicos y recursos suficientes como para que el enfermo o paciente pueda tener una mejor calidad en la atención y tercero, que en el momento en que una persona asegurada esté imposibilitada para realizar sus labores cotidianas de trabajo debido a una hospitalización por accidente o enfermedad, pueda tener una indemnización diaria a través de la cual pueda enfrentar principalmente el desequilibrio económico que provoca el dejar de percibir sus ingresos diarios por su trabajo, así como gastos para estudios, medicamentos, etc.

Me gustaría poder aportar algo a la sociedad y a las Compañías Privadas de Seguros para mejorar la Salud en México, sería ideal que a través de la Fuerza de Ventas de estas Compañías se pueda lograr penetrar a la sociedad Mexicana y brindarle una mayor protección.

Yo creo que el Sector Salud Privado se ha preocupado por crear productos para la minoría de la población porque es esta población la que puede pagar el costo tan elevado que la Salud le cuesta al país, pero también estoy convencida de que la labor social va mucho más allá de lo que las Compañías han logrado hasta

ahora, todavía hay mucho que hacer y que mejor que hacerlo por la gran mayoría que tan mal la pasa día a día.

Hoy en día la estrategia que se tenía en el proyecto del IMSS, complementada con IMSS-Solidaridad no ha funcionado y lejos de eso el Seguro Social se encuentra a unos cuantos pasos de la banca rota, aún estamos a tiempo de poder aportar algo a México, solamente así podremos lograr tener un mejor país y un mejor nivel y calidad de vida.

Capítulo 1

Antecedentes del Seguro en México

1.1 Seguro Social:

1.1.1 Historia:

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

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

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de

trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de seguro obrero suscitó la inconformidad de los empleadores que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, licenciado Ignacio García Téllez, abogado de cuarenta años de edad.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que "cubriría o prevendría" los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

Aprobado el proyecto por un consejo de ministros, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante pues a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más completo fundamentado en estudios actuariales.

En 1942 cuando el interés del Presidente Ávila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el licenciado Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de la nascente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales". El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. El primer Director del Seguro Social, Vicente Santos Guajardo y una mínima planta de empleados, se dedicaron a investigar las implicaciones de la instrumentación del Seguro social, investigando también otros países y después lo más difícil fue la intensa labor de convencimiento que tuvieron que hacer sobre todas las personas que entrarían en este beneficio Tripartita, y se determinó que el Seguro Social empezaría a

funcionar en el Distrito Federal a partir de enero del siguiente año, mientras tanto, se comenzó a hacer la inscripción de los patrones.

Fueron tiempos difíciles, porque una vez aprobado el Seguro social, había muchas manifestaciones de inconformidad y ataques contra la introducción de dicho sistema, éstos ataques provenían principalmente del sector empresarial quien se negaba al nuevo pago de las cuotas de seguridad social, también hubo varios sindicatos que se opusieron. Poco a poco, se fueron apagando las oposiciones más fuertes y para finales de 1946 en Monterrey, Guadalajara y Puebla el Instituto había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios. Con esto, se comenzó a buscar el aseguramiento de los trabajadores del campo. En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo sociomédico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de

mexicanos, cifra que se incrementaría en 50% en el período comprendido entre 1964 y 1970.

A partir de 1970 hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; Se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado por el país. El Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento. Durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

El rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "seguridad social integral". En estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. Se convirtió, en 1979, en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al desaparecer el organismo Coplamar, tomo el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de seguridad social. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera y, por consiguiente, operativa de la Institución. Durante todo el año 1995 se realizó un profundo proceso de auto-exámen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. Como parte de ese proceso en 1995, se creó el Seguro de Salud para la Familia, el cual es un esquema de aseguramiento público y voluntario orientado a los mexicanos no asalariados, en el cual se abrieron las puertas a la protección financiera de las familias con cierta capacidad de pago pero que no contaban con los recursos suficientes para adquirir un seguro médico privado y que por su modalidad de empleo no tienen acceso a la Seguridad Social. También surgió la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre del mismo año 1996, que entraría en vigor a partir de 1997, la Nueva Ley entre otras cosas modificaba radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos, a través de las Administradoras del Fondo para el retiro.

A diciembre del 2001, la población derechohabiente ascendía a 36 millones 553 mil personas. El total de asegurados permanentes llegó a 10 millones 729 mil y el total de pensionados era de un millón 579 mil.

Con 53 años de servicios ininterrumpidos, el IMSS ha superado los momentos más difíciles que se derivaron ya sea de su propia situación o de los eventos nacionales. A pesar de las deficiencias, sigue siendo recurso invaluable para la salud y el bienestar de los trabajadores mexicanos y se enfrenta decididamente al reto de construir la seguridad social mexicana del próximo siglo.

1.1.2 Principales Servicios del IMSS

Los ramos del seguro en el IMSS y las personas a las que van dirigidos entonces son las siguientes:

<p>Riesgos de Trabajo</p>	<p>La persona que queda amparada por éste seguro es el trabajador asegurado.</p> <p>Si un accidente por riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del trabajador asegurado, los beneficiarios tendrán derecho a una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas por la ley.</p> <p>Los beneficiarios del trabajador son:</p> <p>Viuda o Concubina, viudo o concubinario, siempre y cuando no vuelvan a casarse o a unirse en concubinato.</p> <p>Cada uno de los huérfanos menores de 16 años o hasta los 25 años, siempre y cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional.</p>	<p>Aportación de la cuota Patronal</p>
<p>Enfermedades y Maternidad</p>	<p>La persona que queda amparada por éste seguro es el trabajador asegurado.</p> <p>El pensionado por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez y viudez horfandad o ascendencia.</p> <p>La esposa, esposo, concubina o concubinario de la persona asegurada.</p> <p>La esposa, esposo, concubina o concubinario de la persona pensionada.</p> <p>Los hijos menores de 16 años.</p> <p>Los hijos incapacitados y los hijos menores de 25</p>	<p>Tripartita</p>

	años siempre y cuando estén estudiando en planteles del sistema educativo nacional.	
Invalidez y Vida	<p>La persona que queda amparada por éste seguro es el trabajador asegurado.</p> <p>En caso de muerte de este, por causas diferentes a las de un riesgo de trabajo y siempre y cuando el asegurado haya cotizado para el Instituto un mínimo de 150 cotizaciones semanales o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, se le otorgará a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:</p> <p>Pensión de Viudez</p> <p>Pensión de horfandad</p>	Tripartita
Retiro, cesantía en edad avanzada y viudez	<p>La persona que queda amparada por éste seguro es el trabajador asegurado.</p> <p>Para gozar de cualquiera de las prestaciones de éste rubro se requiere que el asegurado tenga reconocidas ante el instituto un mínimo de 1,250 cotizaciones semanales.</p> <p>Si el asegurado tiene cotizadas menos de 750 semanas, tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.</p> <p>La esposa, esposo, concubina o concubinario de la persona asegurada, que hubiere dependido económicamente de ella.</p> <p>La esposa, esposo, concubina o concubinario de la persona pensionada, que hubiere dependido económicamente de ella.</p> <p>Los hijos menores de 16 años.</p>	Tripartita

	Los hijos incapacitados y los hijos menores de 25 años siempre y cuando estén estudiando en planteles del sistema educativo nacional	
Guarderías y Prestaciones Sociales	Quedan cubiertos por éste seguro, la mujer trabajadora, el trabajador viudo o divorciado que conserve la patria potestad de los hijos. Los hijos menores de cuarenta y tres días hasta que cumplan cuatro años. Para efecto de las prestaciones de los servicios que se otorgan a través de Prestaciones Sociales, tendrán acceso a éstos todos los derechohabientes del Instituto.	Patronal

Es importante mencionar como se administra el Seguro de Salud de la familia antes mencionado. El SSF ofrece una cobertura integral del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, con algunas exclusiones y tiempos de espera. El costo de éste seguro se financia de manera bipartita a través del pago anticipado de una cuota familiar fija y aportaciones del gobierno federal. Las familias que desean incorporarse a éste esquema deben de aportar una cuota fija independientemente de sus ingresos y su condición socioeconómica, es decir, este esquema de aseguramiento sigue excluyendo a familias de bajos recursos, pero permite asegurar cierta población que sin él no estaría asegurada y constituye un esfuerzo importante para ofrecer protección financiera a la población no asegurada.

La red de servicios básicos de salud en México ha sido definida e implantada con base en políticas cuya mira y propósitos con frecuencia difieren entre sí. Ello ha dado lugar a la coexistencia de tres tipos de cobertura: la de los seguros sociales que privilegia básicamente a los trabajadores del sector formal de la economía, los programas asistenciales como el programa IMSS Solidaridad y la cobertura de

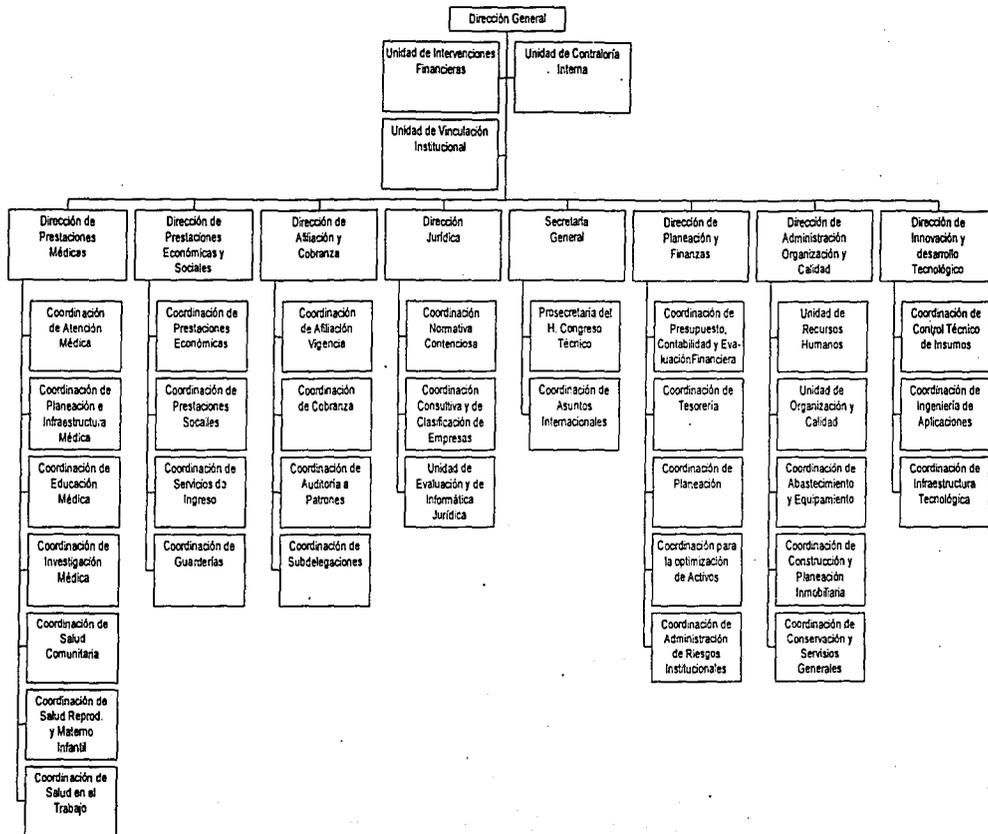
la medicina privada, que generalmente está considerada como una alternativa a la clase media y alta.

En pocas palabras, El IMSS fue creado simultáneamente con la Secretaría de Salubridad y Asistencia para brindar servicios clínicos a los pobres, así como para garantizar la protección de la sociedad en su conjunto por medio de acciones de saneamiento y control de epidemias. En los años 50's solamente el 0.4% de la población estaba afiliada a los seguros sociales, en 1960 ya era el 10% de la población y para el 2000 ya era el 58%, un avance bastante bueno, pero justificado también por el rápido crecimiento demográfico.

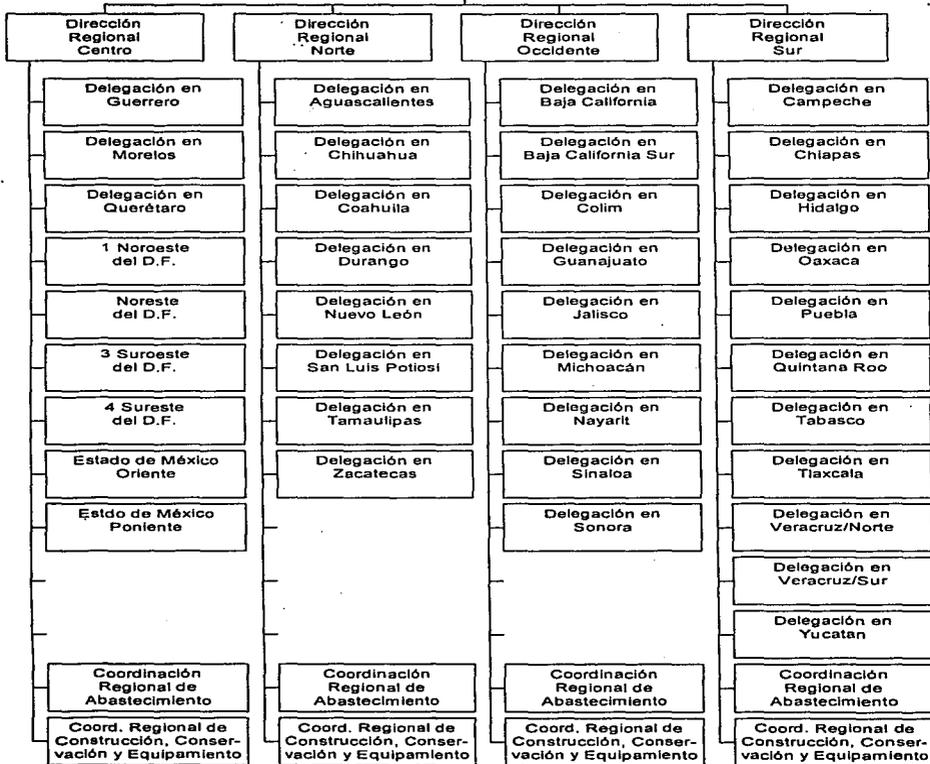
1.1.3 Organigrama

El siguiente organigrama es la estructura con la que actualmente cuenta el Seguro Social. De la dirección general dependen 12 Direcciones, las ocho que se presentan en el organigrama 1 y las 4 del organigrama 2.

ORGANIGRAMA GENERAL (1)



Dirección General



1.1.4 Principales Indicadores de Salud

No es algo nuevo, al Sistema de Salud Social no pueden tener acceso prácticamente el 40% de la población total, por el hecho de no ser empleados a los cuales se les otorga éste beneficio mediante el esquema tripartita o bipartita que ya se mencionó anteriormente, tampoco la gente desempleada, y peor aún, si estamos pensando en que las estadísticas que arrojó el Censo del 2000 nos permiten conocer que más del 50% de la gente es económicamente inactiva, pues parecería que nuestras estadísticas cuadran de alguna forma. Ahora el 60% aproximado, de la población que tiene acceso al sistema de Salud social consume prácticamente el 81% del gasto público en salud de acuerdo a la Encuesta nacional de Salud que hace la Secretaría de Salud.

La recaudación diaria que está teniendo el Seguro Social, aunque quisiéramos no le permite darle atención aún a la gente que está afiliada, puesto que con \$150.00 (INEGI) que es el promedio diario del salario base de cotización al IMSS (suma de recaudación cuotas obrero patronales entre días del mes cotizado) no es suficiente para nada. Necesitamos generar alguna alternativa a esto.

Considero que existen primordialmente 7 obstáculos básicos a los que se enfrenta actualmente el sistema de salud: la inseguridad, la inequidad, la insatisfacción, la ineficiencia, la inadecuada calidad, la inflación y la insuficiencia. Los tres primeros se ubican en una estrecha relación entre el sistema de salud y la población, y los restantes en el interior del propio sistema.

Si hablamos de inseguridad nos estamos refiriendo a la deficiente protección y cobertura que se ofrece en la red de servicios básicos. La inequidad impide que los que más precisan de servicios tengan un acceso proporcional a sus necesidades. Sin embargo, el acceso a los servicios, por si mismo, no es garantía de solución de los problemas de salud, ya que muchos pacientes se topan con el gran obstáculo de la insatisfacción por la atención recibida.

Al interior del sistema de Salud, la ineficiencia supone el dispendio de recursos así como la canalización del esfuerzo hacia la solución del problema de baja prioridad o escaso beneficio. Por su parte, la calidad inadecuada de los servicios es resultado de una aplicación deficiente de la tecnología médica, que produce efectos no deseados e impide la obtención de mayor provecho. La inflación, como fenómeno económico repercute más en los insumos y servicios para la salud que en otros satisfactores. Al incidir sobre los recursos para la atención, encarece principalmente a los de mayor necesidad. Y finalmente, la insuficiencia de recursos impide atender las múltiples y crecientes necesidades de salud de los mexicanos.

De acuerdo a diferentes documentos publicados por la Fundación Mexicana para la Salud en la última década encontramos que cerca del 30% de la población mexicana con necesidades sentidas de salud ve frustrado su deseo de acceder a la atención médica, aunque éstos porcentajes varían de acuerdo al nivel socioeconómico. Entre los no pobres éste fenómeno se presenta en el 20% de la población, este porcentaje aumenta a 31% en los pobres y 47% en los muy pobres.

El hecho de que la gente este amparada por el Seguro Social no impide que haya frustración en el deseo de una atención médica, alrededor del 20% de los asegurados están frustrados en cuanto a este rubro se refiere y el 42% de los no asegurados también.

El embarazo y el parto cuentan entre las necesidades de Salud que más se asocian con desatención médica. El fenómeno supone la falta de acceso a una amplia gama de servicios preventivos, como planificación familiar, nutrición y cuidado del infante.

Ahora, ¿cuales son las barreras que obstaculizan el acceso a la atención?, en primer lugar encontramos básicamente las barreras económicas debido al elevado costo de los servicios en los cuales el 43% de la población se manifiesta en éste rubro, después encontramos que también las barreras geográficas son de

gran importancia para la frustración de un acceso a atención médica por la lejanía o ausencia de servicios en la localidad con un 42% de la población y las barreras organizacionales que se refieren a la falta de confianza del paciente hacia la calidad o prestación del servicio ocupan un 15%.

El país también ha estado sumergido en serios problemas de desempleo, esta también es una gran amenaza para la salud, especialmente para esas personas con mayores necesidades y menores recursos puesto que la política del IMSS solo concede dos meses de cobertura al empleado que ha dejado de ser asalariado a partir del momento en que pasa a ser desempleado, pero en ese tiempo difícilmente se conseguirá un nuevo trabajo.

Con respecto al pago por servicios, las políticas de cobro al usuario de los servicios asistenciales por medio de tarifas móviles fueron diseñadas para ofrecer atención gratuita a la población muy pobre y de esta forma reducir barreras económicas para los pobres y desalentar el uso de esos servicios por la población pudiente.

En el sistema de Salud Social mexicano el 43% de los casos de atención a personas muy pobres están exentos de pago, la cifra asciende a 48% en los casos de pobres y 54% en los casos de no pobres, no es posible que sean los grupos que tienen un poquito más de posibilidades los más beneficiados por los Seguros Sociales.

Si hablamos del porcentaje de ingresos que utilizan las familias mexicanas para la salud, encontraremos que las familias más pobres utilizan el 5.2% de su ingreso para éste concepto si pertenecen a un medio urbano y 4.6% si pertenecen a un medio rural, en cambio, las familias más ricas utilizan 2.8% y 3.8% respectivamente.

En total, 52% de los servicios asistenciales llegan a personas que pertenecen a población asegurada o no pobre. Y del total de los servicios de salud ofrecidos por los seguros sociales, 7.2% es captado por población no asegurada y más de cuatro quintas partes de este porcentaje se ofrecen a familias pobres y muy pobres.

En 1987, del total de las consultas médicas y casos de hospitalización que demandó la población asegurada, el 70% lo captaron los seguros sociales, dentro del cual está considerado el IMSS, el 5.6% lo captó la SSA y el 24% restante la medicina privada. En 1994 no hubo muchos cambios, las proporciones fueron 64%, 12% y 24% respectivamente. Esto implica, únicamente para contactos con el sistema de salud, que el 36% se hace fuera de las instituciones de seguridad social, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud de 1994.

El programa IMSS- Solidaridad, por ejemplo, solo atiende el 53% de la atención médica recibida en las comunidades donde opera, el 15% es efectuado por el régimen ordinario del IMSS, el 9% la SSA y 23% la medicina privada. De hecho, a nivel nacional, la medicina privada es la principal fuente de servicios para la población no asegurada con cerca del 65%.

En el siguiente cuadro se muestra la proporción de gentes que utilizaban atención privada y los estratos sociales a los que pertenecen, los años de referencia son 1987 y 1994 y la información está también basada en las encuestas antes mencionadas.

Estratos	Asistencia Pública		Seguros Sociales		Privados	
	1987	1994	1987	1994	1987	1994
Muy Pobres	23%	18%	37%	35%	41%	42%
Pobres	19%	16%	45%	47%	36%	37%
No Pobres	11%	12%	53%	49%	36%	39%

Ahora, el 39% del total de los servicios que se otorgan en la medicina privada se hacen a personas que también están aseguradas en el Seguro Social.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1994, se le pidió a los usuarios del Seguro Social señalaran la principal razón por la que asisten a un determinado servicio, las respuestas se ordenaron de la siguiente forma: a) por confianza o costumbre, b) por ser barato, c) por hacer valer el derecho de acceso, d) por estar cerca del

domicilio o ser el único servicio de la comunidad y e) porque se le transporto ahí en función de la urgencia o gravedad del problema.

El 35% de los casos los usuarios no asegurados acuden ahí por ser el único servicio a la mano o el más cercano, el 28% por ser el más barato, y el 23% por confianza o recomendación.

Los servicios de salud privados son principalmente utilizados por la población no asegurada por la confianza que le inspiran con el 53% y el 21% dice que por cercanía.

En 93% de sus contactos con el Seguro Social, los asegurados solicitan la atención ahí por ser derechohabiente.

En resumen, los usuarios utilizan al IMSS y otras clínicas de seguridad social por baratas o cercanía, lo cual cumple con el carácter asistencial de las instituciones.

En esa misma encuesta, el 56% de los adultos considera la calidad en los servicios de salud como regular o mala cuando únicamente el 2% la califica como excelente, en Estados Unidos, por ejemplo las proporciones son 29% a regulares y malos, y 14% excelentes.

En México, el 58% de la población encuestada consideraron que las instituciones de salud los tratan como "se merecen", aunque de los adultos pobres lo consideraron así el 64%. El 24 % de los adultos consideran que el servicio es tan malo que hay que hacer cambios drásticos y el 59% piensa que hay aspectos positivos pero hay que cambiar algunas cosas.

La gente tiene muy presente el querer utilizar servicios privados, el 37% de la población se encuentra muy interesada, el 32% algo interesados. Ahora, con respecto al escoger el médico, el 40% estaría muy interesada y el 36% algo interesada.

En la encuesta nacional de salud, pero ésta vez del año 1987, los usuarios del servicio médico dieron su opinión sobre la calidad del servicio utilizado. La opinión de las mujeres entre doce y cincuenta años de edad incluyendo la atención al parto, embarazo y enfermedades crónicas y agudas fue que en el IMSS el 21%

de los servicios son insatisfactorios, mientras en IMSS-Solidaridad el 18% cuando en la medicina privada únicamente el 6% dijeron estar insatisfechas.

Con respecto al médico del IMSS y una encuesta que hizo el INEGI el 35% de los usuarios estaba a disgusto y con las enfermeras el 41%. Los servicios privados son sin duda los mejor calificados con un 10% para los médicos y 20% para las enfermeras.

Ahora, según la misma entrevista del INEGI el 53% de los usuarios del IMSS consideran como muy larga la estancia en la sala de espera, cuando solo el 26% lo considera así en la medicina privada. En los servicios de consulta externa y hospitalización en el IMSS el 25% de los usuarios calificaron la relación médico-paciente como insatisfactoria, por su parte, el 27% de los usuarios de consulta externa buscarían otro médico y el 13% de los pacientes hospitalizados lo haría también, si se pudiera. El 58% de las personas entrevistadas manifestó su deseo de recibir la atención de un médico privado.

Finalmente, los médicos del IMSS dan en promedio al día 15.9 consultas mientras que los especialistas dan 4.8, también realiza 37.1 atenciones diarias, 4.4 cirugías y presenta una ocupación promedio anual del 83%. Importante mencionar que el IMSS año con año ha estado incrementando sus consultas médicas en un porcentaje mayor a lo que se incrementan sus ingresos.

Los indicadores son significativos no es suficiente tener únicamente 28,951 camas censables a nivel nacional en el Sistema de Seguridad Social para atender a los enfermos, cerca de 5,000 cunas para recién nacidos cuando de acuerdo a estadísticas del INEGI nacen más de 8,200 bebés al día, 1711 incubadoras, 13,249 consultorios, 1000 quirófanos, etc.

Ámbito geográfico	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
Total	2 798 339	1 398 877	1 398 703	759

Nacimientos en el año 2000 en por sexo en la República Mexicana INEGI

La población Mexicana está creciendo mucho más rápido de lo que han crecido las instituciones de salud, necesitamos generar alternativas, más sin embargo el tiempo nos va comiendo.

Las madres de familia y las mujeres en la sociedad ya cuentan con el 38% de presencia dentro de la población económicamente activa mayor de 12 años, en el campo los hermanos mayores cuidan a los más pequeños, pero no tienen los recursos suficientes para mantenerlos con salud en casas no pavimentadas, sin agua potable, etc.

En el cuadro 1, se muestra la evolución que han tenido los recursos materiales en unidades médicas en servicio del Seguro Social desde 1992 hasta el 2001, en él podemos ver claramente que la proporción de crecimiento de estos conceptos con respecto al crecimiento de la población (cuadro 2) es totalmente desproporcionada. La población Mexicana en 10 años creció cerca de un 20 % mientras que los recursos materiales del Seguros Social no crecieron ni siquiera un 5 % en la mayoría de sus rubros.

CUADRO 1

RECURSOS MATERIALES EN UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, SEGURIDAD SOCIAL, 1992-2001

CONCEPTO	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% 1992 vs. 2001
Camas en Servicio	42,176	42,550	43,013	72,863	42,740	42,732	42,631	42,987	43,186	43,434	3.0%
Censables	27,603	28,142	28,491	28,294	28,230	28,226	28,118	28,334	28,622	28,951	4.0%
No censables	14,573	14,408	14,522	14,569	14,510	14,506	14,513	14,653	14,564	14,483	-0.6%
Cunas para Recién Nacidos	5,806	5,649	5,601	5,492	5,438	5,417	5,413	5,180	4,916	4,815	-17.1%
Incubadoras	1,503	1,495	1,498	1,535	1,531	1,534	1,534	1,546	1,622	1,711	13.8%
Consultorios	12,829	12,940	13,156	13,204	13,233	13,259	13,437	13,660	14,089	13,249	3.3%
Cubículos										1,026	
Quirófanos	891	923	935	943	939	937	935	951	972	989	11.0%
Salas de Expulsión	483	482	484	487	482	479	477	475	470	472	-2.3%
Laboratorios Clínicos	424	437	446	455	466	468	476	481	496	503	18.6%
Gabinetes Radiológicos	754	780	800	813	825	825	836	845	886	902	19.6%
Bancos de Sangre	27	27	28	28	28	28	28	30	31	32	18.5%
Farmacias	574	584	596	605	609	610	619	626	652	655	14.1%
Lavanderías	172	171	171	173	171	168	167	167	168	168	-2.3%
Ambulancias	858	863	867	873	872	873	877	878	896	901	5.0%

Fuente: 1992-1993, Coordinación de Planeación e Información Médica, Subdir. Médica.
1994-2001, Dirección de Prestaciones Médicas
Instituto Mexicano del Seguro Social

CUADRO 2
POBLACIÓN DE MÉXICO Y SUS ENTIDADES FEDERATIVAS, 1970-2000

Entidad Federativa	1970	1980	1990	1995	2000	% 1990 vs. 2000
Estados Unidos Mexicanos	48,225,238	66,846,833	81,249,645	91,158,290	97,483,412	19.98%
Aguascalientes	338,142	519,439	719,659	862,720	944,285	31.21%
Baja California	870,421	1,177,886	1,660,855	2,112,140	2,487,367	49.76%
Baja California Sur b/	128,019	215,139	317,764	375,494	424,041	33.45%
Campeche	251,556	420,553	535,185	642,516	690,689	29.06%
Coahuila de Zaragoza	1,114,956	1,557,265	1,972,340	2,173,775	2,298,070	16.51%
Colima	241,153	346,293	428,510	488,028	542,627	26.63%
Chiapas	1,569,053	2,084,717	3,210,496	3,584,786	3,920,892	22.13%
Chihuahua	1,612,525	2,005,477	2,441,873	2,793,537	3,052,907	25.02%
Distrito Federal	6,874,165	8,831,079	8,235,744	8,489,007	8,605,239	4.49%
Durango	939,208	1,182,320	1,349,378	1,431,748	1,448,661	7.36%
Guanajuato	2,270,370	3,006,110	3,982,593	4,406,568	4,663,032	17.09%
Guerrero	1,597,360	2,109,513	2,620,637	2,916,567	3,079,649	17.52%
Hidalgo	1,193,845	1,547,493	1,888,366	2,112,473	2,235,591	18.39%
Jalisco	3,296,586	4,371,998	5,302,689	5,991,176	6,322,002	19.22%
México	3,833,185	7,564,335	9,815,795	11,707,964	13,096,686	33.42%
Michoacán de Ocampo	2,324,226	2,868,824	3,548,199	3,870,604	3,985,667	12.33%
Morelos	616,119	947,089	1,195,059	1,442,662	1,555,296	30.14%
Nayarit	544,031	726,120	824,643	896,702	920,185	11.59%
Nuevo León	1,694,689	2,513,044	3,098,736	3,550,114	3,834,141	23.73%
Oaxaca	2,015,424	2,369,076	3,019,560	3,228,895	3,438,765	13.88%
Puebla	2,508,226	3,347,685	4,126,101	4,624,365	5,076,686	23.04%
Querétaro de Arteaga	485,523	739,605	1,051,235	1,250,476	1,404,306	33.59%
Quintana Roo c/	88,150	225,985	493,277	703,536	874,963	77.38%
San Luis Potosí	1,281,996	1,673,893	2,003,187	2,200,763	2,299,360	14.79%
Sinaloa	1,266,528	1,849,879	2,204,054	2,425,675	2,536,844	15.10%
Sonora	1,098,720	1,513,731	1,823,606	2,085,536	2,216,969	21.57%
Tabasco	768,327	1,062,961	1,501,744	1,748,769	1,891,829	25.98%
Tamaulipas	1,456,858	1,924,484	2,249,581	2,527,328	2,753,222	22.39%
Tlaxcala	420,638	556,597	761,277	883,924	962,646	26.45%
Veracruz-Llave	3,815,422	5,387,680	6,228,239	6,737,324	6,908,975	10.93%
Yucatán	758,355	1,063,733	1,362,940	1,556,622	1,658,210	21.66%
Zacatecas	951,462	1,136,830	1,276,323	1,336,496	1,353,610	6.06%

NOTA:

Cifras correspondientes a las siguientes fechas censales: 28 de enero (1970), 4 de junio (1980), 12 de marzo (1990), 5 de noviembre (1995) y 14 de febrero (2000). La división política de México y su nomenclatura han registrado diversos cambios a través de la historia.

FUENTE:

Para 1970 a 1990: I al XI Censos de Población y Vivienda.

Para 1995: INEGI. Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda, 1995. *Resultados Definitivos. Tabulados Básicos.*

Para 2000: INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. *Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal.* INEGI. División Territorial de los Estados Unidos Mexicanos de 1810 a 1995.

En agosto del 2002 en la Revista Vértigo en el artículo "el enfermo pero no desahuciado", el Director del Instituto Mexicano del Seguro Social el Lic. Santiago Levy hace un llamado urgente a la situación por la que actualmente está pasando el IMSS diciendo que prácticamente y debido a las reformas que sufrió la ley en las cuales se lograron mejoras sustanciales para los jubilados y pensionados la década del 2003 al 2011 será una época durísima para el Seguro Social derivado del régimen de jubilaciones y pensiones. Todo esto basado en que a finales de los setentas y principios de los ochentas en el instituto se crearon alrededor de 120 mil plazas, y mucha de esa población comenzará a jubilarse en los próximos años, y desgraciadamente, aunque se crearon todas esas plazas no se crearon adicionalmente las reservas financieras para pagar el pasivo laboral. De ésta forma cuando al día de hoy hay cerca de 100,000 trabajadores jubilados del mismo Instituto, dentro de 10 años habrá 230,000. Esto, aunado con las diferencias que están teniendo las enfermedades en la población son de vital importancia para determinar el futuro del IMSS.

En ese mismo artículo se menciona que al final de cuentas, en el cálculo en donde se muestra la gravedad de la situación del IMSS, en éste año, después de pagar la nómina de los trabajadores en activo, las pensiones de los propios trabajadores de la institución y las pensiones de ley que el IMSS está obligado a pagar al resto de los trabajadores de la economía, se dispone de \$ 312.00 por derechohabiente para su gasto en medicamentos, conservación y equipamiento. Lo cual si no se actúa de inmediato, en los próximos cuatro años podría verse reducido hasta \$220.00 debido que el pago de las jubilaciones de sus propios trabajadores aumentará en más de un 60% en términos reales. Y como el ingreso del instituto, aún si hay crecimiento económico, no va a incrementar en esa proporción. De esta forma, si el Seguro Social toma más recursos del gasto de operación para las pensiones, se verá traducido en una reducción del gasto disponible por derechohabiente en aproximadamente un 30%, lo cual se volvería insostenible.

El cuadro (3) muestra el tipo y número de servicios que da en un día típico el Seguro Social para la población mexicana. El cálculo de estos indicadores se elaboró en el primer trimestre del año 2002 y la fuente sobre la cual se emitieron estas estadísticas es SUI, subsistema 10 Población y Servicios Ene-Mar 2002.

Cuadro (3)

Servicios otorgados por el IMSS en un día típico total nacional.	
Promedio por Concepto Enero-Marzo	2002
Consultas otorgadas	157,502
Consultas de medicina familiar	105,930
Consultas especialidades	22,124
Consultas urgencias	15,694
Consultas dental	56,907
Egresos hospitalarios	1,771
Días Paciente	8,424
Intervenciones Quirúrgicas	1,242
Partos Atendidos	560
Análisis Clínicos	136,875
Estudios radiodiagnóstico	14,807
Estudios ecosonografía	1,866
Estudios tomografía axial computadora	597
Estudios fisiología cardiopulmonar	170
Estudios de resonancia magnética	32
Sesiones de radioterapia	668
Sesiones de inhaloterapia	6,192
Sesiones de hemodiálisis	500
Estudios de vectorcardiografía	1
Estudios de fonocardiografía	19
Estudios de hemodinámica	31
Estudios de electromiografía	68
Estudios de endoscopia	175
Sesiones de medicina física	8,335
Estudios de electrocardiografía	1,892
Estudios de electroencefalografía	126
Sesiones de medicina nuclear	1,170

Fuente: SUI Subsistema 10 Población y servicios enero-marzo 2002

1.1.5 Principales Gastos

En los cinco cuadros siguientes podemos observar el comportamiento de los Ingresos y Egresos que ha tenido el Seguro Social desde 1998 hasta el 2001. El tercer cuadro nos muestra como al cierre del año 2001, aún cuando en años anteriores habíamos tenido saldos positivos del resultado del ejercicio de alrededor de 4 ó 5 millones, ya solo se tienen \$37,105, esto no es más que el resultado de que la población crece en una diferente proporción en base a como están creciendo los recursos en salud, que ya había mencionado anteriormente y de esta forma se utilizan más los servicios médicos y el presupuesto permanece o aumenta en menores proporciones.

Estado Consolidado de Ingresos y Egresos Correspondientes al ejercicio de 1998 al 2001

INGRESOS CUOTAS

AÑO	SUMA	Obrero Patronales	Cargo del Estado	Productos de Inversiones y otros
1998	87,644,987	59,218,933	17,896,770	10,529,284
1999	108,811,327	72,899,788	21,943,976	13,967,563
2000	121,915,265	89,189,151	26,326,896	6,399,218
2001	132,552,874	97,328,510	27,818,898	7,405,466

Cuadro (1)

EGRESOS

Cuadro (2)

AÑO	Servicios de Personal	Consumos	Mantenimiento	Servicios Generales	Prestaciones Económicas
1998	38,418,100	10,740,678	1,128,907	8,833,478	15,188,576
1999	48,887,075	13,848,824	1,577,198	11,254,346	18,955,523
2000	58,475,138	15,867,364	1,422,379	5,071,432	23,088,921
2001	67,212,914	16,274,270	1,797,694	6,003,788	28,101,985
Incobrabilidades					
AÑO	Intereses	Depreciaciones y Reversión de Cuotas		TOTAL	
1998	(22640.00)	3,078,650.00		74,309,739	
1999	55,224	3,428,408.00		94,522,966	
2000	57,665	5,007,929.00		103,925,234	
2001	85,534	4,563,488.00		119,390,651	

AÑO	Excedente (1)	Provisión para Obligaciones Contractuales	Resultado del Ejercicio (2)
1998	10,279,238	4,465,202	5,814,036
1999	10,804,729	6,029,825	4,774,904
2000	12,924,437	8,491,534	4,432,903
2001	8,513,201	8,476,096	37,105

Cuadro (3)

(1) Diferencia del egreso total menos el ingreso total

(2) Resultado de restar al excedente la provisión para obligaciones contractuales

Diferencia entre Ingreso y Egreso

AÑO	Ingresos	Egresos	Ing. vs Egr.
1998	87,644,987	77,365,749	13.29%
1999	108,811,327	98,006,598	11.02%
2000	121,915,265	108,990,828	11.86%
2001	132,552,874	124,039,673	6.66%

Cuadro (4)

Crecimiento de un año a otro

AÑO	Ingresos	Egresos	Ing. Vs Egr.
1998 vs 1999	24.15%	26.68%	-9.48%
1999 vs. 2000	12.04%	11.21%	7.45%
2000 vs. 2001	8.73%	13.81%	-36.81%

Cuadro (5)

Continuando con la revisión de los números, si vemos el cuadro de diferencias entre ingresos y egresos podemos darnos cuenta de que si el ingreso estaba teniendo diferencias con el egreso de hasta 13.29 % en 1998, en el 2001 la diferencia se acortó casi a la mitad, es decir, 6.86%. Y en el cuadro comparativo de un año contra otro podemos ver claramente que en el 2001 el ingreso únicamente creció un 8.73 % vs. el 2000 cuando el egreso aumentó un 13.81%, esto en porcentaje total es un 36.81% negativo, es decir, que hay un 36.81% más de gastos que de ingresos. Suena y es alarmante, el Seguro Social, de no tener un buen proyecto y una buena planeación de sus recursos en los próximos años terminará en banca rota como hasta ahora lo han hecho muchas instituciones y sería terrible para nuestro país, políticamente, socialmente, y económicamente hablando.

Capítulo 2

Sector Asegurador

2.1 Antecedentes

La actividad de los seguros como tal existe hace muchísimos años. Las primeras semejanzas a lo que hoy en día tenemos se dieron en la antigua Mesopotamia, inicialmente la actividad se desarrollaba como forma de préstamo, que consistía en una operación entre un banquero o prestamista y un comerciante marítimo o armador (dueño de un barco) mediante la cual y sujeto a una elevada tasa de interés el banquero prestaba a un comerciante marítimo, y éste se comprometería a devolver el préstamo más los intereses al finalizar el viaje. Sin embargo, si la aventura marítima fracasaba el comerciante quedaba libre de deudas.

Para el prestamista existía el riesgo no sólo de que la aventura fracasara por causas fortuitas, sino también de que el comerciante marítimo fuera deshonesto y no regresara a pagar la deuda.

En 1347 aparece por escrito el verbo asegurar para describir esta clase de operaciones, y puede por tanto hablarse de esta fecha como la del nacimiento del Seguro Marítimo, el más antiguo de los Seguros.

En 1570 el Rey Felipe II establece una serie de normas regulares que permitirán en lo sucesivo la práctica del Seguro de Vida tal como lo conocemos en la actualidad, es decir, una medida de previsión socioeconómica sólidamente basada en principios jurídicos y científicos.

Durante el siglo XVI el Conde Anton Von Oidenburg hombre de responsabilidad social y capacidad de observación lo lleva a convertirse en el pionero de los Seguros de Incendio.

En México los antecedentes formales se remontan a 1870, cuando el código civil regula el contrato del seguro.

En 1892 se promulga la primera ley que rige las Cías. De Seguros, mexicanas y extranjeras existentes.

Con el Presidente Avila Camacho se decreta la ley de instituciones de Fianzas, con el Presidente Miguel Alemán cambia a la Ley Federal de Instituciones de Fianzas.

En 1955 con el Presidente Adolfo Ruiz Cortines se decreta el reglamento de agentes de las instituciones de seguros para el art. 55 de la ley de esa época. Hoy son los art. 23 y 24

En 1962 durante el gobierno del Presidente Adolfo López Mateos se sustituye el reglamento de 1935 del seguro de grupo apareciendo ya los factores actuariales.

En 1966 se lleva acabo la única modificación a la Ley Sobre el Contrato del Seguro que es para la forma de pago de los seguros de Daños para hacerlos como los Seguros de Vida en pagos fraccionados y se crean los art. 40 y 41 de la ley en donde el plazo es de 30 días para pagar.

En 1990 reformas a la ley general de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En 1992 Implementación del Sistema de Margen de Solvencia y Creación de la Comisión Nacional de Seguros.

En 1996 Reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para incorporar al Sector Asegurador al nuevo régimen de Seguridad Social

En 1999 autorización para operar en el mercado del Seguro de Salud (Gastos médicos totales)

En 2000 Expedición de normas por parte de la SHCP para operarlas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

En términos de Seguros, llamaremos Sector Asegurador a todas las compañías privadas que ofrecen básicamente Seguros de este tipo al mercado mexicano, así como las instituciones que las regulan.

El Sector Asegurador en México se encuentra actualmente conformado por alrededor de "70" compañías privadas, las cuales a través de sus productos pretenden en primera instancia ofrecer un servicio a la sociedad a través de una cobertura que pueda proteger un bien o solventar una pérdida material, de la salud o de la vida.

El Sector Asegurador participa primordialmente como agente estabilizador de la economía. Garantiza la permanencia de las instituciones a través del resarcimiento de su patrimonio o de la capacidad adquisitiva. También brinda servicios a través de programas de protección que en forma de paquete subsanan gastos ocasionados por algunos eventos.

El Sector Asegurador se encuentra regulado y supervisado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por medio de la Dirección General de Seguros y Valores y por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, órgano descentralizado responsable de la inspección y vigilancia del sector.

Otra de las instituciones de importancia en el Sector Asegurador es la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) que tiene la representación del sector ante el Consejo Coordinador Empresarial (CCE) del cual es socio desde 1946. El CCE tiene como propósito concentrar esfuerzos en la realización de tareas de interés común, siendo de ésta forma el enlace entre el sector privado y el gobierno.

Cada una de las Compañía que forman el Sector Asegurador tienen que constituir con una parte de las primas recibidas una reserva que garantice que podrá enfrentar en un futuro las reclamaciones que los asegurados hagan, así garantiza su permanencia y solvencia económica en el Sector.

De ésta forma las compañías de seguros han logrado penetrar muchos sectores de la población mexicana a través de sus productos, falta mucho camino por

recorrer, falta todavía mucha cultura acerca del seguro y la consciencia de él en nuestro país. El seguro, sea cual sea la protección que te brinda es algo que nadie de nosotros quisiéramos utilizar, debido a que cuando lo utilizamos es porque hemos perdido algo que en caso de poder recuperarlo nos podría acarrear un desequilibrio económico muy fuerte (el auto, un incendio, un robo, la salud, etc.), y en caso de no poderlo recuperar (Vida), tenemos la tranquilidad de que nuestros familiares o las personas a quienes asignemos como beneficiarios, recibirán una cantidad de dinero que les ayudará a su manutención una vez que nosotros ya no estemos, pero, que ojalá y jamás tengamos que utilizarlo, y que el pago de esas cuotas que le entregamos a las Compañías Aseguradoras, al final sea más para nuestra tranquilidad que para cualquier otra cosa.

Hace falta tanta cultura del seguro en México, que hoy en día todavía hay quien piensa que las Compañías Aseguradoras tienen un rol un tanto similar a los bancos, en donde, al final del periodo de cobertura que normalmente es un año, si no hubo siniestro alguno que afectara la póliza, la compañía tendrá que regresar si no la prima completa una parte de ella, esto es totalmente irreal en productos de líneas personales, sabemos que como en todo debe de haber un punto medio, obviamente el equilibrio de las Compañías de Seguros está en captar el mayor número de asegurados posibles, de tal forma que al unir las primas de todos los clientes, tanto los que tendrán o no siniestro en el año, exista ese equilibrio, es decir, que con esas primas sea suficiente en primer lugar para solventar los siniestros presentados en el periodo, para pagar a los agentes, que son a través de quienes las compañías de seguros comercializan y llevan el producto a sus clientes, sus "sueldos" aunque en realidad son comisionistas, y permitir que las Compañías de Seguros puedan tener una solvencia económica que le ayude a seguir ofreciendo sus servicios y productos y ser rentable.

Hoy en día, y gracias a las Compañías Aseguradoras, es posible ver como en cada uno de los hospitales privados de México, y de los cuales muchos son de primer nivel mundial, se atiende gente del campo, obreros, empleados y patrones, es decir, se han acortado las distancias con respecto a que hace algunos años

normalmente éste tipo de hospitales no tenían gente de todos niveles sociales. Es más, para Grupo Angeles, cerca del 70 % de su ingreso total al año es gracias a las Compañías de Seguros, esto lo arrojó un estudio que se realizó en una de las 6 Compañías Aseguradoras que se mencionarán más adelante.

Como el objetivo de este documento es presentar una alternativa de Salud a la población de México, a partir de éste momento toda la información que se manejará del Sector Asegurador será dirigida hacia el ramo de Salud.

2.2 Principales Compañías que comercializan el Seguros de Gastos Médicos

Las instituciones de seguros son importantes para el desarrollo económico de los países, promueven el ahorro interno, la capacitación e inversión de sus recursos a largo plazo, son la esencia de su actividad.

Las Aseguradoras representan al 2002 una actividad económica con más de 37 millones de pólizas en vigor y sumas aseguradas de más de 5 billones de pesos.

Actualmente existen alrededor de 23 Compañías de Seguros que comercializan sus productos de Gastos Médicos Mayores en el mercado mexicano, dentro de las principales compañías se encuentran:

- **ING – Comercial América:** Esta empresa surge de la fusión de dos compañías Aseguradoras Mexicanas, Seguros América (fundada en 1933) y Seguros La Comercial (fundada en 1936), las cuales se constituyeron en Seguros Comercial América en 1995, y que a su vez en 1997 compra Aseguradora Mexicana (Asemex) para fortalecer su mercado en el sector gobierno. En el 2001 ING Group una compañía de origen Holandés (la cual se originó en 1991 de la unión entre el Nationale – Nederlanden y el NMP Postbank Group (la primera gran unión entre una aseguradora y un banco)) y que tiene una gran importancia a nivel mundial, termina de comprar las

acciones de Seguros Comercial América que había empezado a comprar desde enero del 2000, constituyéndose ahora en "ING- Comercial América". Hoy en día y de acuerdo a información de la AMIS a diciembre del 2001, tiene cerca de 784,000 asegurados con un total de 101,000 pólizas vigentes.

- **Grupo Nacional Provincial (GNP):** Surge de la unión de dos compañías aseguradoras "La Nacional" (Fundada en 1901) y "La Provincial" (Fundada en 1936), las cuales se fusionaron en 1969 para adquirir el nombre de "Grupo Nacional Provincial", aunque la fusión jurídica no se hizo sino hasta 1992.

Hoy en día y de acuerdo a información de AMIS a diciembre del 2001, tiene cerca de 702,000 asegurados con un total de 106,000 pólizas vigentes.

- **Seguros Monterrey New York Life:** Surge de la fusión de la compañía "La Monterrey" (fundada en 1940) que en 1992 se asocia con Aetna para formar "Seguros Monterrey Aetna", y "New York Life Insurance Company" la compañía con mayor prestigio e importancia en estados Unidos (fundada en 1845), en el año 2000.

Hoy en día y de acuerdo a información de AMIS a diciembre del 2001, tiene cerca de 230,000 asegurados con casi 36,000 pólizas vigentes.

- **Seguros Inbursa:** Surge de la unión de "Seguros de México" (fundada en 1935) y "Cosmos S.A. Cía. General de Seguros" (fundada en 1956) y el "Grupo Financiero Inbursa", quedando constituida en 1992 como "Segumex – Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa".

Hoy en día y de acuerdo a información de AMIS a diciembre del 2001, tiene cerca de 227,000 asegurados con 17,929 pólizas vigentes.

- **Seguros Tepeyac:** Fue fundada en 1944, pertenece al sistema MAPFRE, primer grupo asegurador de España con operación en los cinco continentes.

Hoy en día y de acuerdo a información de AMIS a diciembre del 2001, tiene cerca de 45,000 asegurados con 16,365 pólizas vigentes.

- **Seguros Génesis:** Fue constituida como Metlife Génesis en 1991 como la primer compañía especialista en seguros de personas.

Hoy en día y de acuerdo a información de AMIS a diciembre del 2001, tiene cerca de 451,000 asegurados con 4,164 pólizas vigentes dado que se especializa en pólizas de grupo.

Estas seis compañías Aseguradoras actualmente cuentan con el 80% de los asegurados totales por el sector asegurado en Gastos Médicos Mayores, por lo que se excluyó al resto de las compañías para efectos de hacer una breve semblanza.

La estructura médica – hospitalaria que manejan las Compañías de Seguros es una estructura casi tan amplia como la totalidad de ella, los médicos que pertenecen a ésta son prácticamente los médicos que están atendiendo en ese hospital a la gente que no tiene Seguro.

2.3 Principales Indicadores

Para diciembre del 2001, las primas de Gastos Médicos Mayores tanto para pólizas Individuales o Familiares como para pólizas de Grupo en el Sector Asegurador estaban cercanas a los diez mil millones de pesos, casi el triple de lo que se obtenía cinco años atrás, es decir, en 1997.

El crecimiento del sector asegurador ha ido incrementándose fuertemente en los últimos años, gracias a esto es que el Seguro Social no ha tenido que afrontar gastos muy fuertes que sin ésta alternativa sin duda ya lo tendrían en la banca rota. Todavía hay sectores de la población hacia los cuales se pueden enfocar los productos de Salud Privados, pero no es fácil llegar a la gente y convencerlos que es una alternativa de lo que en algún momento podría si no, estar supliendo al Seguro Social, si apoyándolo para atender cada vez a más mexicanos.

En los cuadros siguientes se muestra la participación de las 6 principales compañías con respecto al mercado y se dividen en Individual y Grupo, dado que, aún cuando son básicamente productos similares, operan y tienen características y precios diferentes.

GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 vs. 1997
ING CA	182,775	297,647,500	503,333,630	735,092,900	1,003,012,944	1,230,230,828	413%
GNP	572,754	721,807,000	1,059,673,168	1,168,992,030	1,276,958,252	1,536,036,531	213%
NYL MA	160,359	212,666,070	319,058,368	385,358,002	430,244,423	495,613,724	233%
INBURSA	58,263	71,580,144	139,001,945	164,774,353	213,689,413	251,410,000	351%
TEPEYA	64,739	89,608,174	123,370,770	119,872,544	129,021,763	154,090,553	172%
GENESIS	21,012	30,529,276	55,639,795	45,832,264	37,553,037	28,581,671	94%
RESTO	63,524	64,878,003	191,714,945	227,033,092	290,523,941	436,605,933	673%
TOT GMI	1,123,426	1,488,716,167	2,391,792,621	2,846,955,185	3,381,003,773	4,132,569,240	278%

GASTOS MEDICOS GRUPO

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 vs. 1997
ING CA	384,415	578,718,600	864,636,657	1,109,887,859	1,210,229,749	1,351,520,888	234%
GNP	348,311	488,557,000	688,668,751	960,218,389	1,109,420,781	1,260,683,864	258%
NYL MA	162,919	242,993,734	331,560,644	341,131,302	351,002,242	381,113,541	157%
INBURSA	74,734	91,208,057	137,311,590	163,048,400	243,451,140	329,018,000	361%
TEPEYAC	79,524	101,477,126	46,220,882	62,220,861	63,323,633	60,543,754	60%
GENESIS	6,344	9,217,151	16,798,315	13,837,305	11,337,708	718,729,351	7798%
RESTO	321,563	429,922,131	1,008,927,762	1,298,535,508	1,743,753,438	1,413,708,410	329%
TOT GMGPO	1,377,809	1,942,093,799	3,094,124,601	3,948,879,624	4,732,518,691	5,515,317,808	284%

TOTAL GASTOS MEDICOS

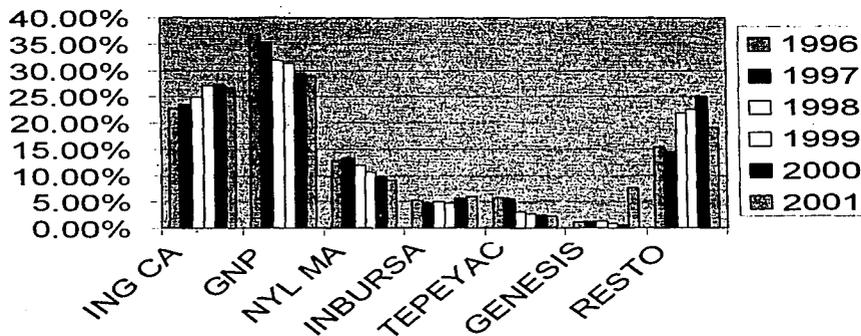
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 vs. 1997
ING CA	567,190	876,366,100	1,367,970,287	1,844,980,759	2,213,242,893	2,581,751,716	295%
GNP	921,065	1,210,364,000	1,748,341,919	2,128,210,419	2,386,379,033	2,796,720,395	231%
NYL MA	323,278	455,659,804	650,619,012	726,489,304	781,246,665	876,727,265	192%
INBURSA	132,997	162,788,201	276,313,535	327,822,753	457,140,553	580,428,000	357%
TEPEYAC	144,263	191,085,300	169,591,652	182,093,405	192,345,396	214,634,307	112%
GENESIS	27,355	39,746,427	72,438,110	59,669,569	48,890,745	747,311,022	1880%
RESTO	385,087	494,800,134	1,200,642,707	1,525,568,600	2,034,277,379	1,850,314,343	374%
Total GMM	2,501,235	3,430,809,966	5,485,917,222	6,795,834,809	8,113,522,464	9,647,887,048	281%

Prácticamente las dos Compañías que han liderado el mercado han sido GNP e ING-Comercial América, aunque compañías como Monterrey New York Life e Inbursa han ido creciendo cada vez más fuertemente acercándose a las otras dos.

Lo importante finalmente no será quien sea líder o no, sino poder captar cada vez más asegurados y de ésta forma lograr una mejora en cuanto al nivel de Salud para los mexicanos.

En la siguiente gráfica se muestra también, como han ido creciendo en participación de mercado, las compañías más importantes con respecto al Sector Asegurador y como nuevas compañías han ido también cautivando nuevo mercado.

Primas



De ésta forma, a diciembre del 2001, los porcentajes de distribución de las primas del Sector Asegurador estaban de la siguiente manera, siendo GNP el líder y a muy poca distancia ING-Comercial América (ING CA):

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ING CA	22.68%	23.54%	24.94%	27.15%	27.28%	26.76
GNP	36.82%	35.28%	31.87%	31.33%	29.41%	28.99
NYL MA	12.92%	13.28%	11.86%	10.69%	9.63%	9.09
INBURSA	5.32%	4.74%	5.04%	4.82%	5.63%	6.02
TEPEYAC	5.77%	5.57%	3.09%	2.68%	2.37%	2.22
GENESIS	1.09%	1.16%	1.32%	0.88%	0.60%	7.75
RESTO	15.40%	14.42%	21.89%	22.45%	25.07%	19.18
Total GMM	100.00%	98.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00

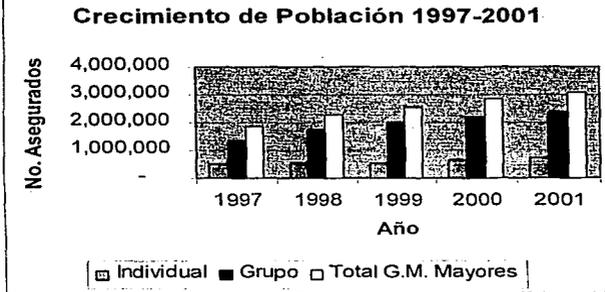
Finalmente y haciendo una estadística más o menos significativa nos encontramos con que el Sector Asegurador tiene alrededor de tres millones de Asegurados, con prima promedio por asegurado de casi \$ 3,150.00 y el siniestro promedio que se registra para dicho sector es aproximadamente de \$ 21,132.00, todas estas estadísticas de acuerdo a información de la AMIS a diciembre del 2001 como se muestra en la tabla siguiente.

TOTAL GASTOS MEDICOS 2001

	Pólizas	Asegurados	Primas Promedio	No. de Siniestros	Monto Siniestros	Sin. Promedio
ING CA	100,928	783,731	3,294.18	77,345	1,668,495,605	21,572.12
GNP	106,112	701,765	3,985.27	67,438	1,760,264,670	26,101.97
NYL MA	35,874	229,910	3,813.35	28,545	542,252,184	18,996.40
INBURSA	27,929	226,583	2,561.66	24,332	403,772,884	16,594.32
TEPEYAC	16,365	43,468	4,937.75	5,721	133,813,462	23,389.87
GENESIS	4,272	451,561	1,654.95	36,375	538,677,976	14,809.02
RESTO	52,585	652,040	2,837.73	57,760	1,239,774,103	21,464.23
TOT GMM	344,065	3,089,058	3,123.25	297,516.00	6,287,050,884	21,131.81

El crecimiento de la población asegurada en cinco años es del 67% lo que nos da la pauta para pensar que el futuro es prometedor, el cuadro y la figura siguientes nos permiten observar claramente la proporción y los crecimientos que se han dado durante ese periodo.

	1997	1998	1999	2000	2001	1997 vs 2001
Individual	498,127	522,466	540,110	662,353	721,500	44.84%
Grupo	1,350,803	1,729,287	2,011,772	2,198,769	2,367,558	75.27%
Total GM	1,848,930	2,251,753	2,551,882	2,861,122	3,089,058	67.07%



2.4 Productos de Gastos Médicos Mayores en el mercado

Actualmente la línea del Sector Asegurador se encuentra concentrada básicamente en lo que a Gastos Médicos Mayores se refiere, entendiéndose como esto, cualquier gasto en el cual el asegurado pueda incurrir a consecuencia de un accidente o una enfermedad que requiera tratamiento médico y/o quirúrgico y a partir de un gasto mínimo de una cantidad, a la cual se le llama deducible, que le permite a las Aseguradoras controlar los primeros gastos de cualquier evento haciendo partícipe al asegurado de ésta cantidad y así, marcando la diferencia entre un gasto médico mayor y menor.

Existen una serie de exclusiones que las Compañías Aseguradoras han creado para evitar que la siniestralidad sea más alta y por lo tanto el costo de los seguros, básicamente se cubre cualquier accidente o enfermedad que el asegurado pueda tener a partir de que contrata la póliza, pero no que haya tenido antes, o que, a consecuencia de éste se generen otros eventos, en el momento en que médicamente aparezcan sintomatologías de una futura reclamación, o que dichos síntomas sean aparentes a la vista se vuelve una enfermedad preexistente y éste tipo de enfermedades la excluyen los seguros de gastos Médicos Privados.

Tampoco se cubren las consultas, salvo que sean posteriores a un accidente y/o enfermedad, al que se le llama evento, o que, a través de ellas se haya determinado que el asegurado tenía cierta enfermedad.

Las características principales sobre las cuales el Sector Asegurador está asegurando a sus clientes son las siguientes:

Suma Asegurada: Van desde 50,000 hasta Sin Límite

Deducible: Existen negocios sin deducible y se puede contratar un deducible tan alto como se desee, siempre y cuando los primeros gastos sean a cuenta del asegurado.

Coaseguro: Desde 0% y hasta 40%, aunque algunas compañías tienen un tope máximo, en cuanto a cantidad se refiere, para éste concepto.

Tabla de Honorarios Quirúrgicos: Cada compañía elabora la tabla de honorarios quirúrgicos en base a su experiencia de siniestralidad y a sus Médicos y hospitales con los cuales hace convenio para la atención de sus asegurados.

Maternidad: Algunos productos lo cubren, otros no.

Medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete a consecuencia de un accidente o enfermedad, si se elaboran estudios únicamente no se cubren de manera preventiva.

Ambulancia en caso de accidente.

Gastos dentro del hospital siempre y cuando el pago del siniestro proceda, únicamente del asegurado afectado.

Se pueden adicional a la prima base una serie de coberturas que van de acuerdo a la necesidad o gusto del asegurado, con costo, que le permitirán tener mayor protección.

Existen muchas cosas que en general se cubren por los seguros de Gastos Médicos, más adelante, cuando construyamos el producto que pretendemos ofrecer como alternativa se presentará el detalle de lo que nosotros cubriremos y no.

Lo que si se cubre:

Prácticamente se cubre cualquier accidente o enfermedad en la cual el asegurado incurriera una vez contratada la póliza y los gastos que se registren a consecuencia de éstos eventos (cualquier evento que se haya presentado antes de la contratación de la póliza no estará cubierto).

- Honorarios Quirúrgicos
- Honorarios por Consultas Médicas, normalmente posteriores al diagnóstico de una enfermedad o de un accidente, o que a consecuencia de esas consultas se haya detectado una enfermedad.
- Gastos dentro del Hospital.
- Honorarios del Anestesiista, así como equipo y material médico.
- Cirugía reconstructiva a consecuencia de accidente
- Renta de aparatos ortopédicos o prótesis.
- Renta de equipo tipo hospital por prescripción médica.
- Medicamentos.
- Análisis de laboratorio, rayos X, etc.
- Padecimientos congénitos.
- Complicaciones del embarazo.
- Ambulancia terrestre hacia el hospital
- Ambulancia terrestre especializada o aérea en caso de Emergencia Médica.

Algunas compañías han empezado a cubrir preexistencia declarada, complicaciones de gastos médicos no cubiertos, Maternidad, etc.

Los asegurados tienen la opción de a través de ciertos paquetes con costo adicional a su póliza coberturas especiales como Cobertura en el Extranjero, Asistencia en viajes, etc.

También existen algunas coberturas para las cuales las Compañías de Seguros exigen un "X" tiempo de periodo de espera con la intención de bajar la

sinistralidad y de protegerse de los siniestros que no deberían pagarse por existir antes de contratar la póliza (Preexistentes). Básicamente son:

- Maternidad, se necesitan al menos 10 meses de asegurada de la madre para que se cubra el evento.
- Tratamientos de Litiasis renal, Padecimientos Ginecológicos.
- Várices.
- Insuficiencia del piso perineal
- Padecimientos relacionados con glándulas mamarias.
- Hemorroides
- Hernias
- Endometriosis, etc.

Lo que no se cubre:

En general las Compañías de Seguros no cubren éste tipo de eventos debido a la experiencia que ha habido con respecto a que hay enfermedades con las cuales se puede contratar la póliza estando enfermos, o porque el asegurado tiene una actividad riesgosa esta expuesto a un accidente o una enfermedad mucho más que el resto de la población.

- Enfermedades Preexistentes
- Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, de trastorno mental, etc.
- Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético plástico, salvo que sea a causa de un accidente o degenerativo de alguna enfermedad.
- Tratamientos contra la calvicie, obesidad, esterilidad, reducción de peso, etc.
- Adquisición de lentes de contacto, anteojos o semejantes.
- Tratamientos para corregir astigmatismo, miopía o cualquier trastorno de la refracción y estrabismo.

- Cualquier tratamiento o cuidado provocado por una lesión autoinfligida, intento de suicidio, etc.
- Lesiones del asegurado en servicio militar, actos de guerra, rebelión, etc.
- Lesiones en carreras o pruebas de autos, motos o vehículos de carreras.
- Práctica profesional de cualquier deporte.
- Tratamientos preventivos.
- Tratamientos en vías de experimentación.
- Tratamientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares no prescritas por un médico.
- Gastos fuera de la república mexicana, salvo que tenga contratada cobertura en el extranjero.
- Tratamiento para la corrección de talla baja.

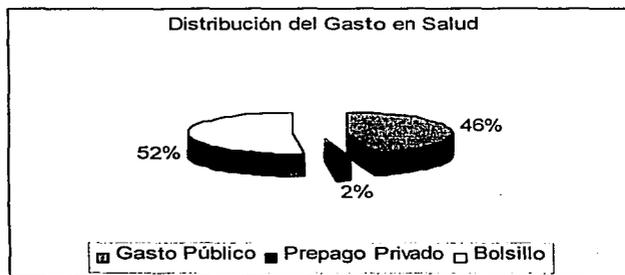
Estas son básicamente las exclusiones que se manejan en una póliza de este tipo y que es el estándar que se maneja en el mercado.

CAPITULO 3

Salud en México:

La salud en la población mexicana es un requisito indispensable para alcanzar el desarrollo económico y social. Para mejorar la salud es necesario crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independientemente del lugar de residencia de la población y de su capacidad financiera, es por eso que la idea de protección financiera hacia las familias mexicanas debe de ser uno de los grandes retos a enfrentar.

Actualmente México destina el 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto en salud. El 3.1% es privado y el 2.5% restante es gasto público, aún así, la gente sigue poniendo de su bolsillo el 52% del gasto total de Salud de acuerdo a estadísticas de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud).



El gasto público se refiere básicamente a recursos que se recaban a través de impuestos generales y las cuotas obrero-patronales de la Seguridad Social. El prepago privado lo constituyen primordialmente los seguros de gastos médicos mayores.

Como consecuencia del 52% del pago de bolsillo en el gasto total, se estima que cada año entre 2 y 3 millones de personas enfrentan gastos de más del 30% de

su ingreso disponible en Salud y 1.2 millones cruzan la barrera de la pobreza por la misma causa.

Ahora, debido a los altos costos de una atención médica, muchos enfermos deciden postergar e incluso renunciar a la misma. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud (ENSS) aplicada en el 2000 por Funsalud, el 16% de la población posterga su atención médica a causa de los costos, de éstos quienes más postergan su atención son los discapacitados (36%) y los ancianos mayores de 65 años (35%), por otra parte, la encuesta rebela que el 3% renuncia por la misma razón

Pero también es importante mencionar que las familias que gastan más del 30% de su ingreso disponible en Salud, el 85 % no están asegurados por ninguna Institución de Seguridad Social.

3.1 Factores que determinan la compra de un Seguro en México

La Salud en México como en todo el mundo ha tenido una pequeña evolución con el paso de los años, pero ha crecido de tal forma el número de habitantes en toda la República Mexicana, que hoy difícilmente todos pueden tener acceso a los servicios de Salud.

Existen cuatro criterios centrales de acceso a estos servicios, el poder de compra, pobreza, prioridad socialmente percibida y ciudadanía.

Poder de Compra: Es el que determina el acceso a los servicios en el mercado privado cuando la regulación y el financiamiento público son débiles, como sucede en este caso en México. Su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al cual se accede por medio de ingreso monetario, entónces, el mecanismo para reaccionar a los servicios es el precio.

Pobreza: Este criterio se fundamenta en que la salud se distribuye a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. En México, como en la mayor parte de América Latina, este criterio ha tomado cuerpo en el concepto, hoy obsoleto de la Asistencia Pública, cuyas instituciones típicas han sido los ministros de salud convencionales. Como mecanismo de racionamiento este criterio suele generar barreras burocráticas, incluyendo los procedimientos para establecer la necesidad financiera, las colas en espera de los servicios, los horarios restringidos y el mal trato a los usuarios.

Prioridad Socialmente Percibida: Este criterio se basa en el hecho de que se beneficia únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios, ya sea porque tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica. Una vez reconocida esa prioridad, el Estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al mismo Estado. Esta contribución no solo asegura el financiamiento de los servicios, sino que además define un derecho de atención a la salud, aunque sí, para grupos limitados de la población.

Cada uno de los tres principios anteriores, han dado lugar a tres sectores institucionales diferentes que son el sector privado, la asistencia pública y la seguridad social respectivamente.

Ciudadanía: Las inequidades a las que han dado lugar los criterios anteriores han hecho necesario el desarrollo de una nueva forma de distribuir la atención a la salud, con la finalidad de cerrar la brecha entre sus beneficios potenciales y el acceso real de la población a ellos. Este criterio es la ciudadanía, es el único criterio que por definición no restringe a algún grupo en particular, porque incluye a todos los individuos de un país, pero ahora, dicho mecanismo deriva de la evidencia sobre el costo y la efectividad de los servicios, de la conformidad. Si realmente se considera a la protección de la salud como un derecho, la

efectividad y los costos se convierten en los únicos criterios efectivamente válidos y socialmente aceptables de distribuir los servicios para lograr el máximo bien en común.

El criterio de Ciudadanía se sustenta entonces, en la correcta relación costo - efectividad de los servicios, así como en la solidaridad.

La incertidumbre por la pérdida de la Salud se puede abordar agregando los riesgos individuales por medio de los seguros médicos. Esta agregación de riesgos se vuelve predecible a través de cálculos actuariales mediante los cuales se permite administrar la incertidumbre al lograr la solidaridad de los sanos para con los enfermos, es decir, al tener una población sana y otra enferma, entre ambas adquieren la administración de sus gastos de salud. De esta forma, por ejemplo, se puede eliminar la posibilidad de que una persona tenga que enfrentar gastos catastróficos para atender su salud o la de sus familiares.

Considero que el gran problema del sistema de Salud Mexicano es que persiste la aplicación simultánea de los criterios de poder de compra, pobreza y prioridad social, que conducen a la segmentación del sistema, lo cual genera inequidad, ineficiencia y baja calidad. El estado entonces, ha tenido y tendrá un papel muy importante que jugar dentro de los sistemas de salud, sin embargo, éste papel no tiene que ser monopolístico o burocrático. El principio de ciudadanía enfatiza la necesidad de mantener un marco de liderazgo público para alcanzar los propósitos de la equidad, la calidad y la eficiencia. Sin embargo, no hay nada en ese principio que sea contradictorio en un sistema plural de salud, donde se logre la mezcla óptima de funciones entre los sectores públicos y privados. De hecho eso es lo que permitirá y hoy en día le está permitiendo a parte de la población que no podía tener acceso a un hospital privado por los altos costos, a través de un seguro privado atenderse en este tipo de hospitales, y a su vez, le deja recursos que pudo haber utilizado al Seguro Social para que los emplee en la gente que no tiene acceso a ellos.

3.2 Misión del Sistema de Salud

La misión del sistema de salud es poder unir fuerzas entre los sectores para de ésta forma mejorar al máximo las condiciones de salud de la población, reduciendo desigualdades, conteniendo lo más posible los costos, satisfaciendo a los usuarios y creando nuevas condiciones de trabajo para los prestadores de servicio.

Esta misión entonces encierra cinco grandes objetivos por los que el sistema de Salud debe luchar:

1. Alcanzar los mayores niveles de Salud que la Ciencia y la tecnología hacen posibles.
2. Reducir lo más posible las desigualdades en los niveles de salud que persisten en las diferentes regiones geográficas y grupos sociales.
3. Controlar el aumento de los costos de atención médica, para que de esta forma sean compatibles con las capacidades económicas de la comunidad.
4. Respetar la autonomía y los valores de los usuarios, de esta forma quedarán satisfechos.
5. Generar oportunidades justas de desarrollo profesional para médicos, enfermeras y el resto del personal de salud, reconociéndoles su desempeño.

Los determinantes de los niveles de salud, considero, son múltiples e incluyen factores ambientales, económicos, sociales, culturales, etc. y su manejo se encuentra fuera del control directo de las instituciones de atención a la salud.

Las principales características que deberá tener el sistema de salud para ser efectivo son anticipatorio, accesible, equitativo, solidario, plural, descentralizado, regionalizado, participativo, vinculado al desarrollo, de alta calidad, eficiente, racional, etc.

3.3 Indicadores de Morbilidad, Mortalidad, etc.

El Peso de la Enfermedad en México

Ya se había comentado con anterioridad que hoy el sistema de Salud está siendo víctima de sus propios avances, es decir, con el control y el avance de la Ciencia, los niveles de bienestar están aumentando y con eso la esperanza de vida.

Nuestro sistema de salud, a partir de los años 90's se ha encontrado con un doble reto que le impone la confrontación de problemas nuevos con problemas viejos. Por un lado están las enfermedades infecciosas, desnutrición, y todo el rezago epidemiológico y por otro lado las enfermedades no transmisibles que representan los problemas emergentes. En el sistema de salud Mexicano, aún imperan notables desigualdades así como elevados niveles de exposición de la población a factores que dañan la salud.

Los pobres, por ejemplo, presentan un riesgo mucho más alto que los que nos son pobres de morir en edades tempranas, aún con enfermedades que han sido superadas por el resto de la población.

El crecimiento de la Población

México ha tenido un comportamiento extraño con respecto a su evolución en el tiempo. A partir de 1930 y hasta la fecha, la mortalidad en la población ha ido descendiendo, sin embargo, la natalidad no empieza a caer sino hasta los años 70's. En periodos muy cortos de tiempo la población se ha ido duplicando sin poderlo detener, entre 1930 y 1958 se presentó la primera duplicación, para 1981 ya se había duplicado otra vez y es probable que de acuerdo a las proyecciones para 2025 se vuelva a presentar éste fenómeno.

Con la caída de la fecundidad y la natalidad, está pasando algo que hasta ahora no se había presentado y es que la proporción de niños con respecto a los adultos está disminuyendo. Este es un problema serio, porque para el año 2020

aproximadamente la población de niños menores de 15 años descenderá en proporción con el total de la población del 39% a un 30%; mientras que la población de adultos aumentará de 55.6 millones que había en el 2000 a 70.5 millones aproximadamente en el 2020.

El aumento de las enfermedades no transmisibles (tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, etc.) constituye una clara evidencia del envejecimiento de la población, que seguramente se reflejará en una mayor demanda de atención y un peso de la enfermedad mayor al que tiene actualmente. Este entonces, será uno de los grandes desafíos para el sistema de Salud en México, saber enfrentar este peso de la enfermedad.

3.4 Cambios en la mortalidad

Entre 1985 y el año 2000, la tasa bruta de mortalidad cambió de 31 a 4.7 defunciones por cada 1000 habitantes vivos. Así la esperanza de vida ha cambiado de 40.4 a 68.7 en los hombres y de 42.5 a 74.6 años en las mujeres.

Entonces hay básicamente tres factores que han caracterizado la transición epidemiológica a) estructura por edades de la mortalidad, b) principales causas de muerte; c) peso relativo de la morbilidad vs. Mortalidad.

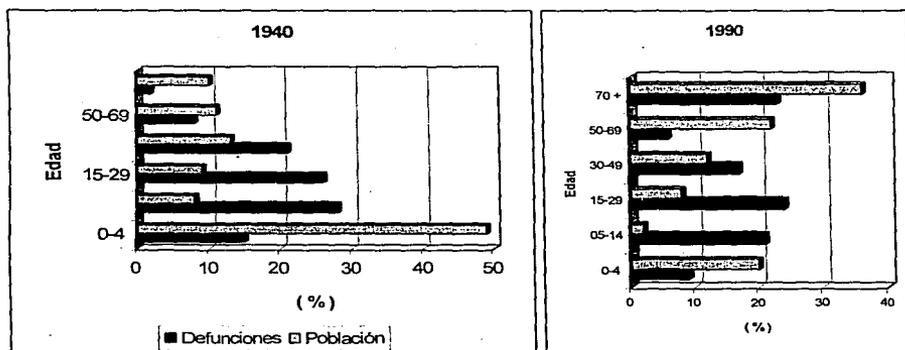
a) Cambios en la distribución por edades de la mortalidad

Hace 60 años, la estructura de la mortalidad en México era muy diferente a la que actualmente tenemos, 1 de cada dos defunciones ocurría antes de los 5 años de edad, lo cual se mantuvo hasta que en los años 70's comenzó a descender, de esta manera, se calcula para el año 2020 la proporción de muertes será 1 de cada 10.

Hay básicamente dos razones por las cuales ha habido cambios significativos en la mortalidad, la primera es el descenso de las tasas de incidencia y letalidad de las enfermedades infecciosas, que beneficia mayormente a la población joven y la

segunda el cambio en la estructura de edades de la población, la cual es producto de la transición demográfica y que genera un mayor número de adultos. En la siguiente figura se muestra el porcentaje de defunciones en los diferentes grupos de edades en 1940 y en 1990.

Defunciones vs. Población



Fuente: S.S.A. Compendio Histórico, Estadísticas Vitales

Es importante hacer consciencia sobre éste número, la población Mexicana se está haciendo vieja, y en unos cuantos años, la cantidad de ancianos que habrá será mucho mayor que la de niños y adolescentes.

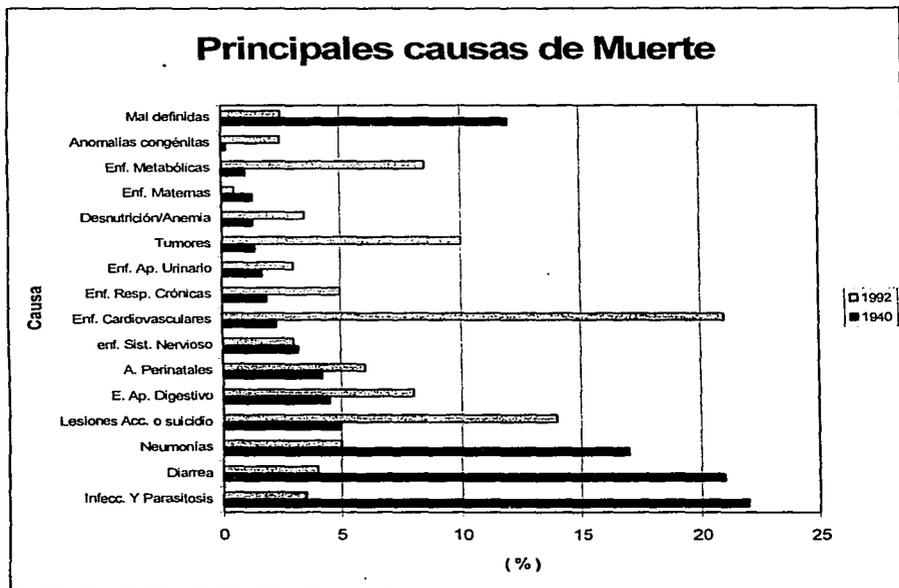
b) Cambios en las causas de muerte.

Definitivamente, en los años 40's las causas de muerte en México eran muy diferentes a las causas que hoy tiene la población mexicana, la gran mayoría de las causas de muerte eran por infecciones y parasitosis, diarreas o neumonías, para el año 1992 la primera causa de muerte era las enfermedades cardiovasculares seguida de tumores y accidentes.

A la par que se empiezan a combatir las enfermedades infecciosas empiezan a surgir los padecimientos no transmisibles (salvo algunas excepciones) como principales causas de muerte. Entre los principales problemas emergentes destacan, las afecciones cardiovasculares, los tumores malignos, la patología renal, etc.

Entre 1940 y 1992 los tumores malignos incrementaron de un 1.2 % a 10.06% de la mortalidad general. Las enfermedades cardiovasculares de un 2.3% a un 21%.

La tabla que se presenta a continuación muestra una comparación entre ambos años:



Fuente: S.S.A., Anuario Estadístico 1943.

S.S.A./D.G.E.I.E., Mortalidad 1992

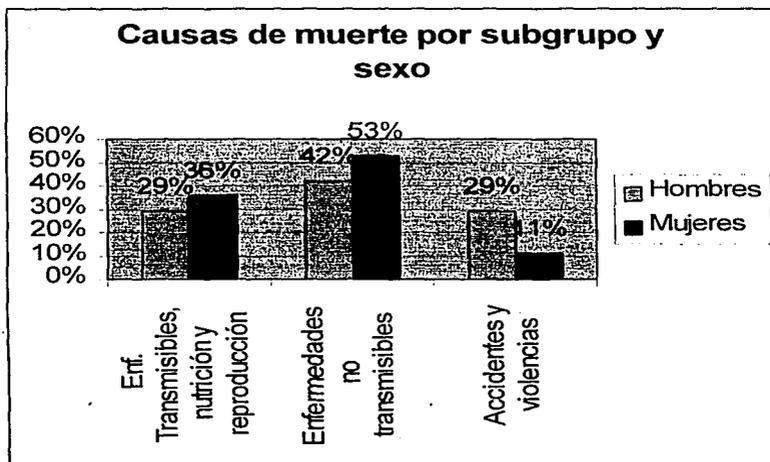
Como se ve en el cuadro anterior, las causas de muerte han ido evolucionando de acuerdo a la evolución de la población y la Salud en México. Hace 60 años las infecciones y parasitosis eran la principal causa de muerte, esto se debía en primera a que no había la información ni las campañas necesarias para que la población tuviera acceso a la prevención de éste tipo de enfermedades, segundo porque las condiciones en las que vivía la mayoría de la población en ese entonces no permitía una buena higiene, tercero, la penetración de los sistemas de Salud principalmente el IMSS a través del territorio nacional, combinado con la educación en la población mexicana que ha evolucionado, y finalmente, que hace 60 años la proporción de niños que nacía con respecto a los adultos que había es mucho menor a la que ahora hay. En cambio en el año 2000 la gente vieja ha empezado a crecer en cuanto a proporción de la población, esto combinado con el mayor acceso a clínicas de Salud, el avance considerable en la medicina y el acceso a la información médica nos justifica que las principales causas de muerte sean Enfermedades Cardiovasculares, tumores, enfermedades del aparato digestivo, etc. La población mexicana ha pasado de estar enferma a ser enferma, es decir, las enfermedades hace 60 años nos impedían ir a trabajar por nuestra condición de estar enfermos, una infección, diarrea, etc., ahora, por ejemplo, un diabético, alguien con problemas del corazón, etc., a pesar de ser enfermos pueden ir a trabajar y realizar sus actividades normales de la jornada laboral.

Si dividiéramos las causas de muerte en México en básicamente tres grupos:

1. Enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (rezago epidemiológico)
2. Enfermedades no transmisibles (Problemas emergentes)
3. Accidentes y violencia (Problemas emergentes)

Nos encontraríamos con las siguientes estadísticas:

Las muertes por accidentes o causas violentas en hombres son más del doble de la proporción con respecto a las mujeres, es decir, el 29% de las muertes en los hombres mexicanos son por éste concepto cuando en mujeres es solo un 11%. Sin embargo, las mujeres tienen porcentajes mayores que los hombres para los rubros de enfermedades transmisibles, de nutrición y/o reproducción y para el de enfermedades no transmisibles, siendo estos porcentajes 36% y 53% respectivamente y para los hombres 29% y 42% como se muestra en la siguiente figura.

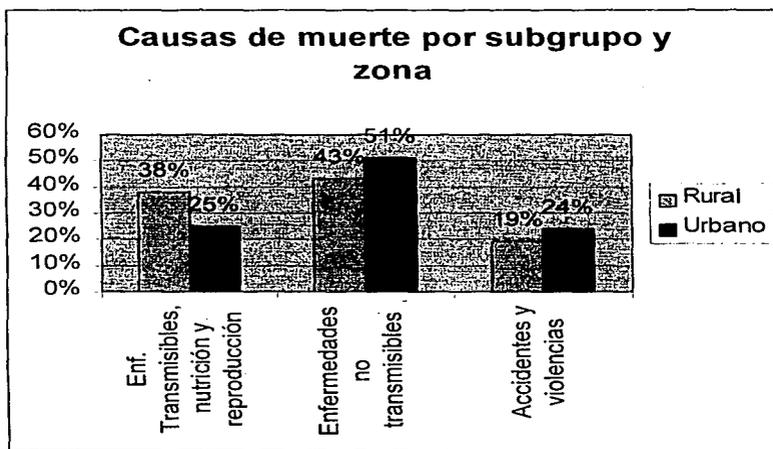


Ahora, si revisáramos esos mismos rubros de enfermedades pero por zona geográfica, es decir, rural o urbana, encontramos una cierta lógica con respecto a que en zonas rurales se muere más gente a consecuencia de enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción, 38%, cuando en la zona urbana muere el 25% por estas causas. Menciono que es de cierta forma lógico porque

sabemos que en las zonas rurales hay menos opciones de acceso a los sistemas de salud, niveles económicos normalmente más bajos y también niveles de educación menores a los que hay en zonas urbanas, los cuales, al final de cuentas son factores determinantes para los números que estamos analizando.

En cuanto a enfermedades no transmisibles, accidentes y violencia las zonas urbanas muestran un mayor porcentaje de muertes y esto viene un poco ligado con el tipo de vida, las diferencias sociales y acceso a los sistemas de Salud.

Esto también nos confirma un poco que si existe una pequeña diferencia en morbilidad y mortalidad por género y por zonas geográficas.



Considero entonces que tenemos que crear los medios y la cultura necesarios para enfrentar nuestras enfermedades a futuro, esas enfermedades largas, desgastantes y costosas que de nuestro bolsillo no podremos pagar durante el tiempo que las tengamos.

Dentro de las principales causas de muerte hasta el 2000 de acuerdo al INEGI se encuentran las enfermedades del corazón con un 15.7%, los tumores malignos

con 12.6%, enfermedades del hígado 6.3%, enfermedades cerebrovasculares 5.8%, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 2.5%, creo que es hacia éste tipo de enfermedades que debemos de enfocarnos e intentar prevenirlas, y en caso de que esto no se pueda, poder atenderlas de inmediato para que la posibilidad de curarla sea mucho más grande que cuando se detectan los problemas muy avanzados.

Además, éste tipo de enfermedades normalmente nos llevan a pasar muchos días en el hospital, sobre todo cuando nos encontramos en fases intermedias o avanzadas, éstos días, además de lo tormentosos que pueden ser por el sufrimiento, el dolor y la incertidumbre de vida, pueden serlo mucho más cuando nuestra familia depende del ingreso que nuestro trabajo aporta, también éste es un punto vulnerable para comenzar a controlar, o mejor dicho, empezar a encontrar la alternativa para que en caso de pasar algunos días en el hospital, tengamos una fuente de ingresos que supla el que estamos dejando de percibir.

El porcentaje de accidentes mortales que hoy en día tenemos es también muy alto, cercano al 13%, por lo que para éste tipo de situaciones también tendremos una propuesta.

CAPITULO 4

Construcción y fundamentación de propuesta

La propuesta será entonces la creación de un seguro privado para enfermedades catastróficas, consideradas como éstas básicamente las que se mencionan a continuación, con la intención de que el asegurado una vez que se le presente un evento de este tipo pueda tener una correcta atención y si es posible la cura de su enfermedad. Adicional a esto se propondrá un seguro que permita que por cada día que el asegurado este impedido para realizar sus actividades laborales por hospitalización, ya sea por accidente o enfermedad, se le pague una indemnización que compense el ingreso que este obtendría de no estar incapacitado.

4.1 Mercado Potencial:

Para diciembre del 2001, el total de Asegurados en el Sector Asegurador de Accidentes y Enfermedades era de 15,776,341 (16.26% del total de la población) y en Gastos Médicos Mayores 3,089,058 (casi 3%), esto nos indica que hay una gran parte de la población a la cual todavía podemos otorgarle algún beneficio. Es claro que difícilmente podremos abarcarla en su totalidad, pero la idea es poder elaborar una propuesta atractiva, para solucionar algunas de las tantas carencias que hoy en día tenemos y la forma de elaborar esa propuesta es generando alternativas dirigidas a sectores específicos.

Ya habíamos mencionado que la población que normalmente puede pagar un seguro de Gastos Médicos es aquella población que percibe por encima de 10 salarios mínimos de ingresos mensuales, la idea es crear un mecanismo que nos permita llegar a la gente que percibe entre 5 y 10 salarios mínimos, que será nuestro mercado potencial y que es la que podría pagar nuestra propuesta. De esta forma, los recursos que dejen de utilizar las personas que comprenden y tengan la necesidad de utilizar nuestros productos, los podremos destinar a la gente que

no puede pagar una alternativa como esta, y en esa medida podremos ayudar a tener una alternativa más para la Salud en México.

De acuerdo al Censo General de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el año 2000, existe un total de 33,730,210 personas que son económicamente activas y reciben alguna remuneración por su trabajo, de las cuales 2,701,452 perciben entre 5 y 10 salarios mínimos, hacia ellos tenemos que dirigirnos.

4.2 Catastróficas

1)- Crear un seguro privado que cubriera exactamente las enfermedades que hoy son las principales causas de muerte podría ser un arma de dos filos puesto que habría que considerar que si tiene poca captación y el "futuro Asegurado" no ve, obviamente en este seguro una oportunidad para él, no lo comprará, esto quiere decir, que si no encontramos la forma de hacer consciente a nuestros prospectos de lo que pretendemos con nuestra propuesta y que puede evitarles gastos fuertes en un futuro así como asistencia precaria y largos días de espera para la prestación del servicio, y que él a cambio, mediante ésta opción podría ceder a la gente que realmente no tiene acceso a un seguro privado las atenciones en el Seguro Social, nuestro mercado cautivo probablemente se reduciría muchísimo, de tal forma que quizá quienes nos compraran éste tipo de seguro solamente fueran personas que por sus antecedentes médico familiares fueran propensos a cualquiera de las enfermedades que queremos cubrir y esto sería totalmente perjudicial para todos, principalmente para las Compañías Aseguradoras que basan el éxito de los productos y del proyecto en si, en poder captar muchos asegurados y que no todos estos utilicen la póliza, esta no es sino la forma tradicional en la que trabaja cualquier compañía de Seguros, en las cuales, la suma de las primas que paga la población que no tiene un siniestro ayuda a solventar los gastos de la población que si tiene siniestro a cambio de unas primas que realmente son pequeñas en función del gasto que se haría de no contar con la protección de dicho seguro.

Dentro de ésta cobertura se consideraron únicamente 6 eventos que primordialmente hay que cubrir en base a su severidad e incidencia en la población mexicana, éstos son: Infarto al Miocardio, Cirugía de Coronarias, Accidente Vascular Cerebral, Cáncer, Insuficiencia Renal y Transplante de órganos menores. Básicamente estos eventos son los que se presentan con mayor frecuencia y sobre los cuales trabajaremos para evitarle un desequilibrio económico a la familia.

Debido a que la intención de esta cobertura es poderle otorgar al asegurado, a través de los hospitales y médicos de convenio que tienen las Compañías Aseguradoras la atención médica para su enfermedad, y en el caso de fallecimiento o de que el asegurado llegue a recuperarse de dicha enfermedad, la Compañía Aseguradora deberá entregar el resto de la Suma Asegurada que no se gastó en el tratamiento, al asegurado o a sus dependientes económicos asignados como beneficiarios en caso de fallecimiento.

La edad máxima de aceptación de ésta cobertura es hasta 65 años. Dentro de la póliza pueden quedar asegurados tanto el titular como la (él) cónyuge, así como sus dependientes económicos menores de 25 años, sin pagar ninguna cuota adicional, esto es debido a que el cálculo se hizo basándose en estimaciones por familia tipo. Cabe mencionar que la edad que se tomará para cobrar la prima será la del Asegurado más grande de la póliza (Titular o cónyuge).

Las enfermedades a cubrir son las siguientes:

Infarto al miocardio.

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las Enzimas Cardíacas en la Sangre Periférica.

Para el pago de esta cobertura se procederá siempre y cuando:

El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

El infarto al miocardio determine incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

Cirugía de las Coronarias.

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (bypass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio.

La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.

Queda específicamente excluido cualquier otro tipo de intervención (angioplastia, trombólisis).

Accidentes Vascular Cerebral.

Cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.

Cáncer.

La presencia corporal de células con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos. Esto incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

Queda específicamente excluido cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como pre-malignos y cualquier clase de cáncer no-invasivo o in-situ (quedan cubiertos los melanomas malignos).

Insuficiencia Renal.

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que requiere de tratamiento de diálisis.

Trasplante de Órganos Mayores.

Se cubren únicamente los de corazón, pulmón, hígado y riñón (como receptor).

Debido a que no tenemos antecedentes en base a la experiencia de las Compañías con respecto a éstas enfermedades se utilizó la información de un Reasegurador al cual le llamaremos "Empresa X" para evitar el mal uso de su nombre, para estimar tasas de incidencia por enfermedades graves como cáncer, infarto, accidentes vascular cerebral (AVC), insuficiencia renal, enfermedades de las arterias coronarias que requieren cirugía y trasplante de órganos mayores (anexo 1), así mismo se utilizó información estadística del Seguro Social donde se maneja el número de hijos por asegurado y cónyuge (anexo 2, información a dic. 1994).

De acuerdo a lo anterior, la edad promedio de los hijos dependientes económicos es de 15 años, la incidencia que presenta la "Empresa X" es a partir de los 18 años, por lo tanto se considera que la tasa de incidencia por enfermedad $i_x(\text{hijo})$ entre las edades x y $x+1$ para todos los caso será la misma, es decir: $i_x(\text{hijo}) = 0.56$

Para la construcción de las tarifas utilizaremos las siguientes fórmulas y valores:

TARIFA

La prima neta para esta cobertura que se ofrece a todos lo participantes de la póliza es:

$$PN_{x:1} = V^{(1/2)} * (i_x^{(\text{enfer})} + i_x^{(\text{cny})} * pp_x^{(\text{cny})} + i_x^{(\text{hijo})} * pp_x^{(\text{hijo})}) * 1,000$$

donde:

$x^{(aseg)}$ Edad del asegurado titular.

$x^{(cmy)}$ Edad del cónyuge.

$x^{(hijo)}$ Edad del hijo.

$i_x^{(aseg)}$ Tasa de incidencia por enfermedad entre las edades x y $x+1$.

$i_x^{(cmy)}$ Tasa de incidencia por enfermedad entre las edades x y $x+1$.

$i_x^{(hijo)}$ Tasa de incidencia por enfermedad entre las edades x y $x+1$.

$PP_x^{(cmy)}$ Proporción de asegurados entre las edades x y $x+1$ con cónyuge.

$PP_x^{(hijo)}$ Numeró promedio de hijos por asegurado entre las edades x y $x+1$.

$\sqrt{(1/2)}$ Valor Presente de la tasa de interés $(1+i)^{-1/2}$
Con $i = 6\%$

La Prima de Tarifa entonces, deberá considerar la comisión que llevará el Agente, así como los gastos de Administración y la utilidad deseada por la Compañía que en éste caso suman un total de 37%, de ésta forma:

$$PT_x = \frac{PN_{x+1}}{1-C}$$

donde $C = 37\%$.

Anexos utilizados:

ANEXO 1				
Tablas de incidencia por enfermedad				
Edad	Hombres		Mujeres	
	ix		ix	
18	0.56		0.67	
19	0.56		0.67	
20	0.56		0.67	
21	0.56		0.67	
22	0.56		0.67	
23	0.63		0.73	
24	0.70		0.80	
25	0.77		0.87	
26	0.86		0.95	
27	0.95		1.03	
28	1.06		1.12	
29	1.18		1.22	
30	1.31		1.33	
31	1.37		1.37	
32	1.42		1.40	
33	1.58		1.52	
34	1.75		1.66	
35	1.95		1.81	
36	2.16		1.97	
37	2.40		2.15	
38	2.67		2.34	
39	2.96		2.55	
40	3.29		2.78	
41	3.66		3.03	
42	4.06		3.30	
43	4.51		3.60	
44	5.01		3.92	
45	5.56		4.27	
46	6.18		4.66	
47	6.87		5.08	
48	7.63		5.53	
49	8.47		6.03	
50	9.41		6.57	
51	10.45		7.16	
52	11.60		7.81	
53	12.89		8.51	
54	14.32		9.27	
55	15.90		10.10	
56	17.66		11.01	
57	19.62		12.00	
58	21.76		13.08	
59	24.20		14.25	
60	26.88		15.53	
61	29.85		16.93	
62	33.16		18.45	
63	36.83		20.10	
64	40.90		21.91	
65	45.43		23.88	

ANEXO 2				
Estadísticas del Seguro Social				
Proporción de Asegurados con cónyuge y número promedio de hijos				
Edad Asegurado	Edad Cónyuge	Prop. Aseg c/cónyuge	Hijos Prom.	
15	17	0.51%	-	-
16	17	0.82%	-	-
17	18	1.64%	-	0.00
18	18	3.46%	-	0.01
19	19	6.21%	-	0.02
20	20	12.94%	-	0.04
21	21	18.71%	-	0.06
22	22	25.18%	-	0.09
23	22	31.72%	-	0.15
24	22	38.22%	-	0.22
25	23	44.35%	-	0.29
26	23	51.55%	-	0.40
27	24	57.68%	-	0.51
28	25	61.20%	-	0.66
29	25	65.41%	-	0.81
30	26	66.41%	-	0.95
31	27	68.28%	-	1.15
32	27	69.12%	-	1.35
33	28	70.22%	-	1.55
34	29	72.85%	-	1.76
35	29	73.46%	-	1.94
36	30	73.03%	-	2.14
37	31	73.51%	-	2.27
38	31	74.07%	-	2.41
39	32	74.79%	-	2.51
40	33	74.45%	-	2.62
41	34	73.74%	-	2.60
42	35	73.92%	-	2.55
43	36	74.13%	-	2.49
44	37	73.88%	-	2.42
45	37	73.39%	-	2.35
46	38	74.52%	-	2.26
47	39	77.99%	-	2.17
48	40	76.94%	-	2.09
49	41	76.12%	-	1.98
50	42	75.10%	-	1.88
51	43	77.78%	-	1.72
52	44	75.16%	-	1.58
53	44	76.26%	-	1.15
54	45	76.11%	-	1.30
55	46	74.70%	-	1.60
56	47	76.25%	-	1.03
57	48	75.37%	-	0.95
58	49	74.99%	-	0.86
59	49	77.15%	-	0.79
60	50	74.87%	-	0.70
61	51	78.23%	-	0.63
62	52	74.72%	-	0.56
63	53	77.59%	-	0.51
64	54	74.99%	-	0.46
65	54	75.99%	-	0.44
66	55	73.48%	-	0.40
67	56	73.98%	-	0.38
68	56	70.84%	-	0.35
69	57	73.92%	-	0.32

Ejemplo de construcción de Tarifa Neta:

Supongamos que la edad del Asegurado más grande de la póliza son 55 años, de acuerdo al anexo 2 la edad del cónyuge es 46 años, la proporción de asegurados con cónyuge de esa edad es 74.7%, el número promedio de hijos es 1.6, de acuerdo al anexo 1 la tasa de incidencia del hombre de edad 55 es 15.9 (Suponemos que el Asegurado más grande de la familia es el hombre, que se cumple en la gran mayoría de los casos) y la tasa de incidencia de la mujer es 4.66., la tasa de incidencia de los hijos ya habíamos mencionado que será 0.56 de ésta forma:

$$PN_{55} = .9713 * (15.9 + (4.66 * 0.747) + (0.56 * 1.6))$$

$$PN_{55} = 19.695$$

Entónces

$$PT_{55} = \frac{19.695}{1 - 0.37}$$

$$PT_{55} = 31.26$$

Siguiendo el mismo procedimiento para cada una de las edades correspondientes y utilizando las medias para determinar las tarifas en base a quinquenios que es

Edad	Cuota al millar
00-19	0.90
20-24	1.20
25-29	2.62
30-34	4.45
35-39	7.21
40-44	10.52
45-49	15.53
50-54	23.42
55-59	37.50
60-65	67.40

como generalmente se manejan los productos de Gastos Médicos Mayores llegamos a lo siguiente:

Realicé un ajuste en las edades de 50 años en adelante del 20% debido a que es probable que a partir de éstas edades se comiencen a desarrollar las enfermedades que vamos a cubrir y con la única intención de poder captar más mercado que nos ayudará a tener una mejor experiencia de nuestro producto.

Adicionalmente a esto generé tarifas para éste mismo rango de edades, para el caso de que solo quisieran asegurar una persona y de acuerdo a que aproximadamente el promedio de asegurados por póliza individual es de 2 personas como se ve en el cuadro que a continuación se presenta:

GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL 2001

	Pólizas	Asegurados	Primas Promedio	No. de Siniestros	Monto Siniestros	Sin. Promedio
TOT GMI	328,640	721,500	5,727.75	97,364.00	2,375,356,253	24,396.66

Amis, Estadísticas a diciembre del 2001

De ésta forma, nuestras tarifas a ofrecer para éste producto son las siguientes:

Tarifa Familiar:

Edad	Cuota al millar
00-19	0.90
20-24	1.20
25-29	2.62
30-34	4.45
35-39	7.21
40-44	10.52
45-49	15.53
50-54	18.74
55-59	30.00
60-65	53.92

Tarifa individual para mayores de 50 años:

Edad	Cuota al millar
50-54	9.37
55-59	15.00
60-65	26.96

Las Sumas Aseguradas que se manejarán para nuestra propuesta podrán ser desde \$100,000 hasta \$1,000,000, que lógicamente será el asegurado quien decida que cantidad contratar.

4.3 Indemnización

II) El objetivo de ésta segunda opción es otorgar a la persona asegurada con ésta cobertura una indemnización diaria durante el tiempo que se encuentre hospitalizado por alguna enfermedad y/o accidente, ya sea en un hospital Privado (que es la idea principal) o en un hospital Público, dentro de la República Mexicana mientras la póliza se encuentre vigente.

Existe mucha gente hoy en día, que vive prácticamente del salario que percibe del comercio, de las comisiones por ventas de cualquier producto, etc., e incluso la mayoría de la gente nos vemos afectados seriamente en nuestra economía por un día que no laboremos. Mientras las personas se encuentran hospitalizadas no solamente dejan de percibir un salario (en la mayor parte de los casos), sino que los gastos que se requieren para medicamentos y otras cosas suele ser bastante fuertes. La idea de esta alternativa es otorgar una indemnización diaria al asegurado afectado que pueda reemplazar ese ingreso que no está percibiendo o en su defecto ayudar a la compra de los medicamentos durante la enfermedad..

La indemnización diaria podrá manejarse con periodo de espera o sin él, esto quiere decir que el asegurado podrá decidir a cambio de un descuento en su prima anual, únicamente al momento en que esta solicitando el seguro, si quiere

que se le pague desde el primer día completo de hospitalización o a partir de uno, dos, tres, o más días.

Es importante mencionar que para solicitar cualquier cantidad entre \$500 y \$1,500 de indemnización diaria no será necesario presentar ante la Compañía Aseguradora comprobante de ingresos, pero a partir de \$1,500 ya será un requisito indispensable presentarlo.

Para realizar los cálculos de los costos que manejaremos para ésta propuesta utilizamos la tabla de morbilidad que se presenta en la Tabla 1, así como el promedio de días de hospitalización que calculamos en base a las estadísticas que nos proporcionó una Compañía Aseguradora a la cual llamaremos Seguros X para no afectar sus intereses (Tabla 2).

Debido a que todas las propuestas de Seguros de Salud que tiene la Compañía están agrupadas generalmente por quinquenios de edades, salvo el primer grupo que va de 0-19 años, utilizaremos el mismo concepto.

Prima Neta

La prima de Indemnización Diaria por la Hospitalización se obtiene a partir de:

$$PNh(x,x+a) = DPHh(x,x-a) * Mh(x,x+a) \quad y$$

$$PNm(x,x+a) = DPHm(x,x+a) * Mm(x,x+a)$$

Donde:

PNh(x,x+a): Prima Neta por persona del sexo masculino entre las edades x y x+a

PNm(x,x+a): Prima Neta por persona del sexo femenino entre las edades x y x+a

DPHh(x,x+a): Días promedio de hospitalización del sexo masculino entre las edades x y x+a

DPHm(x,x+a): Días promedio de hospitalización del sexo femenino entre las edades x y x+a

Mh(x,x+a): Morbilidad de una persona entre edad x y x+a del sexo masculino

Mm(x,x+a): Morbilidad de una persona entre edad x y x+a del sexo femenino

Las tablas de Morbilidad y Días de Hospitalización que utilizaremos serán las siguientes:

Tabla 1
Morbilidad Ajustada (%) Tasas Anuales

Edad	Hombres	Mujeres
00-19	6.484	6.484
20-24	6.484	7.563
25-29	6.430	9.643
30-34	6.841	11.170
35-39	7.442	12.086
40-44	8.306	12.559
45-49	9.546	12.888
50-54	11.333	13.429
55-59	13.950	14.607
60-64	17.860	17.054
65-69	23.870	21.975

Tabla 2
Días promedio de hospitalización

Edad	Hombres	Mujeres
00-19	4.9	4.3
20-24	5.1	3.7
25-29	5.3	3.9
30-34	5.8	4.4
35-39	6.7	4.9
40-44	7.2	6.2
45-49	7.3	7.3
50-54	8.3	9.2
55-59	9.4	9.5
60-64	9.8	11.5
65-69	12.4	14.5

Las primas netas obtenidas son las siguientes:

**Tabla 3, Primas Netas.
Cobertura Indemnización**

Edad	Hombres	Mujeres
00-19	.3177	.2788
20-24	.3307	.2798
25-29	.3408	.3761
30-34	.3968	.4915
35-39	.4986	.5922
40-44	.5399	.7284
45-49	.6969	.9408
50-54	.9406	1.2355
55-59	1.3113	1.3877
60-64	1.7503	1.9612
65-69	2.9599	3.1864

Prima de Tarifa

Dentro de la prima total que debemos cobrar al asegurado se manejan varios conceptos que debemos agregarle a la prima neta para poder llegar al costo final, los conceptos manejados son los siguientes:

- Comisión del Agente
- Gastos de Administración para la Compañía Aseguradora (es lo que le cuesta a la Compañía administrar éste tipo de negocios)
- Utilidad deseada por la Compañía
- Recargo fijo será la cantidad que la compañía agrega a la prima como gastos de expedición del documento.
- Finalmente agregaremos un 5% para poder solventar una posible desviación de nuestra siniestralidad.

De ésta forma, la prima de tarifa se obtiene de la siguiente forma:

$$PTh(x, x + a) = \left(\left[\frac{PNh(x, x + a) * FE}{1 - C - G - U} \right] + R.F. \right) * (1+R) * I$$

$$PTm(x, x + a) = \left(\left[\frac{PNm(x, x + a) * FE}{1 - C - G - U} \right] + R.F. \right) * (1+R) * I$$

Donde:

PTh(x,x+a): Prima de tarifa para las personas de sexo masculino entre las edades x y x+a

PTm(x,x+a): Prima de tarifa para las personas de sexo femenino entre las edades x y x+a

FE: Factor por periodo de espera de n días

n: Días de espera

C: Comisiones (25%)

G: Gastos de administración (7.5%)

U: Utilidad (10%)

RF.: Recargo Fijo

I: Indemnización diaria

R: Recargo por posibles desviaciones (5%)

El recargo fijo representa el 7.5% de la prima neta y esta calculada de acuerdo a la distribución de expuestos de la cartera, en este caso el recargo fijo es de 0.0054

El factor por periodo de espera representa los días mínimos que un asegurado tiene que pasar en el hospital para que la cobertura de indemnización por hospitalización se empiece a pagar. Para obtener este factor, se considera la

tabla de días promedio de hospitalización por rango de edad (tabla 2) y el número de expuestos de Gastos Médicos Mayores, con estos dos datos se obtiene el total de días de hospital para cada rango de edad, finalmente el factor se obtiene de la siguiente forma:

$$FE = 1 - \frac{\text{Días Totales} - n(\text{No. de Expuestos})}{\text{Días Totales}}$$

Días Totales

Donde n representa los días de espera

A continuación se presentan algunos factores de periodo de espera:

Días de Espera	Factor de Descuento
0	1.0000
1	0.7027
2	0.4956
3	0.3638
4	0.2918
5	0.2449
6	0.2113
7	0.1856
8	0.1655
9	0.1495
10	0.1367
11	0.1264
12	0.1178
13	0.1101
14	0.1033
15	0.0973
16	0.0919
17	0.0870
18	0.0828
19	0.0790
20	0.0755

Los resultados obtenidos para las primas de tarifa con base a las fórmulas anteriores y considerando una Indemnización Diaria de \$1.00. se presentan a continuación para dos opciones: sin periodo de espera y con periodo de espera, aunque se pueden obtener con cualquier periodo

Tabla 4

Prima de tarifa cobertura indemnización

Edad	Sin días de espera		Con 1 día de espera	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
00-19	0.5857	0.5147	0.42060	0.35540
20-24	0.6094	0.5165	0.43760	0.35660
25-29	0.6279	0.6923	0.45080	0.47740
30-34	0.7301	0.9031	0.52400	0.62220
35-39	0.9160	1.0869	0.65700	0.74860
40-44	0.9914	1.3357	0.71100	0.91950
45-49	1.2781	1.7235	0.91610	1.18600
50-54	1.7232	2.2617	1.23450	1.55570
55-59	2.4001	2.5396	1.71880	1.74670
60-64	3.2017	3.5869	2.29240	2.46630
65-69	5.4160	5.8242	3.87280	4.00350

De ésta forma, las cuotas anuales que tendríamos que cobrarle a un asegurado con indemnización diaria de \$500.00 y por las opciones de sin ningún día de periodo de espera o con un día de periodo de espera son las siguientes:

Edad	Sin Periodo de Espera		Con Periodo de Espera de 1 día	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
00-19	292.85	257.35	205.79	180.84
20-24	304.70	258.25	214.11	181.47
25-29	313.95	346.15	220.61	243.24
30-34	365.05	451.55	256.52	317.30
35-39	458.00	543.45	321.84	381.88
40-44	495.70	667.85	348.33	469.30
45-49	639.05	861.75	449.06	605.55
50-54	861.60	1,130.85	605.45	794.65
55-59	1,200.05	1,269.80	843.28	892.29
60-64	1,600.85	1,793.45	1,124.92	1,260.26
65-69	2,705.30	2,912.10	1,901.01	2,046.33

Es importante mencionar en que casos no aplicará la cobertura:

Básicamente se cubre la hospitalización por un accidente o enfermedad que el asegurado pueda tener, pero existen algunas situaciones en las cuales se cubrirá la hospitalización a partir del primer año completo de cobertura o del segundo, a este plazo se le llama periodo de espera, esto se debe básicamente al tipo de enfermedad y a que dichos padecimientos en algún momento han presentado una severidad muy fuerte, lo que en caso de cubrirlos desde el primer día, las Compañías aseguradoras tendrían que incrementar sus cuotas y los asegurados se verían más afectados en su economía.

Se cubrirá la renta por hospitalización, a partir del segundo año de cobertura continua del asegurado en la póliza para:

Fragmentación de un cálculo, conocido como litotripsias.

Padecimientos ginecológicos.

Padecimientos de la columna vertebral

Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.

Del piso perineal.

Nariz y/o senos paranasales por accidente, siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 días a la fecha del accidente.

Endometriosis

Se cubrirá a partir del tercer año de cobertura continua del asegurado lo siguiente:

Padecimientos de glándulas mamarias.

Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.

Amigdalitis y adenoiditis.

Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones.

Es importante especificar claramente en los casos en los que la Compañía no pagará indemnización a consecuencia de:

1. Hospitalización por enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales, aquellas que en fecha anterior a la iniciación de la cobertura para cada Asegurado:

Fueron diagnosticadas por un médico, o

Fueron aparentes a la vista, o

Fuèron de las que, por sus síntomas o signos, no pudieron pasar desapercibidas.

2. Hospitalización por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.

3. Hospitalización por afecciones propias del embarazo, aborto, partos prematuros o partos normales o anormales. Legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sean precisamente las consignadas en esta póliza en el punto III.2 de Renta Diaria.

4. Hospitalización por tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
5. Hospitalización por tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, a excepción de cirugía reconstructiva por accidente.
6. Hospitalización por tratamiento de calvicie, obesidad, reducción de peso o esterilidad.
7. Hospitalización por tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo.
8. Hospitalización por Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la fertilidad, natalidad y sus complicaciones.
9. Hospitalización por cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
10. Hospitalización por lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.
11. Hospitalización por lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
12. Hospitalización por lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
13. Hospitalización por práctica de: box, lucha greco romana, lucha libre, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, cacería, alpinismo, paracaidismo espeleología y rapel.
14. Hospitalización por la práctica profesional de cualquier deporte.
15. Hospitalización por lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.

16. Hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.

17. Hospitalización por tratamientos médicos o quirúrgicos basándose en hipnotismo y quelaciones.

18. Hospitalización por tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a excepción de accidentes y sujeto a lo estipulado en el punto IV.1 de Renta Diaria por Hospitalización cubierto y cirugía de nariz y/o senos paranasales por accidente con periodo de espera siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 días a la fecha del accidente.

19. Hospitalización por circuncisión

20. Hospitalización por curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.

21. Hospitalización por tratamientos preventivos.

22. Hospitalización por tratamientos en vías de experimentación.

23. Hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales que sea originado por enfermedad.

24. Hospitalización por tratamientos derivados del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones

25. Hospitalización por enfermedades congénitas, salvo lo definido en el punto III.1 de Renta Diaria por Hospitalización.

26. Hospitalización por padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.

27. También son exclusiones por hospitalización aquellas que figuren en las condiciones especiales y endosos anexos a esta póliza.

28. Hospitalización fuera de la República Mexicana.

Conclusiones

El sistema de Salud en México como en todo el mundo es muy caro como para que hoy en día, todos los mexicanos tengamos acceso a él sin correr el peligro de un desequilibrio económico fuerte. El sistema de Salud Social principalmente comandado por el Seguro Social ha venido atendiendo por un lado a la población asalariada y por otro lado a las personas que han ingresado al programa Seguro de Salud para la Familia mediante el sistema de "prepago", pero aún así hay muchísima gente que tiene que postergar su atención médica o quizá hasta renunciar a la idea de atenderse por falta de recursos principalmente económicos.

La base del desarrollo y crecimiento de nuestro país está en gran parte cimentada en nuestra gente y si esa gente no tiene salud, ni la atención necesaria en caso de enfermedad o accidente seguiremos sin poder crear el desarrollo suficiente y entonces se vuelve un círculo sin crecimiento para ningún lado.

Hoy por hoy, los recursos del Seguro Social no son suficientes, ni lo serán debido a la crisis que está teniendo éste sistema por el crecimiento de la población jubilada o pensionada, la esperanza de vida y la metamorfosis que están sufriendo nuestras principales causas de morbilidad y mortalidad. Este tipo de enfermedades son enfermedades crónicas que permanecen en la vida del asegurado prácticamente hasta el momento de su muerte, y por lo tanto, son muy costosas debido a que requieren mucha inversión en medicamentos, medicinas, consultas, etc.

El Sector Asegurador desde hace varias décadas se ha ido fortaleciendo de tal forma que otorga a la población mexicana productos de todo tipo que se adecuan a las necesidades de cada una de las personas que busca una protección. A través de las Compañías de Seguros hoy millones de mexicanos tienen la tranquilidad de que ante un evento podrán tener la atención necesaria para su

salud, o que podrán recuperar, de cierta, forma su patrimonio ante cualquier situación imprevista.

El Sector Asegurador es entonces la alternativa para ofrecer junto con los sistemas de Seguridad Social salud a los Mexicanos. Debido al alto costo de los seguros privados, es imposible llegar a toda la población, sobre todo a la gente que no tiene recursos económicos. Hoy por hoy, la capa de población que los seguros privados están atacando es básicamente la población de clase alta o media, la cual percibe arriba de 10 salarios mínimos de ingreso mensual y que en base a esto puede invertir una cantidad fuerte de dinero en su seguro de gastos médicos.

Mi propuesta está dirigida a la clase que sin tener una protección total en cuanto a Salud se refiere, si puede pagar un seguro característico dirigido a cubrir únicamente las principales causas de mortalidad que están empezando a manifestarse en nuestro país, para que en un futuro cercano podamos tener la detección y atención médica necesaria para que las principales causas de morbilidad en México, solo sean de morbilidad y no de mortalidad.

Creando una propuesta que nos cubra lo que yo llamo "Enfermedades Catastróficas", que son enfermedades en las cuales el gasto para su atención suele ser muy alto y el tratamiento muy largo, y que nos permita atendernos en hospitales privados, en un futuro cercano, los recursos que podrían estar gastando nuestros posibles asegurados por su atención en el "Seguro Social", podríamos destinarlos a la atención de la gente con muy bajos recursos y de alguna forma contribuir a generar alternativas al sistema de Salud en México. No hay otra forma, el Sector Asegurador debe estar generando alternativas para que los mexicanos tengan salud, ya que de ella se desprende gran parte de nuestro desarrollo como personas y país. La salud social no es suficiente, y mucho menos lo será en unos años.

Adicionalmente, se propone una opción para indemnizar a nuestros asegurados mientras se encuentran hospitalizados por un accidente o enfermedad, es una buena alternativa para generar ingresos que éste está dejando de percibir por dicha hospitalización. Mucha de la economía en nuestro país es informal, la gente que trabaja en la calle sin un contrato, e incluso la que lo tiene, al dejar de laborar prácticamente un día, puede estar perdiendo parte de su patrimonio y hasta dejando sin comer a su familia, es por eso que ésta alternativa se presenta como un apoyo a los gastos a consecuencia de un evento siempre y cuando el asegurado se encuentre hospitalizado.

Finalmente, el Sector Asegurador debe de ir logrando penetrar con el tiempo nichos de población a los cuales pueda ofrecerle productos específicos para sus necesidades, deberá también ir haciendo cultura sobre los seguros, para que la gente busque, de forma ideal, un seguro únicamente por tranquilidad, y sin que previo haya tenido una necesidad de cobertura. El camino es largo para andar, pero precisamente por eso existen una diversidad de productos que el mercado estaría dispuesto a aceptar para su conveniencia. No es necesario que nos roben el auto para que busquemos una protección, o que nuestra familia se quede sin un patrimonio y peor aún, sin una forma de sobrevivir porque el sustento económico de ésta llegase a faltar. México necesita salud, y para eso hay que trabajar mucho más de lo que hasta hoy se ha trabajado, las Compañías de Seguros no deben dejar morir al Sector Público de Salud, porque a través de él se está llegando a los mexicanos más necesitados y carentes de recursos. Se puede trabajar de forma conjunta, cada quien atendiendo grupos específicos y hasta problemas muy claramente delimitados.

Hoy todavía se está a tiempo para salvar al Seguro Social que se está derrumbando ante los ojos de mucha gente que esta imposibilitada para darle una mano, es labor nuestra como mexicanos, de las cabezas de familia, de nuestras comunidades y ciudades, del Seguro Social, del Sector Asegurador y hasta de

nuestro Presidente de la República empezar a avanzar todo esto, hay que hablar para llamar la atención, hay que trabajar en las escuelas para que los niños sepan que es un seguro y cual es el fin que a través de ellos se persigue, para que ellos mismos platicuen con sus padres de lo que está ofreciendo y necesitando el mercado y finalmente, hay que aportar algo a nuestro México.

Bibliografía:

- ✓ AMIS, Estado de Resultados por Cía. A diciembre del 2000, Febrero 2001.
- ✓ AMIS, Estado de Resultados por Cía. A diciembre del 2001, Febrero 2002.
- ✓ Antonio Minzoni Consorti, Crónica de doscientos años del Seguro en México, México, 1998, 3era Ed.
- ✓ Fundación Mexicana para la Salud, Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de Salud en México. Informa Final, primera edición, 1994, México, D.F.
- ✓ Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)
Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, México, 2000.
- ✓ Gerencia de Actuaría, Principales Indicadores Accidentes y Enfermedades TEAM, Octubre 2000, Seguros Comercial América
- ✓ Héctor H. Hernández Bringas, "Las muertes violentas en México", Universidad Nacional Autónoma de México Centro Regional de Investigaciones, 1era edición, 1989, México, D.F.
- ✓ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Las familias mexicanas, Aguascalientes, México, 1998.
- ✓ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)
Censo Nacional de Población, México, 2000
Encuesta Nacional del Ingreso - Gasto de los hogares. México, 2000.
- ✓ Secretaría de Salud
Encuesta Nacional de Salud, México, 2000.
Documento Técnico Popular. México, 2001
- ✓ Secretaría de Salud
Programa de acción: Protección Financiera en Salud, México, 2002, 1era ed.
- ✓ Secretaría de Salud
La democratización de la Salud en México. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001, 3era ed.

Internet:

- ✓ www.amis.com.mx
- ✓ www.cnsf.gob.mx
- ✓ www.inegi.gob.mx
- ✓ www.banjico.org.mx
- ✓ www.imss.gob.mx
- ✓ www.comercialamerica.com.mx
- ✓ www.ssa.gob.mx
- ✓ www.funsalud.org.mx

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA