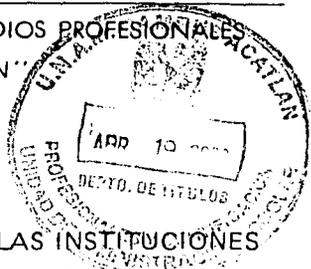




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"



ASPECTOS GENERALES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ACTUARIA PRESENTA

VERONICA MARGARITA GONZALEZ GUERRERO

DIRECTOR DE TESIS: MIGUEL ANGEL MACIAS ROBLES A.

ABRIL, 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





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.

Prólogo

El presente documento fue realizado con la finalidad de presentar mi trabajo de titulación y con ello concluir el nivel de Licenciatura. El tema de éste trabajo, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), lo elegí porque es un concepto que recién se está materializando en el mercado mexicano y en realidad la información respecto a este tópico no se encuentra a la vuelta de la esquina, y precisamente en estas páginas se reúne una gran cantidad de ideas, referencias, sugerencias, opiniones y conceptos entre otros, sobre los que se fundamentan estas Instituciones.

Estoy segura que este material puede ser de gran utilidad para aquellos quienes tengan interés en conocer el desarrollo de la Seguridad Social en México, la situación de los Sistemas de Salud en el mundo, el marco legal sobre el cual se fundamentan las ISES, temas en específico sobre el Seguro de Salud, tales como: Sus características, coberturas, exclusiones, consideraciones técnicas, ventajas y desventajas del seguro y las diferencias que existen entre éste y el seguro de Gastos Médicos Mayores, o incluso las perspectivas del Seguro de Salud en México. O tal vez podría servir de base para futuras investigaciones sobre este tema o para evaluar el desarrollo y evolución de las ISES en nuestro mercado.

Y por último, agradezco a todas aquellas personas que de alguna manera tuvieron algo que ver en la realización y culminación de este trabajo.

México, abril de 2002.

V. G. G.

Indice

Prólogo	i
Indice	ii
Introducción	iv
1. Desarrollo de la Seguridad Social	1
1.1. Antecedentes	2
1.2. Desarrollo de la Seguridad Social en México	5
1.3. Necesidad de Cambio en los Servicios de Salud	12
1.4. Creación de las ISES	14
2. Panorama Mundial de los Sistemas de Salud	17
2.1. Europa	18
2.2. Asia	20
2.3. América Latina	22
2.4. América del Norte	25
2.5. México	27
2.5.1. Paquete Básico de Servicios de Salud	31
2.5.2. Incursión del Sector Asegurador en el Servicio de Salud	31
2.5.3. Objetivos del Sector Asegurador	33
2.6. Resultados	34
3. Marco Legal	37
3.1. Problemática	38
3.2. Reglas para la Operación del Ramo de Salud	42
3.2.1. Requisitos de Autorización	44
3.2.2. Capital Mínimo Pagado	45
3.2.3. Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual	46
3.2.4. Contralor Médico	48
3.2.5. Expedientes Clínicos	50
3.2.6. Control de la Utilización de los Servicios Médicos	51
3.2.7. Mejora Continua en la Prestación del Servicio Médico	51
3.2.8. Constitución e Incremento de Reservas Técnicas	52
3.2.9. Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual	52
3.2.10. Reaseguro	53
3.2.11. Capital Mínimo de Garantía	54
3.2.12. Régimen de Inversión de Reservas Técnicas	54
3.2.13. Contabilidad	55
3.2.14. Sistemas Estadísticos	55

3.2.15. Operación y Comercialización de los Seguros de Salud	55
3.2.16. Sanciones	57
4. Seguro de Salud	59
4.1. Características del Seguro de Salud	60
4.1.1. Diferencias entre Seguro de Salud y Gastos Médicos Mayores	61
4.1.2. Tipos de Contratos con Proveedores	62
4.2. Coberturas del Seguro de Salud	63
4.3. Exclusiones Generales del seguro de Salud	66
4.4. Suscripción	67
4.4.1. Selección de Riesgos	67
4.4.2. Lineamientos de Suscripción	69
4.5. Derechos y Obligaciones al Momento de Siniestro	69
4.5.1. Derechos del Asegurado	69
4.5.2. Obligaciones del Asegurado	70
4.5.3. Derechos de las ISES	70
4.5.4. Obligaciones de las ISES	70
4.6. Ventajas y Desventajas del Seguro de Salud	71
4.7. Consideraciones Técnicas en el Seguro de Salud	73
4.7.1. Prima de Riesgo	73
4.7.2. Prima de Tarifa	78
4.7.3. Reservas Técnicas	79
4.7.3.1. Reserva de Riesgos en Curso	79
4.7.3.2. Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir	79
4.7.3.3. Reserva de Previsión	81
4.7.4. Requerimientos de Solvencia	81
5. Perspectivas del Seguro de Salud en México	83
5.1. Comportamiento del Ramo de Salud en el periodo 1997-2001	85
5.2. El Ramo de Salud Respecto al Mercado Asegurador Mexicano en el Periodo 1997-2001	89
5.3. Penetración del Seguro de Salud en el Mercado Mexicano	93
Conclusiones	97
Referencias	100

Introducción

***Dame, Señor, agudeza para entender,
Capacidad para retener,
Método y facultad para aprender,
Sutileza para interpretar,
Gracia y abundancia para hablar.***

***Dame acierto al empezar,
Dirección al Progresar
Y perfección al acabar.***

Santo Tomás de Aquino.

Introducción

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

Esta tesis en lo particular, está dirigida a instituciones de seguros que deseen incursionar en el ramo de salud o para aquellas empresas que no están tan inmersos en el campo de los seguros, tal es el caso de las administradoras de salud o de hospitales, pero que estén considerando la posibilidad de convertirse en una Aseguradora y operar el nuevo ramo, o al público en general que esté interesado en el tema y que no pueda hacerse llegar tan fácilmente de la información que a éste tópico se refiere.

Es por ello que mi trabajo está encaminado a demostrar el origen del Seguro de Salud privado como una necesidad para la prestación de servicios prepagados, dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa, ya sea con recursos propios o mediante recursos de terceros o ambos, a través de la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, ofreciendo con ello a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), una alternativa a la población para obtener Servicios Médicos con la calidad y eficiencia necesarias para tal efecto, con costos accesibles e infraestructura adecuada, vigilando además, el respeto a los derechos de los asegurados que adquieran este tipo de seguros y el cumplimiento de los contratos por parte de las Aseguradoras.

Específicamente en México existen diversos organismos, tanto públicos como privados, encargados de prestar los servicios médicos que demanda la sociedad. Los organismos públicos, pese a que son financiados de manera tripartita, no obtienen recursos suficientes para satisfacer tal demanda, dejando mucho que desear en cuanto a calidad y eficiencia. En lo que concierne a los organismos privados, en la mayoría de las ocasiones sus costos son tan elevados que la atención médica se vuelve elitista y solo puede ser adquirida por aquellos que tengan la capacidad económica suficiente para acceder a esos servicios. En otros casos puede darse la opción de que algunos organismos privados ofrezcan servicios pagados por el usuario de manera anticipada a

que éste los utilice, a un costo muy bajo y que por no tener un sustento técnico y financiero, corran el riesgo de desfalcarse quedando imposibilitados para hacer frente a sus obligaciones.

Ante esta problemática, que es generalizada en todo el mundo, México ha decidido regular este mercado en crecimiento procurando el sano desarrollo y la competencia leal de estos organismos, garantizando al mismo tiempo la protección a los usuarios de los servicios médicos. Para ello, se modificó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, creando la figura de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, y serán las únicas instituciones privadas autorizadas a operar en materia de salud, ofreciendo servicios prepagados con relación al fomento, prevención, restauración y rehabilitación de la salud del usuario, mediante productos de Seguros de Salud, mismos que estarán debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que estarán supervisados por la misma y por la Secretaría de Salud.

Con este mecanismo se pretende que el 95% de la población utilice los servicios de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, accediendo a costos razonables y recibiendo atención médica eficiente y de calidad. Esto será posible a través de la vigilancia y supervisión de la calidad en el servicio y en la infraestructura de las instalaciones de los prestadores, la solvencia de las instituciones y sobre todo, ofreciendo planes competitivos de servicios médicos a la población.

Además, en términos macroeconómicos, se espera que con la introducción de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), el número de compañías de seguros se incremente en un futuro muy próximo lo cual se combinará con la participación en primas directas para influir con ello en la penetración del mercado mexicano repercutiendo en el Producto Interno Bruto.

El trabajo consta de 5 capítulos, en los cuales se busca adentrar al lector en los orígenes de la Seguridad Social, los sistemas de salud que utilizan diversos países del orbe así como sus tendencias, el porqué de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud y su apego a la legalidad, las diferencias entre el Seguro de Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores, algunos de los elementos técnicos que pueden ser considerados para la creación de los productos de salud, y en general, el panorama que se vislumbra en el mercado mexicano.

En el primer capítulo, a través de un análisis tanto histórico sin dejar de ser crítico, se explica la necesidad de cada individuo de proteger su salud dando origen a la Seguridad Social siendo pioneros en ello Alemania. La creación de las Instituciones de Seguridad Social en México y su evolución analizándose las deficiencias de estos organismos, poniendo en evidencia su problemática y la insuficiencia ante la demanda de servicios por parte de los miembros de la sociedad, de lo cual se parte para exponer la necesidad de cambio en los servicios de salud y así el surgimiento de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

En el segundo capítulo, se analizan de manera esquemática los Sistemas de Salud que emplean diferentes naciones para proveer de atención médica a sus habitantes. En algunas de ellas se observa que ofrecen únicamente servicios por parte del Estado, mientras otras complementan el sistema público con el privado, y en otros casos optan por satisfacer la demanda a través de Instituciones privadas pero los gastos son cubiertos por parte del Estado. Con este análisis se puede observar que la privatización de la Seguridad Social tiende a ser específica de cada país. Sin embargo, los cuadros expuestos facilitan el estudio de las experiencias externas o influencias que puedan ejercer al diseñar o rediseñar el sistema de salud de un país, y que a través de las tendencias que se observan en diversos países, se puede reflexionar en adaptar o mejorar sus aciertos y evitar sus errores. Particularmente de México se describe el Paquete Básico de Servicios de Salud ofrecido por parte del Gobierno Mexicano como una medida para brindar atención médica de mayor calidad a personas que tengan capacidad contributiva y que deseen incorporarse de manera voluntaria al régimen del Estado, pero que por la forma de ofrecerse a la sociedad como en muchos otros países, resulta muy poco efectiva, dejando descubiertas las expectativas por las que fue creado, dando pie a la incursión del Sector Asegurador en lo referente a los Servicios de Salud, incluyendo los servicios Básicos, y que por medio de grandes inversiones en este sector se plantean ofrecer los servicios con la calidad y eficiencia que por diversos factores las Instituciones Públicas no pueden ofrecer.

En el tercer capítulo, se analiza la problemática que da pie a las modificaciones que fueron necesarias realizar para regular el nuevo mercado en crecimiento, ordenarlo y con ello garantizar seguridad a los usuarios. Se mencionan las modificaciones más relevantes de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como la emisión de las Reglas de Operación del Ramo de Salud. Con lo anterior se deja de manifiesto que las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud quedan sujetas a la supervisión y vigilancia por autoridades tales como la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas así como de la Secretaría de Salud, obligándolas a conocer las leyes, reglamentos y demás normatividad que deberán observar para poder cumplir con sus operaciones.

Por otra parte, reconociendo que muchas empresas que recién incursionan en este ramo, no sólo tienen la necesidad de conocer la legalidad a la cual deberán apegarse, sino también de conocer los fundamentos técnicos y las características esenciales en los que se fundamenta el Seguro de Salud, he decidido en el cuarto capítulo, mencionar el plan mínimo determinado por la Secretaría de Salud del que parto para exponer las características principales que definen al Seguro de Salud, así como las coberturas y servicios adicionales mediante las cuales pueden hacer diferentes a sus productos cada compañía, las exclusiones más comunes en estos Seguros, los factores de riesgo que influyen en la suscripción, derechos y obligaciones tanto de los asegurados como de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, las diferencias que existen contra el Seguro de

Gastos Médicos Mayores, los diferentes tipos de contratos que pueden establecerse con sus proveedores de servicios, además de hacer un análisis esquemático de las ventajas y posibles desventajas de éstas nuevas instituciones. En cuanto a las consideraciones técnicas esenciales en el Seguro de Salud, se expresa la necesidad de datos estadísticos confiables dado que son la base para obtener primas suficientes que sean adecuadas al riesgo que represente cada individuo a asegurar, se explica un método que es muy usual entre las compañías de seguros para obtener las primas de riesgo y de tarifa, se mencionan las reservas técnicas que cada Institución de Seguros Especializada en Salud necesita constituir y los requerimientos mínimos legales de solvencia. Con lo anterior se considera que se manifiesta no de manera exhaustiva, pero sí objetiva y concisa, los elementos técnicos necesarios con los que pueden comenzar a conocer la operación del Seguro de Salud.

Y para finalizar, en el capítulo quinto, se observa la incursión de varias compañías de seguros en el ramo de Salud, advirtiendo el posible incremento de compañías Aseguradoras Especializadas en Salud para fines del año 2001. Y de las compañías que actualmente operan el ramo de Salud, mediante una análisis de la emisión de primas directas y su siniestralidad se examina la representación que tienen dentro del mercado así como la penetración que han tenido en el mercado mexicano y las expectativas para los siguientes años.

En cuanto a temporalidad del trabajo se refiere, cabe mencionar que se limita hasta el año 2001. Sin embargo, en algunos puntos donde la importancia así lo amerite, menciono los posibles cambios que pudieran suceder en años venideros con sus debidas consecuencias.

Capítulo 1

Desarrollo de la Seguridad Social

***Usando nuestra razón e inteligencia,
Y aprovechando nuestros recursos intelectuales y humanos,
Podemos llegar a ser una nación culta y consciente
De su responsabilidad en el mundo.***

Helen Hernández.

1. Desarrollo de la Seguridad Social

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

1.1. Antecedentes

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

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

Entre las causas profundas de la reforma social en Alemania¹, se han señalado las siguientes:

- La conservación de una antigua tradición, autoritaria y paternalista, según la cual era misión del Estado velar por el bienestar de sus súbditos;
- El carácter del liberalismo alemán, fuertemente influido por las ideas de burócratas e intelectuales más que por los impulsos hacia la economía libre de comerciantes e

¹<http://www.artehisla.com>

industriales (como consecuencia de lo relativamente tardío de la industrialización en este país);

- El desarrollo de una poderosa burocracia estatal, acostumbrada a enfrentarse a los problemas sociales hizo sentir a las clases proletarias el peligro del proletariado revolucionario y despertó en ellas un espíritu reformista para tratar de conjurarlo.

Los estímulos inmediatos para la reforma fueron, por una parte, el agravamiento de los problemas sociales como consecuencia de la aceleración del proceso de industrialización que siguió a la unificación e, inmediatamente después, de la crisis económica que comenzó en 1873 (especialmente importante hasta 1879). Y por otra, una mayor vivencia por parte de Bismarck y las fuerzas del orden, de la amenaza del movimiento obrero organizado, después de la unificación de los partidos obreros en 1875, y de los éxitos conseguidos por los candidatos socialistas en las elecciones de 1874 y 1877. Las iniciativas, de tipo intelectual, relacionadas con el problema social se multiplicaron, tanto por parte de los grupos cristianos, católicos y protestantes, como de los partidos, conservadores e, incluso, liberales -los llamados "socialistas de cátedra"- . A lo largo de los años ochenta del siglo XIX, y de acuerdo con la orientación expuesta en el mensaje imperial de noviembre de 1881, fueron aprobadas las siguientes leyes:

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

La finalidad principal de toda esta legislación fue tratar de contrarrestar la influencia socialista entre los obreros, de forma complementaria a las leyes represivas contra el partido socialdemócrata. Lo que se pretendía con ambos tipos de medidas era mantener la lealtad hacia el Estado de los obreros que todavía no habían sido ganados por la doctrina socialista, y destruir al partido socialdemócrata o, al menos, frenar su crecimiento, impidiendo sus actividades, y minando el apoyo que los obreros le prestaban.

Los obreros industriales, entre quienes era mayor la influencia socialista, fueron por eso los primeros beneficiarios de una legislación que sólo más tarde se amplió a otros grupos de trabajadores, como los empleados en el campo, en la industria rural o en el servicio doméstico, cuya situación económica era objetivamente peor que la de aquellos. En favor de los obreros industriales, no obstante, también jugaba el hecho de que eran quienes daban más garantías de que, por su parte, el sistema funcionara correctamente, al poder pagar su contribución al mismo de forma regular, dado lo relativamente seguro de su trabajo y lo alto de su salario, en comparación con los demás trabajadores. La finalidad antisocialista no fue, sin embargo, el único factor político presente en el planteamiento de las leyes de previsión y en la forma concreta como fueron aprobadas. Bismarck trató de utilizarlas para hacer aparecer a la Monarquía como defensora de los intereses de los grupos sociales más desprotegidos y, sobre todo, como un medio para que sus proyectos de reforma fiscal y económica -que, desde finales de los años setenta del siglo XIX, pretendían aumentar los ingresos del gobierno imperial con independencia de las contribuciones de los Estados-, fueran aprobados. El Parlamento, sin embargo, rechazó los proyectos más estatistas del canciller y terminó aprobando leyes cuyo funcionamiento y administración dependía más de patronos y obreros que de la burocracia estatal.

El ejemplo alemán fue seguido por varios Estados. Austria introdujo el seguro contra accidentes en 1887, y el seguro de enfermedad en 1888. Dinamarca adoptó el sistema alemán entre 1891 y 1898, y Bélgica entre 1894 y 1903. Italia estableció el seguro de accidentes y de vejez en 1898. Suiza autorizó al gobierno federal a organizar un programa de seguridad social, mediante una enmienda constitucional de 1890. El seguro contra accidentes fue introducido en Noruega en 1894, en Inglaterra en 1897, en Francia en 1898, en España y en Holanda en 1900, en Suecia en 1901, y en Rusia en 1903. La gran legislación social en el Reino Unido fue muy tardía en comparación con la alemana ya que el establecimiento de un sistema nacional de seguridad social fue obra del gobierno liberal que se formó después de las elecciones de 1906. Durante el último tercio del siglo XIX, tanto gobiernos liberales como conservadores promulgaron diversas leyes de contenido social, pero eran acciones muy limitadas que no implicaban ningún cambio en la doctrina mantenida por ambos partidos a lo largo del siglo. La ideología predominante en el partido liberal era la forma clásica del liberalismo, individualista y partidario de la mínima intervención estatal.

Posteriormente, con el incremento en el volumen de las necesidades, surgieron instituciones que se dedicaron a la ayuda mutua, la beneficencia pública y la asistencia social. Estas instituciones eran auspiciadas principalmente por religiosos y por grupos altruistas. A esto siguió la fundación de hospitales, donde se practicaba la caridad, la fraternidad y el auxilio mutuo, brindando atención a los enfermos. A pesar de la importante función que desempeñaron estas instituciones, la caridad y la asistencia privada no pudieron abarcar la generalidad de los casos de necesidad. Esto, aunado a la agravación de los riesgos laborales por la utilización de nuevas técnicas industriales, generalizó las enfermedades de trabajo, aceleró la vejez, aumentó la insalubridad por el desordenado asentamiento humano y como consecuencia, se incrementó la mortalidad, surgiendo además los accidentes de trabajo y el desempleo.

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

1.2. Desarrollo de la Seguridad Social en México

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

Posteriormente a la fundación del IMSS, se crearon otras instituciones y programas que otorgan servicios de bienestar social: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto del Seguro Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), el Fondo para la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), además de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud (SS).

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

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

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

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

Dentro de los factores que han favorecido el desfinanciamiento del ramo de Enfermedades y Maternidad, encontramos la incorporación al esquema de diversos grupos con condiciones irregulares de trabajo, tales como: trabajadores estacionales del campo; miembros de sociedades locales de crédito ejidal, productores y trabajadores de caña de azúcar; henequeros; tabacaleros;

algodoneros; cafeticultores; vendedores de lotería; entre otros. Por otra parte, las enfermedades crónicas degenerativas, característica de sociedades avanzadas, han aumentado y además, no se puede pasar por alto el hecho de que las contribuciones y la cobertura de la seguridad social están directamente vinculadas a la situación del empleo y los salarios, ya que al disminuir el empleo formal, se mantiene la cobertura y bajan los ingresos del instituto. La recaudación al estar ligada a los salarios y no al costo de los servicios, depende de la evolución de éstos, por lo que en épocas en que los salarios no crecen en términos reales, los ingresos institucionales disminuyen. Por otra parte, los recursos del Instituto pertenecientes a otros ramos, por ejemplo, retiro, Invalidez, vejez, cesantía y Muerte, Riesgos de Trabajo, Guarderías, recursos destinados para actividades culturales y deportivas, se vieron seriamente afectados porque se utilizaron para solventar el ramo de Enfermedades y Maternidad, además de verse involucrados otros factores como la corrupción.

En la iniciativa de nueva Ley del Seguro Social (LSS) de 1995, se propusieron modificaciones al ramo de Enfermedades y Maternidad con el objetivo de ampliarlo y fortalecerlo. Éstas consistieron en separar el financiamiento de las prestaciones en especie, del financiamiento de las prestaciones en dinero, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, lo cual implicó la creación de un Seguro de Salud para la Familia con el que, cualquier trabajador que no sea sujeto al régimen obligatorio, podrá establecer un contrato con el Instituto para que él y su familia tengan derecho a las prestaciones médicas y de igual manera, las empresas podrán suscribir convenios con reversión de cuotas para beneficio de sus empleados sin poner en riesgo el equilibrio financiero del Instituto.

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

Ramo	Empleado	Empresa	Estado	Total
Enfermedad y Maternidad	3.125%	8.750%	0.625%	12.500%
Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte	2.125%	5.950%	0.425%	8.500%
Riesgos de Trabajo	0.000%	3.300%	0.000%	3.300%
Guarderías	0.000%	1.040%	0.000%	1.040%
Retiro	0.000%	2.000%	0.000%	2.000%
Total	5.250%	21.040%	1.050%	27.340%

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

Estado	3.841%
Empresa	76.957%
Empleado	19.203%

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

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

(1) A aplicar sobre 1 SMGMDF

(2) A aplicar sobre la diferencia entre el salario base y 3 veces el SMGMDF

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

$$\text{Prima} = \left[\left(\frac{S}{365} \right) \cdot V \cdot (1 + D) \right] \cdot \left(\frac{F}{N} \right) \cdot M$$

Donde:

- V = 28 años, duración promedio de vida activa de un individuo que no haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.
- F = 2.9, que es el factor de prima.
- N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.
- S = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.
- I = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes, parciales y totales, divididos entre 100.
- D = Número de Defunciones.
- M = 0.025, prima mínima de riesgo.

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

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

Aportaciones	Salario < 3 SMGMDF	Salario > 3 SMGMDF
Empleado	20.069%	5.709%
Empresa	77.752%	59.736%
Estado	2.179%	34.555%

Por su parte, el ISSSTE está orientado a los trabajadores al servicio de las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los poderes de la unión. Este sistema otorga dentro de su régimen obligatorio los seguros de Enfermedades y Maternidad, de Riesgos de

Trabajo, de Jubilación, de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios, de Invalidez, por causa de Muerte y de Cesantía en Edad Avanzada.

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

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

El SAR¹ entró en vigor en 1992, con la finalidad de proporcionar a los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE un retiro decoroso en el momento de la jubilación. Es un sistema complementario, individualizado y de capitalización, en el cual participa el sistema bancario, ya que, el patrón elige una Institución bancaria donde el trabajador tiene una cuenta individual, en la cual se deposita en forma bimestral el 2% del salario base de cotización, 5% que corresponde a la vivienda (INFONAVIT o FOVISSSTE), con un rendimiento mínimo del 2% capitalizable mensualmente. Además, este sistema contempla aportaciones voluntarias por parte del trabajador, el cual tiene el control sobre sus recursos, verificando en su estado de cuenta las aportaciones efectuadas por el patrón.

Todas estas Instituciones encargadas de la Seguridad Social en México fueron creadas para ofrecer planes de beneficios para los empleados. Dichos planes se definen como *"los instrumentos que llevan a los trabajadores a alcanzar estados de satisfacción de tranquilidad mental, seguridad económica y desarrollo personal, los cuales permiten optimizar los recursos disponibles por la empresa para ese fin"*². Tales planes surgen ante la necesidad de proteger a la fuerza de trabajo de las contingencias, la invalidez y el retiro, así como optimizar el uso de los recursos de la organización dentro de la tarea cotidiana de minimizar el impacto de la ocurrencia de una eventualidad. Aún cuando las instituciones de seguridad social otorgan protección al trabajador y a su familia, es común que los patrones otorguen, en forma voluntaria o convenida con los mismos trabajadores, beneficios complementarios a los previstos por dichas Instituciones.

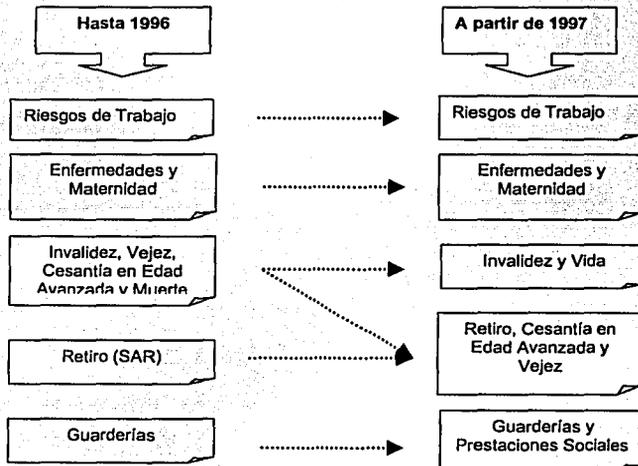
¹ El SAR aún sigue vigente para los trabajadores que están afiliados al ISSSTE, pero los trabajadores que están afiliados al IMSS cuentan con un sistema de AFORES, en el cual incluso pueden participar aquellas personas que sean trabajadores independientes.

² Ley General de Salud. 2000.

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

Para la operación del nuevo Sistema de Pensiones, el IMSS reestructuró sus ramos de la siguiente manera: el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) se divide en dos: el primero de Invalidez y Vida (IV) y el segundo de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez que se une con el de retiro (SAR), formando el ramo de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV). El siguiente diagrama muestra estos cambios:

División de los ramos del IMSS



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

- a) En el seguro de Invalidez y Vida; y en el ramo de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez el límite se incrementa gradualmente de 10 a 25 SMGMDF.
- b) Se incrementa la participación del Estado, tanto en su aportación con la nueva cuota social del 5.5% del SMGMDF, garantizando una pensión mínima que es la que el Estado garantiza a favor de los asegurados que cumpliendo con los requisitos de edad y semanas cotizadas exigidas para una pensión de cesantía en edad avanzada o vejez, no alcanzan a pagar con los fondos de su cuenta individual lo correspondiente a la contratación de un seguro de renta vitalicia. Este seguro equivale a 1 SMGDF mensual y adoptará la forma de retiros programados, la cual aumentará conforme aumenten los precios, es decir que su monto crece al mismo nivel que la inflación.
- c) Como requisito para acceder a una pensión derivada del ramo de RCV se deberán tener 1250 semanas cotizadas, mientras que la ley anterior solo exigía 500 semanas.
- d) A pesar de que los únicos recursos con que se integra la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez son las aportaciones correspondientes al ramo de RCV, estos recursos son tomados en cuenta también para el cálculo del monto constitutivo en caso de riesgos de trabajo, invalidez y vida, haciendo contribuir al trabajador con sus ahorros para el retiro.
- e) En el caso de invalidez, el monto de la pensión será el 35% del promedio de las últimas 500 semanas cotizadas actualizadas con el INPC, mientras que la ley anterior el monto era el promedio de las últimas 250 semanas cotizadas.

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

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

1.3. Necesidad de Cambio en los Servicios de Salud

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

Sin embargo, existen empresas como las Instituciones Bancarias que han sido la excepción, ya que han desarrollado para sus empleados una protección independiente de la Seguridad Social, dando una protección médica integral, cubriendo la medicina preventiva o medicina básica y de primer contacto. Dentro del Sistema Nacional de Salud las instituciones encargadas de prestar los servicios se dividen en tres grupos:

- I. Instituciones que obtienen financiamiento tripartita (gobierno, empleados y patrones):
 - IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social),
 - ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado),
 - SDN (Secretaría de la Defensa Nacional),
 - SM (Secretaría de Marina),
 - PEMEX (Petróleos Mexicanos).
- II. El segundo grupo opera con recursos Gubernamentales:
 - SS (Secretaría de Salud),
 - DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia),
 - DDF (Departamento del Distrito Federal),
 - Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (antes INSEN).
- III. El tercer grupo lo conforman las Instituciones Privadas. Estas operan bajo la supervisión de la Secretaría de Salud.

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

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

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

- Atención con vocación de servicio.
- Atención domiciliaria al enfermo crónico: adultos mayores que lamentablemente tendrían que hospitalizarse, ahora están en su propio hogar de acuerdo con un tratamiento médico para deshospitar la atención.
- Plan integral de calidad, los propios trabajadores del IMSS se organizan en equipos de mejora para dar soluciones a las problemáticas más comunes dentro del Instituto.
- Programa piloto respecto a la atención, citas vía telefónica con el médico y la clínica de la zona que más le convengan al asegurado, éste hasta el momento, se aplica únicamente en determinadas unidades de medicina familiar. De esta manera se pretende dar mejores servicios a los asegurados y sus beneficiarios, sin descuidar a los médicos, toda vez que aquellos que den consultas mediante esta modalidad tendrán el beneficio de percibir más ingresos, ya que independientemente de su sueldo recibirán una cantidad extra por cada derechohabiente que atiendan.

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

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

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

1. El indudable descrédito del IMSS.
2. La capacidad de comercialización de las aseguradoras que resalta los beneficios de la iniciativa privada en el Ramo de Salud.

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

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

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

1.4. Creación de las ISES

Debido a las tendencias de los mercados Internacionales y a las exigencias del mercado nacional, el 3 de enero de 1997, se lanza un decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la LGISMS, entre los más significativos está el propósito de incluir el Ramo de Salud dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades.

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

El decreto¹ define a los nuevos ramos de la siguiente manera:

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

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

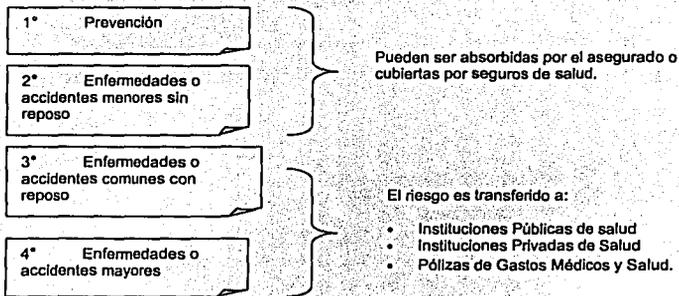
Dentro de los servicios de Salud, se distinguen los siguientes niveles de atención a la salud:

- **Primero.** Enfocado a preservar y conservar la salud de la población a través de acciones de promoción, protección, etc.
- **Segundo.** Enfocado al diagnóstico y atención de enfermedades que no necesitan reposo.
- **Tercero.** Enfocado a la restauración de la salud con atención a daños frecuentes y de mediana complejidad derivados de las etapas anteriores y la atención a pacientes que se presentan con urgencias médicas o quirúrgicas.

¹ Diario Oficial de la Federación, 3 de enero 1997

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

Lo anterior se observa mejor en el siguiente esquema:



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

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

Capítulo 2

Panorama Mundial de los Sistemas de Salud

Actos Probablemente útiles a la sociedad son los que ella retribuye y probablemente inútiles, los que ella no recompensa en forma alguna. Millones de años de experiencia lo decretaron así y contestan a muchos que se lamentan de la incomprensión o ingratitud.

Johan Wolfgang Goethe.

2. Panorama Mundial de los Sistemas de Salud

En el presente capítulo se analizarán los diversos sistemas que las naciones han adoptado para proveer de cuidados de la salud a sus estados. Algunas optan por complementar los esquemas públicos con privados, otras permiten que los esquemas privados ofrezcan a los usuarios las mismas coberturas que los esquemas públicos, dejándoles escoger entre uno y otro, o incluso otras brindan un sistema de salud financiado por el estado, pero los servicios son prestados a través de instituciones privadas.

2.1. Europa

En cuanto a la Seguridad Social Privada, se ha ofrecido a la población del Continente Europeo en forma general, una protección limitada pero eficiente. En tanto que la seguridad Pública, ha proporcionado una protección ilimitada pero muy poco eficiente. Es decir, el mercado Europeo de pólizas privadas es muy variable, sin embargo difiere entre Europa del Este, Europa Oriental y Europa Central, en buena parte porque los trabajadores buscan lo que no les da el sistema estatal, como por ejemplo homeopatía, acupuntura, medicina alternativa cuartos privados, la posibilidad de escoger a sus médicos. Además, si bien el sistema público cubre a toda la población, el servicio se raciona, por ejemplo, haciendo esperar al paciente que necesita ser intervenido.

Como ejemplo de la diversificación de regufación social dentro de los estados Europeos, Suiza es un caso especial en materia de salud, ya que combina los dos sistemas (Estatal y Privado). En otras palabras, el Estado paga el seguro básico de salud de todos los trabajadores, pero todas las pólizas las emiten compañías privadas. El sistema de seguro social médico básico está fundado en el principio de la solidaridad que se caracteriza por:

- a) Primas iguales para las personas adultas, sean ricos o pobres, hombre o mujer.
- b) Primas rebajadas para los estudiantes de los 19 hasta los 25 años de edad.
- c) Primas iguales para los menores de 18 años.
- d) Beneficios iguales para todos los asegurados.
- e) Cobertura para enfermedad, accidente y maternidad.
- f) Coaseguro y deducible reglamentado por la Ley.
- g) No existen plazos de carencia de restricciones.
- h) No existen exclusiones temporales o permanentes.
- i) Los beneficios básicos amparados no tienen límites de capital ni de duración.

Para las personas que quieran asegurarse adicionalmente al seguro básico, las entidades aseguradoras ofrecen una multitud de seguros facultativos que cubren aquellos gastos no cubiertos por el seguro social médico básico individual obligatorio.

Sinopsis de los Sistemas de Salud en Europa Oriental¹

País	Tipo de sistema	Cobertura/prestación ¹	Financiamiento ² (en % del salario bruto)
Bulgaria	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Asistencia médico-sanitaria completa.	Presupuestos generales del Estado
	Seguro complementario privado voluntario	Medicamentos, contribuciones a los gastos de tratamiento hospitalario interno	Individual
Croacia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria completa.	Empresario: 7% Trabajador: 7%
	Seguro de enfermedad privado voluntario	Asistencia médico-sanitaria completa, incluido nivel superior de prestaciones. ⁴	Individual
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel superior de prestaciones.	
Eslovaquia	Aseguradoras de enfermedad públicas y no lucrativas, obligatorias	Asistencia médico-sanitaria completa. Excepciones: ciertos medicamentos, productos odontológicos, prótesis, etc.	Empresario: 10% Trabajador: 3.7%
	Seguro complementario privado voluntario.	Seguros de viajes, nivel elevado de prestaciones en caso de hospitalización, indemnización diaria.	Individual
	- aseguradoras de enfermedades no lucrativas - aseguradoras privadas		
Eslovenia	Seguridad social estatal obligatoria	Asistencia médico-sanitaria básica, en parte indemnización diaria, gastos funerarios, etc.	Empresario: 6.46% ⁵ Trabajador: 6.46% ⁴
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel superior de prestaciones.	Individual
Hungria	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria básica, maternidad, indemnización diaria, Excepciones: medicamentos	Empresario: 15% Trabajador: 4%
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel elevado de prestaciones	Individual
Polonia	Seguridad social estatal obligatoria	Prestaciones del seguro de enfermedades: Asistencia médico-sanitaria básica	Empresario: 45% (Véase tabla 8)
República Checa	Aseguradoras de enfermedades públicas y no lucrativas, obligatorias	Asistencia médico-sanitaria completa. Excepciones: medicamentos, odontólogo, operaciones de cirugía estética.	Empresario: 9% Trabajador: 4.5%
	Seguro complementario privado voluntario	Sobre todo, seguro de viajes, indemnización diaria	Individual
Rumania	Fondo estatal de seguro de enfermedad, obligatorio.	Asistencia médico-sanitaria completa. Excepciones: medicamentos en tratamiento ambulatorio.	Empresario: 7%
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel superior de prestaciones.	Individual
Rusia	Fondo federal, así como fondos territoriales y regionales de seguros de enfermedad, obligatorios	Asistencia médico-sanitaria completa.	Empresario: 3.6% ⁶
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel elevado de prestaciones en caso de hospitalización, mejor asistencia tras el alta hospitalaria	Empresario

¹ http://www.who.com/web/es/privatizaciones_en_el_mundo.htm, (Información al 28 de octubre de 2000)

² En la práctica, no en todos los Estados de Europa oriental se cumplen perfectamente y sin demora las prestaciones legalmente establecidas del seguro de enfermedad obligatorio.

³ No se indican aquí las contribuciones de los autónomos ni los pagos del estado.

⁴ Si se suscribe esta variante, que sólo se autoriza para personas con altos niveles de ingresos, se exime al empresario y al trabajador del pago de contribuciones al seguro estatal de enfermedad obligatorio.

⁵ Incluye vacaciones de maternidad o paternidad, financiadas por el trabajador y el empresario con un 0.1 por ciento del salario.

⁶ El 3.4% del salario bruto se abona a los fondos territoriales o regionales de seguros de enfermedad, y el 0.2% a los fondos federales.

En conclusión, los seguros privados de enfermedad sólo existen en Europa Oriental desde hace poco tiempo o incluso se encuentran en fase de creación. En la mayoría de los países todavía no se ha adoptado la decisión política sobre las prestaciones que habrán de ser cubiertas en el futuro por el seguro obligatorio de enfermedades y cuales lo serán por el seguro complementario privado.

Sin embargo, la penetración del seguro en el año 2005 no solo dependerá de esta asignación, sino que también será importante al respecto si las aseguradoras estatales podrán ofertar, junto con las privadas, el seguro adicional voluntario, y si se autorizará igualmente a las privadas a operar en el campo del seguro básico obligatorio. El potencial de crecimiento será especialmente elevado en el caso de que las aseguradoras privadas puedan ofertar también, como ocurre especialmente en Croacia, el seguro de enfermedad obligatorio.

2.2. Asia

En la mayoría de los Estados Asiáticos, la seguridad social contra enfermedades y accidentes está vinculada al empleo. Generalmente, las leyes sólo obligan a las empresas con varios empleados (por regla general, el límite se fija en cinco o en diez empleados) a dar de alta al personal en el seguro estatal de Enfermedad y Accidentes, abonando contribuciones por ellos. De hecho, en caso que los salarios sean inferiores a una cantidad determinada, la contribución para contratar un seguro de salud queda a cargo del patrón únicamente.

Además son frecuentes las limitaciones que han de cumplirse para contratar un seguro de salud cuando los salarios son inferiores a una cuantía determinada, y como consecuencia de ello, resultan excluidos de la seguridad social obligatoria los desempleados, los trabajadores autónomos, el personal de pequeñas empresas y aquéllos con mayores sueldos, todos los cuales representan, en conjunto una gran parte de la población. No obstante, en la mayoría de los países, a los asegurados les está permitido incluir en los programas de seguros estatales a sus familiares de forma voluntaria. De Asia la única excepción es Hong Kong que, en cambio, pone a disposición de los ciudadanos la infraestructura sanitaria estatal de forma casi gratuita.

Sinopsis de los Sistemas de Salud en Asia¹

Pais	Tipo de sistema	Cobertura	Financiamiento (en % del salario bruto)
China	Seguro de enfermedad estatal obligatorio: Para empleados del Estado:	Asistencia médico-sanitana completa	Estado
	Para empleados de empresas estatales.	Gastos médicos, hospitales y medicamentos.	Empresario: 14% Trabajador: aprox. 3%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario.	Individual
Corea del Sur	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Parte de los gastos sanitarios ambulatórios y de hospitalización.	Empresario: 1.5 - 4% Trabajador: 1.5 - 4%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario	Individual
Filipinas	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitana, maternidad, pérdida de ingresos salariales.	Empresario: 5.07% Trabajador: 3.33%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario.	Individual
Hong Kong	Hospitales Públicos	Asistencia médico-sanitana hospitalaria.	Estado
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico-sanitana completa.	Individual
Indonesia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Asistencia médico-sanitana completa.	Empresario: 3% para trabajadores solteros, 6% para casado.
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario.	Individual
Malasia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Gastos sanitarios, invalidez, muerte.	Empresario: 1.25%
	Seguro de invalidez optativo.	Accidente, invalidez, muerte.	Empresario: 0.5% Trabajador: 0.5%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario.	Individual
Singapur	Seguridad social estatal obligatoria	Asistencia médico-sanitana completa, maternidad.	Empresario: 20% Trabajador: 20%
	Seguro de enfermedad privado.	Seguro complementario.	Individual
Tailandia	Seguridad Social estatal obligatoria	Gastos sanitarios, maternidad, pérdida de ingresos salariales.	Empresario: 1.5% Trabajador: 1.5% Estado: 1.5%
	Seguro de enfermedad privado	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario.	Individual
Taiwán	Seguridad social estatal obligatoria	Gastos sanitarios, maternidad	Empresario: 2.55% Trabajador: 1.275% Estado: 0.425%
	Seguro complementario optativo para familiares	Parte de los gastos sanitarios, maternidad.	Empresario: 2.4225% Trabajador: 1.275% Por cada miembro de familia
	Seguro de enfermedad privado	Asistencia médico-sanitana completa o seguro complementario.	Individual

Como podemos observar, en Asia, el seguro privado de enfermedad y accidentes posee una importancia secundaria, a causa del predominio estatal en este ámbito, y no es previsible una modificación del reparto entre la oferta privada y los sistemas estatales en un futuro próximo.

¹ Idem

2.3. América Latina

En América Latina, ha existido una gran similitud en el manejo de la Seguridad Social para la parte de Salud, es decir, ésta fue reglamentada de acuerdo a las Leyes propias de cada país, existiendo la tendencia generalizada no sólo en Latinoamérica sino en el resto del mundo de que la protección de Salud para los trabajadores y sus familiares dependientes, quedaba a cargo del gobierno, a través del pago de cuotas mensuales distribuidas entre el mismo trabajador, el patrón y el gobierno.

Las Reformas de los Sistemas de Seguridad Social son determinantes en el futuro del negocio de los seguros de Vida y Enfermedad. Chile fue el primer país en sustituir la seguridad social estatal por un sistema privado obligatorio de previsión de la vejez. Le siguieron otros países latinoamericanos con una privatización en algunos casos parcial del seguro de jubilación obligatorio.

Las Reformas de la Seguridad Social correspondientes al sector salud en Chile y Colombia, han suprimido el monopolio estatal de la seguridad social y se ha permitido el establecimiento de aseguradores privados de enfermedad especializados para el seguro básico obligatorio de la población laboral, (las aseguradoras privadas pueden crear seguros de enfermedad semejantes, pero tienen que administrarlos de forma separada. Además, están sometidas a una autoridad inspectora propia, por lo que sus datos no aparecen en las estadísticas de seguros privados). Por lo anterior, en Chile y Colombia se han desregulado los sistemas de la seguridad social y se ha autorizado el establecimiento de entidades privadas del cuidado de la salud para el seguro básico obligatorio.

El sistema Chileno de salud permite a los asegurados optar por salir del sistema público de salud FONASA (Fondo Nacional de Salud) si contratan una cobertura privada con una ISAPRE (Institución de Salud Previsional), lo que no significa que el sistema público deje de existir. Las ventajas de la cobertura privada se encuentran en la libertad de la elección, en mejores estándares hospitalarios y en la carencia de la lista de espera. Tanto en FONASA como ISAPRE los asegurados deben contribuir con un 7% de sus salarios (con un tope máximo), así, mientras que las contribuciones a FONASA se basan en el salario, las primas se calculan en función de factores de riesgo tales como la edad y el sexo. El alcance de la cobertura es el único parámetro que varía si la prima es predeterminada, es decir si el 7% del salario de una persona resulta insuficiente, por ejemplo en personas de mayor edad o cuando se incluyen varios hijos, entonces la cobertura se reduce consecuentemente.

En Colombia la necesidad de reformar el sistema de seguridad social fue impulsada por un creciente descontento debido a que la mayoría de la población no estaba realmente cubierta. La esencia del nuevo sistema de salud se establece en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y prevé una cobertura integral y eficiente utilizando no necesariamente tecnología de vanguardia, sino utilizando protocolos de tratamiento, medicamentos genéricos, haciendo énfasis en la medicina preventiva. Dos elementos fundamentales en la organización y el mantenimiento de la salud son las EPS (Entidades Promotoras de Salud), que son la columna vertebral del sistema, ya que garantizan los servicios de salud a través de un pago per cápita, y las IPS (Instituciones prestadoras de Servicios), que mantienen su autonomía técnica y financiera.

Actualmente en los demás países latinoamericanos se debate la privatización de los servicios de salud estatales. La deficiente calidad de las instalaciones de la seguridad social hizo aumentar la demanda de seguros de enfermedad privados. Por ello, las compañías de seguros privadas se encuentran a menudo en competencia directa con servicios de salud que no están sometidos a la inspección de seguro. Los seguros privados de enfermedad son voluntarios y complementarios de la seguridad social, pero en la mayoría de los países latinoamericanos cubren por completo la asistencia médico-sanitaria de los asegurados.

Por otra parte económicamente hablando, la máxima importancia la alcanzan los seguros privados en Venezuela y Brasil. El seguro de enfermedad privado en Venezuela es el más notorio (0.5% del PIB). Recientemente en este país, se han creado organizaciones sanitarias privadas que ofertan seguros de enfermedad en competencia con la seguridad social estatal, cuyas prestaciones médicas son de muy baja calidad. La Reforma de la Seguridad Social que actualmente es debatida, comprende asimismo la salud pública, pero todavía no pueden preverse los resultados de este proceso político. En Brasil (1997), se estimaba que unos 35 millones de brasileños disponían de un Seguro Privado de enfermedad. De hecho para las compañías de seguros, el ramo de enfermedad comenzó a considerarse más importante que el negocio de vida. Y debido a que la calidad de la sanidad es tan insatisfactoria en este país, la población ha venido prefiriendo la asistencia médica privada.

En pocas palabras, a excepción de los países señalados anteriormente (Chile, Colombia, Venezuela y Brasil), los restantes siguen contando con un seguro de enfermedad estatal para los trabajadores, además de instalaciones sanitarias estatales gratuitas. Pero la insuficiencia de sus prestaciones y su deficiente calidad, junto con las largas listas de espera han originado en los últimos años un gran incremento de la demanda de asistencia médico-sanitaria privada, tal y como se puede observar a continuación.

Sinopsis de los Sistemas de Salud en América Latina¹

País	Tipo de sistema ²	Cobertura	Financiamiento (en % del salario bruto)
Argentina	Seguro social de enfermedad obligatorio (obras sociales propias de cada sector económico)	Asistencia médico-sanitaria completa	Empresario: 6% Trabajador: 3%
	Seguro de enfermedad privado a través de: - organizaciones sanitarias (Medicina prepagada) - aseguradoras privadas	Asistencia médico-sanitaria completa seguros complementarios a los seguros de vida	Individual
Brasil	Seguro social estatal	Prestaciones del seguro de enfermedades: asistencia médico-sanitaria completa	Empresario: 20-22,5% ³ Trabajador: 8-10% ¹
	Seguro de enfermedad privado voluntario a través de: - diversas organizaciones sanitarias - aseguradoras privadas	Asistencia médico-sanitaria completa.	Individual
Colombia	Seguro social de enfermedad obligatorio, a elegir entre entidades de sanidad estatales y privadas (EPS)	Asistencia básica médico-sanitaria completa.	Empresario: 8% Trabajador: 4%
	Seguro complementario voluntario a través de: - entidades de sanidad - aseguradoras privadas	Seguros complementarios, nivel de prestaciones más elevado, franquicias en el seguro obligatorio.	Individual
Chile	Seguro social de enfermedad obligatorio, a elegir entre sistema estatal (FONASA) y entidades de sanidad privadas (ISAPRE)	Asistencia médico-sanitaria básica, nivel de prestaciones individual según la caja de enfermedad.	Trabajador: 7%
	Seguro complementario voluntario a través de: - entidades de sanidad - aseguradoras privadas	Seguros complementarios, nivel de prestaciones más elevado, franquicias en el seguro obligatorio.	Sobre todo empresario para seguro colectivo
Ecuador	Seguridad social estatal obligatoria	Asistencia médico-sanitaria indemnizaciones diarias por enfermedad	Empresario: 4,71%
	Seguro de enfermedad privado voluntario.	Asistencia médico-sanitaria completa.	Individual
México	Seguridad social estatal obligatoria	Asistencia médico-sanitaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad	Empresario: 8,75% Trabajador: 3,125% Estado: 0,825%
	Seguro de enfermedad privado voluntario.	Gastos hospitalarios	Individual
Perú	Seguridad social estatal obligatoria (excepción: los empresarios que aseguren privadamente a sus trabajadores)	Asistencia médico-sanitaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad	Empresario: 8% Trabajador: 3%
	Seguro de enfermedad privado voluntario, alternativa a la seguridad social - seguro complementario	Asistencia médico-sanitaria completa, seguro complementario.	Individual
Uruguay	Seguridad social obligatoria, ofertantes privados	Asistencia médico-sanitaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad	Empresario: 5% Trabajador: 3%
	Seguros de enfermedad privados.	Seguros complementarios	Individual
Venezuela	Seguridad social estatal obligatoria	Asistencia médico-sanitaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad	Empresario: 4,25-6,25% Trabajador: 4% Estado: resto
	Seguro de enfermedad privado voluntario a través de: - organizaciones sanitarias - aseguradoras privadas	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario.	Individual

¹ Idem² En esta sinopsis no se incluyen los hospitales públicos, financiados con fondos procedentes de los impuestos generales, y que proporcionan acceso a la sanidad a aquellos de la población no integrados en el sistema de la seguridad social.³ Incluye todas las contribuciones a la seguridad social estatal (prevención de la vejez y seguro social de enfermedad)

2.4. América del Norte

Canadá tiene un sistema de salud financiado por el Sector Público, pero orientado de manera privada, el cual se identifica como un conjunto de 10 planes de seguros de salud locales y tres territoriales, ligados unos a otros. Este sistema es conocido como "Medicare" y proporciona acceso completo y cobertura total para todas las necesidades médicas en hospital y servicios médicos dentro y fuera de hospitales. La administración y control de los servicios de salud, evaluación de los servicios hospitalarios, servicios médicos, y demás servicios relacionados, así como el financiamiento de los mismos, es responsabilidad de cada plan local o territorial.

El papel que el gobierno federal juega en el sistema de salud, se limita al establecimiento y administración de los principios nacionales o estándares (mediante el Tratado de Salud de Canadá, "Canada Health Act": CHA), financiando los planes locales mediante transferencias fiscales y ejecutando funciones para las cuales es constitucionalmente responsable, como es el de proveer de servicios médicos a grupos específicos, entre los cuales están los veteranos, nativos canadienses que viven en las reservas, personal militar, prisioneros de la penitenciaría federal y la Policía Montada Canadiense. Otras funciones del gobierno federal incluyen la protección y promoción de la salud, así como la prevención de enfermedades.

Alrededor del 95% de los hospitales en Canadá operan como entidades privadas no lucrativas, controladas por un consejo comunitario, organizaciones de voluntarios o municipalidades. Los hospitales tienen el control de los recursos siempre y cuando se mantengan dentro del presupuesto establecido por las autoridades del plan local de salud.

Adicionalmente a los hospitales y servicios médicos, los planes locales o territoriales ofrecen también cobertura pública para otros servicios de salud que no están incluidos en la red nacional del Seguro de Salud para ciertos grupos de la población (por ejemplo ancianos, niños). Estos servicios suplementarios de salud incluyen la prescripción de medicamentos, cuidados dentales, de visión, equipo de recuperación y prótesis (sillas de ruedas, muletas, etc.). El sistema de salud en Canadá es financiado principalmente a través de impuestos, locales y federales de manera individual, y por impuestos sobre ingresos corporativos.

Por la parte de Estados Unidos, los sistemas que administran el Servicio de Salud son: el PPO (Preferred Provider Organizations), HMO (Health Maintenance Organizations) y TPA (Third Party Administrator). A partir de 1992, los sistemas PPO y HMO, a través de administradoras privadas con fines de lucro de servicios de salud tienen muchas variantes. En esencia prometen abaratar los costos del paciente a cambio de restringir su libertad de elección (el servicio se les da de acuerdo a

ciertas reglas y en ciertas instituciones relacionadas o controladas por cada HMO). Ellas supervisan los gastos y comprueban la calidad del servicio ofrecido por los doctores.

En general, existen dos tipos de cobertura: los planes de seguro tradicional o los planes de atención administrada. A su vez los planes de atención administrada pueden ser de dos tipos: de proveedor preferido (PPO), o de organización de mantenimiento de salud (HMO), cuyas características principales se muestran en el siguiente cuadro:

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)	Proveedor Preferido (PPO)
<ul style="list-style-type: none"> • Financia y provee los servicios Médicos • Involucran redes de doctores, hospitales y aseguradores, quienes participan en el negocio. • El Servicio Médico es otorgado a cambio de un pago mensual fijo, sin importar qué tantos servicios sean utilizados. • El Acceso a Médicos Especialistas únicamente si son canalizados a través del Médico General. • Se usan los copagos, sin aplicar deducible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en un conjunto de doctores y/o hospitales que proveen servicios médicos a un grupo o asociación en particular. • Puede ser financiado por la compañía de seguros, por patronos u otro tipo de organizaciones. • Manejan descuentos en sus servicios e implementan controles de utilización para reducir los costos. • Los deducibles y copagos son limitados. • Los miembros no necesariamente tienen que usar a los médicos de la red del PPO, pero hay fuertes incentivos financieros para hacerlo (con externos aplican deducibles).

Los planes de seguro tradicional (también conocidos como planes de indemnización o de pago-por-servicio) le permiten al asegurado ir al médico que él escoja, pero requieren que el usuario pague por los servicios y luego presente la reclamación (o permita que el médico o proveedor la presente) para reembolso. Los planes más comunes de pago-por-servicio ofrecen amplios servicios de salud. Los planes de atención administrada utilizan redes de médicos y proveedores para ofrecer servicios amplios de salud. Estos planes pueden exigirle al asegurado que use a los proveedores en su red de servicios, o pueden ofrecerte incentivos para animarlo a que los use.

El esquema TPA se aplica para planes autónomos de beneficios de Salud, cuya regulación es responsabilidad del Departamento de Trabajo de Estados Unidos. Third Party Administrator (TPA) es un administrador externo contratado por el patrón, el cual tiene como finalidad coordinar a los proveedores de servicios médicos, así como procesar las reclamaciones y documentación. En este esquema el patrón o la asociación de trabajadores reserva fondos y primas que los asegurados pagan mensualmente para hacer frente a las reclamaciones, siendo éstos quienes asumen la responsabilidad de suministrar los beneficios.

2.5. México

Como ya vimos en el capítulo anterior, el sistema de salud de México se compone por instituciones divididas en tres grupos: Financiamiento tripartita, Financiamiento Gubernamental e Instituciones Privadas, en donde las instituciones que forman parte de los dos primeros grupos presentan insuficiencias en cuanto a la calidad y eficiencia con que prestan sus servicios, provocadas muchas veces por factores ajenos a las mismas, tales como: transferencias de recursos entre los distintos ramos de aseguramiento, extensión del servicio para todos los familiares directos del asegurado considerando únicamente la cuota de éste último, incorporación al esquema de diversos grupos con condiciones irregulares de trabajo, aumento de las enfermedades crónico degenerativas, vinculación de las contribuciones al empleo y salarios, entre otras.

Para contrarrestar los efectos de lo anterior, se han propuesto diversos mecanismos para fortalecer el financiamiento y ampliación de la cobertura de los servicios de Salud. Al respecto, es importante hacer mención que la administración del Lic. Vicente Fox Quezada aspira a construir un país en el que todos cuenten con la oportunidad de tener un alto nivel de vida, pero no será posible si la población no posee la educación que le permita, dentro de un entorno de competitividad, planear su destino y actuar en consecuencia; tampoco será posible si la población no cuenta con servicios adecuados de salud y si no existe seguridad para personas e instituciones. Sin embargo, para lograr el cambio, en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se establece que se deben respetar tres prioridades: fortalecer un desarrollo social y humano con énfasis en educación de vanguardia y en un sistema integral de salud; lograr un desarrollo económico dinámico, con calidad, incluyente y sustentable, que promueva la competitividad nacional, y transformarnos en una sociedad que crezca con orden y respeto, con gobernabilidad democrática y seguridad pública.

En torno a este aspecto es bien sabido que la salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México y los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera. El progreso alcanzado en el pasado, que se manifiesta, por ejemplo, en la reducción de la mortalidad infantil y en el crecimiento de la esperanza de vida, no debe conducir a ignorar que existen todavía sectores de la población que no tienen a su alcance la atención, los servicios médicos y los medicamentos que les ayuden a tener una vida sana y les proporcionen la seguridad y confianza que requieren para su cabal desarrollo.

Por otro lado, el perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio en las actividades ocupacionales y de la educación. Hoy, las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte, y están emergiendo enfermedades y padecimientos como el SIDA, hasta muy recientemente de poca importancia nacional.

Por ello es necesario que se continúen desarrollando los sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población.

Además de los cambios que están ocurriendo por efecto de la educación y la salud, las transiciones demográfica, social, económica y política han modificado y siguen transformando el espectro social y humano de nuestro país. Los cambios en la estructura y distribución de la población, la recomposición social que ha tenido lugar y que significa la presencia activa de grupos y regiones hasta hace poco ignorados o callados, las fuerzas y apoyos que plantean la competencia global y la tecnología moderna, se unen a las demandas y exigencias ancestrales y afectan las posibilidades y el rumbo para el desarrollo de la nación.

Por otra parte, en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 se reconoce que las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación en que se encuentran muchos mexicanos, así como las escasas oportunidades que tienen de educación, capacitación y empleo, merman su confianza personal y familiar. Estas circunstancias les impiden participar de manera constructiva en la colectividad. No es posible un desarrollo humano efectivo y sostenido cuando se vive en condiciones de insalubridad y hambre; no es posible potenciar las capacidades de las personas que se encuentran en la pobreza extrema; no es posible pedir que sean autosuficientes a quienes luchan por subsistir.

El primer eje de la política de desarrollo social y humano se refiere, precisamente, a los **niveles de bienestar** de los mexicanos, y está orientado a evitar que existan grupos de la población mexicana cuyas condiciones de vida, oportunidades de superación personal y de participación social, se encuentren por debajo de ciertos límites. Una manera de lograrlo es a través de continuar e iniciar programas y acciones específicas que transfieran recursos económicos y se canalicen para mejorar los servicios médicos y sanitarios; proporcionar respaldo educativo y capacitación

considerando, en casos específicos, las características de las culturas bilingües; invertir en infraestructura para que cuenten con servicios esenciales como carreteras, energía eléctrica, agua potable, sistemas de comunicación. Todo ello, para agilizar su incorporación a la dinámica general del país y crear mayores oportunidades productivas.

A fin de evaluar los resultados de la acción gubernamental en las tareas de incrementar la satisfacción de las necesidades básicas en cantidad y calidad, se medirán los avances en aspectos tales como educación, salud, vivienda, infraestructura y reducción de la pobreza. Como indicadores de los resultados de gobierno se utilizará información sobre las oportunidades en el acceso a la salud, a la educación, al trabajo y en otros aspectos del ámbito social y humano que tengan distintos grupos de la población, para lo cual las estadísticas que elaboren las dependencias de la administración pública reflejarán las diferencias por género.

Resulta obvio que a medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe hacerlo. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos. Las premisas que inspiran el compromiso del gobierno de la República con la salud de los mexicanos son:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. Para ello se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables (que abarquen acciones en todos los sectores).
4. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

Para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, se han planteado cuatro objetivos principales:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud.

Las estrategias¹ a seguir son las siguientes:

Estrategias:

- Elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias. Teniendo como objetivo asegurar el acceso a los servicios de salud y que los usuarios reciban un trato profesional y digno, que los satisfaga plenamente y que, al mismo tiempo, protejan la economía familiar de gastos excesivos, para fortalecer la cohesión social al reducir las desigualdades. Asimismo, se buscará la participación responsable de la población en el cuidado preventivo individual, familiar y colectivo de la salud.
- Contribuir al desarrollo integral de las familias mexicanas mediante el otorgamiento de prestaciones y servicios de seguridad social. Teniendo como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, previo cumplimiento de los requisitos legales.
- Desarrollar y ampliar las modalidades de seguridad social: brindando una mejor atención a la población y a las nuevas familias que demandarán y tendrán derecho al servicio, y apoyar a quienes no tienen esta protección; mediante la concertación entre instituciones públicas y privadas, se buscará aumentar las oportunidades de acceso a las estancias infantiles para los hijos de las madres trabajadoras y mejorar así las oportunidades de participación de las mujeres en la vida productiva para elevar su calidad de vida.

Es importante mencionar que en la administración del Dr. Ernesto Zedillo ya se habían planteado algunas propuestas con referencia a la mejora del Sistema de Salud. En la siguiente sección se hablará del paquete Básico de Servicios de Salud como una medida que se adoptó para hacer frente a las necesidades respecto a Salud de la sociedad, que sin dejar de lado las mejores intenciones por las que fue creado, no satisfizo la demanda de los usuarios de los servicios médicos, razón por la cual el sector asegurador ve ésta como una buena oportunidad de inversión.

¹ Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006

2.5.1. Paquete Básico de Servicios de Salud

Para cumplir con el derecho a la protección de la salud, la administración del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León se planteó como uno de sus objetivos ampliar el acceso regular a servicios básicos de salud a toda la población mexicana antes del año 2000. Para ello el Consejo Nacional de Salud diseñó el paquete Básico de Servicios de Salud, el cual se define como el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias, como factores de riesgo, lesiones y enfermedades. Se trata de intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud, factibles de instrumentar, de bajo costo y de alto impacto. Sin embargo, al Seguro de Salud para la Familia (Paquete Básico de Servicios de Salud), programa establecido por el IMSS, se han inscrito las personas que tienen capacidad contributiva a un esquema de incorporación voluntaria al seguro social, pero no ha cubierto las expectativas que se forjaron con su creación, ya que fue pensado como una importante ayuda a la salud y economía familiar, que permitiría tener derecho a los servicios médicos que presta el IMSS por un precio menor que el de cualquier seguro privado.

Prácticamente el Paquete Básico de Servicios de Salud se creó para habitantes que no cuentan con acceso regular a servicios básicos de salud, es decir, en su gran mayoría la población rural dispersa que vive en condiciones de alta marginación y que se concentra en los estados del centro o sur del país. Esta población sufre de enormes rezagos en términos de salud, que incluyen altas tasas de enfermedades infecciosas, problemas frecuentes de salud materna y perinatal, y graves problemas de desnutrición. Estos problemas de salud se constituyen en obstáculos serios para el desarrollo de estas comunidades y generan problemas de inequidad que se hacen necesarios combatir.

Por otra parte, las personas que así lo deseen pueden afiliarse al régimen del Seguro Social de manera voluntaria, mediante la celebración de un contrato con el Instituto que mediante una anualidad de 3 mil 098 pesos con setenta centavos al año 2001, se cubrirán los gastos médicos familiares de todos los niveles de atención: asistencia médico - quirúrgica, farmacéutica, obstétrica y hospitalaria del titular del núcleo familiar, beneficiarios y familiar adicional.

2.5.2. Incursión del Sector Asegurador en el Servicio de Salud

Las compañías aseguradoras parten de un principio fundamental: visualizar los servicios médicos como un negocio. De tal manera que realizan fuertes inversiones en una infraestructura que soporte la atención con calidad en materia de salud, situación que pone en evidente desventaja al Seguro de Salud para la Familia.

Con el decreto de reformas a la LGISMS, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 31 de diciembre de 1999, se estableció que el Ramo de Salud sólo podrá practicarse por instituciones de seguros autorizadas y, de manera adicional, el ramo de gastos médicos. La operación y desarrollo del Ramo de Salud estará sujeto a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y de la Secretaría de Salud (SS). Con la aprobación se autorizó la participación de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en el Ramo de Salud, a partir del 1º de enero de 2000.

Así, grandes consorcios financieros podrán incursionar en el sector de los servicios de salud públicos porque con la iniciativa de reformas analizada y aprobada, la población en general, incluyendo a los derechohabientes del IMSS, tendrá la alternativa de adquirir un Seguro de Salud, siempre y cuando sus percepciones salariales sean superiores al mínimo mensual del Distrito Federal.

El objetivo explícito de la iniciativa aprobada es otorgar protección jurídica a los intereses del público usuario de los servicios de seguro en el Ramo de Salud, implicando modificaciones a diversas disposiciones con el fin de precisar la prestación de los servicios de salud, aún cuando se realice con recursos e instalaciones propios, como operación activa de seguros y con ello autorizar la práctica del ramo respectivo únicamente a instituciones de seguros. Las empresas así autorizadas, podrán operar conjuntamente el ramo de gastos médicos.

Sin embargo, el objetivo implícito de la iniciativa se enfoca a la participación de la inversión privada, vía aseguradoras, en el Ramo de Salud, para lo cual no fue necesario reformar la Ley del Seguro Social ni la del ISSSTE. Estas compañías privadas tendrán en la mira a las personas que obtienen ingresos económicos superiores a tres salarios mínimos. Atenderán a un sector de la población de ingresos de nivel medio y alto que actualmente no reciben los beneficios o la atención médica en el IMSS.

Los beneficiados de estas organizaciones serán aquellas empresas que deseen brindar una prestación adicional a sus trabajadores, profesionistas independientes, comerciantes, prestadores de servicios y en general, personas que no cuentan con un servicio de salud de tipo social.

Por su costo relativamente bajo, las personas podrán contar con servicios de atención médica de primer contacto a través de clínicas, hospitales y redes de prestadores de servicios, sin la necesidad de contratar un seguro de Gastos Médicos Mayores que para muchas personas resulta inaccesible por sus altos costos.

De tal manera que las personas que tengan la capacidad económica para contratar un Seguro de Salud con una compañía autorizada, definitivamente sí tienen la posibilidad de obtener servicios médicos de mayor calidad, entonces podrán decidirse por contratar con una aseguradora en una póliza por Salud en vez de contratar el Seguro de Salud para la Familia del IMSS.

2.5.3. Objetivos del Sector Asegurador

La participación de las aseguradoras en materia de salud, tendrá un impacto importante en la emisión de primas y en la constitución de reservas, ya que en estimaciones recientes se aprecia que los particulares gastan en atención de servicios médicos fuera de la seguridad social en un año, alrededor del 2.5% del Producto Interno Bruto (PIB), y se considera que cerca del 40% de estos recursos podrán captarlos las aseguradoras en los siguientes años, lo que equivaldría al 1% del PIB por cobro de primas.

Por otra parte, en cuestión de indicadores que permitan evaluar los resultados de las acciones, además de continuar con los que actualmente el Sistema de Salud ya genera, que son:

- Porcentaje de ocupación hospitalaria.
- Porcentaje de Cesáreas.
- Promedio de Días de Estancia.
- Tasa de Infecciones hospitalarias.

Se pretende manejar indicadores de Calidad Técnica y de Trato Digno, tales como:

Indicadores de Calidad Técnica	Indicadores de Trato Digno
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de infecciones intrahospitalarias. • Porcentaje de complicaciones postquirúrgicas. • Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas. • Porcentaje de ocupación hospitalaria. • Promedio de días estancia. • Porcentaje de reingresos hospitalarios. • Porcentaje de cesáreas. • Indicadores de Recursos Humanos clave. • Porcentaje de cumplimiento en la integración del expediente clínico conforme a las Normas Oficiales Mexicanas Correspondientes. • Certificaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de los usuarios. • Códigos de ética y Derechos de los pacientes. • Promedio de tiempos de espera en consulta de urgencias. • Satisfacción con tiempos de espera en consulta de urgencias. • Información clara y veraz a los pacientes • Satisfacción con la información.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Mediante los indicadores anteriores se podrá estandarizar la información estadística y se propiciará un consenso entre hospitales privados, sector público y sector asegurador contando con un sistema de información útil para la evaluación del desempeño y con parámetros de referencia para la toma de decisiones.

2.6. Resultados

En los años en que hizo aparición la reforma de las Instituciones Públicas de Salud, desde la microeconomía se introdujeron en salud una serie de conceptos que reconfiguraron la visión de la atención en salud. Un documento del Banco Mundial, el Informe sobre el Desarrollo Mundial, publicado en 1993, fue dedicado a salud, cuyo objetivo principal era generar la Inversión en salud. Los conceptos utilizados allí se convirtieron en el sustrato dominante para la negociación de créditos para el apoyo a la reforma de los sistemas de salud en el continente americano, y por tanto, con una buena dosis de oportunidad, alimentaron la visión de la política de salud para nuestros países y nutrieron de argumentos técnicos a funcionarios foráneos y domésticos, en la década de los 90's.

Las bases de sustentación del documento citado del Banco Mundial, que contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud-OMS y de varias escuelas de salud pública y grupos de investigación prestigiosos de los países industrializados, fueron:

- I. Existe una asignación equivocada de recursos en los sistemas de salud, dedicándose una proporción de los mismos a intervenciones de escaso beneficio, en función de los costos.
- II. La inequidad e ineficacia de los sistemas de salud actuales.
- III. La necesidad de utilizar adecuadamente los escasos recursos de los países en desarrollo mediante una estricta definición de las externalidades de las acciones de salud y la focalización del gasto público en los más pobres.
- IV. La promoción de la competencia como factor de eficiencia y de ampliación de las oportunidades de elección por los usuarios de servicios de salud.
- V. La asunción de riesgos compartidos entre financiadores y prestadores de servicios.
- VI. La separación de funciones de regulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios de salud.
- VII. El uso adecuado de recursos privados y de organizaciones no gubernamentales para la atención de la salud, restringiendo el campo de actuación de lo público a la satisfacción de

bienes públicos y la generación de canastas básicas de atención con criterios de costo/beneficio.

- VIII. La recuperación de costos y establecimiento de cuotas moderadas en el uso de los servicios de salud.
- IX. La descentralización hacia niveles subnacionales y la privatización o externalización de servicios públicos.
- X. La subsidiaridad del Estado en Salud, es decir, la responsabilidad primordial del individuo y las familias por su salud.
- XI. La desideologización y despolitización de la salud pretendiendo darle un carácter neutralmente tecnocrático a los procesos de cambio en salud.

Este podría ser el principio de la solidaridad del sistema de salud y la estabilidad es parte de la esencia de la Seguridad Social, ya que el afiliado está cotizando en su etapa laboral activa con el fin de que en su edad de descanso pueda disfrutar de ingresos relativamente iguales a los de su etapa de trabajo. En materia de salud ocurre igual: cotiza mientras está sano con el fin de tener acceso a beneficios de salud cuando enferme. En cualquier sistema de salud se debe vigilar que ninguno de estos principios falte a los afiliados a partir del momento en que forme parte de alguno de los dos subsistemas (privado o público), cuidando que no difiera en el servicio básico tanto en el número de prestaciones que son otorgadas, como en la suficiencia y la calidad de las mismas.

De no ser así, podría darse un sistema estratificado de acceso a paquetes de beneficios de acuerdo a la capacidad de pago de los afiliados. Entonces si se acepta que haya estratos más altos, estos imponen otros desafíos al sistema. Básicamente se cuestionan si estos planes pudieran tener un efecto nocivo sobre el sistema en términos de atraer a los mejores proveedores y dejar el resto del sistema con una red de servicios de menor calidad, o si estos planes pudieran ejercer presión en la sociedad por lograr un derecho igual, obligando a los planes de los estratos inferiores a parecerse a los del estrato superior. Y efectivamente, puede observarse que existen dos tipos de sistemas estratificados: el primero, en que una gran proporción de población accede a servicios de salud en general buenos, y otra proporción menor tienen acceso a planes complementarios mucho mejores; el segundo, en que una proporción minoritaria accede a servicios bastante buenos y la mayoría a servicios y planes de salud de muy pobre cobertura y baja calidad.

Lo anterior se debe cuidar para no provocar una ruptura de la integralidad, la continuidad de la atención, y la separación de los diferentes niveles de atención, lo cual podría implicar ineficiencia económica, técnica y social de los servicios de salud, así como un deterioro de la calidad de la atención y una inestabilidad del sentido de pertenencia del personal al sistema.

Por otra parte, la Academia Nacional de Medicina de Colombia menciona que para no convertir al médico en un operario medianamente calificado para el cumplimiento de una jornada laboral, en esencia es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias.

Y en la relación médico paciente, la Academia señala que se sufriría una conversión del paciente en usuario, concebido como cliente y consumidor de un producto industrial, señalando que la responsabilidad social del Estado es delegada a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantán la gobernación política, y el concepto del rendimiento industrial aplasta a la milenaria moral hipocrática.

En síntesis, la Academia Nacional de Medicina de Colombia llega a las siguientes conclusiones:

- I. Se deben tomar en cuenta las notables diferencias regionales,
- II. Desarrollo de mecanismos efectivos de control,
- III. Existencia de sistemas de información seguros y confiables,
- IV. Vigilar la capacidad administrativa y seguimiento, así como un debido control en el sistema,
- V. Definir claramente los derechos del usuario en cuanto a sus relaciones con las Instituciones especializadas de salud,
- VI. Vigilar la calidad de la atención, del profesionalismo y del capital intelectual del sistema.

Sin embargo y pese a lo anterior, los gobiernos siguen una política de Libre Mercado, en donde la competitividad es el desarrollo de la sociedad y generan crisis políticas ante la deficiencia del Estado provocando que la gente se desanime del Sector Público. A través de éstas crisis se genera impulso en la investigación, desarrollo, ciencia y tecnología; pero para ello, se necesitan grandes inversiones, y esto es lo que básicamente abre el paso a las Instituciones Privadas.

Contradictoriamente, lejos de que el Estado desee frenar este proceso, permite que siga su curso, ya que busca retirarse de realizar estas grandes inversiones, sin dejar de regular el Estado de Derecho y vigilar que las empresas privadas que se dedican a atacar los problemas en los que el Estado es deficiente, se apeguen a cierta normatividad que rija sus operaciones, con la finalidad de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios que sean ofrecidos a la población.

Capítulo 3

Marco Legal

El conocimiento nos conduce a lugares sin fronteras

3. Marco Legal

En este capítulo se hablará sobre las modificaciones que fueron necesarias realizar a la LGISMS así como la emisión de Reglas para la Operación del Ramo de Salud (RORS), esenciales para el control del mercado de servicios médicos que se está desarrollando tan ávidamente y que de no estar regulado representaría un gran riesgo tanto para los inversionistas como para los asegurados.

3.1. Problemática

En los últimos años se ha desarrollado rápidamente un mercado de servicios médicos que está orientado a ofrecer servicios que combinan dos modalidades:

- Servicios médicos prepagados, y
- Atención médica relacionada con la ocurrencia de riesgos.

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

Las empresas oferentes que participan en este mercado pueden pertenecer a uno de los 3 esquemas siguientes, de los cuales sólo el primero contaba con regulación formal antes de las reformas legales.

• Aseguradoras tradicionales de Seguro de Gastos Médicos Mayores o de giro único en materia de Seguro de Salud.

- Empresas que ofrecen estos servicios con recursos propios.
- Empresas que dan el servicio con recursos de terceros.

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

La ausencia de un esquema regulatorio mínimo necesario ha propiciado que este mercado crezca de manera anárquica y desordenada, provocando una competencia desleal, así como incertidumbre jurídica que ha detenido proyectos de inversión privada en esta área; al mismo tiempo se han dado casos de quiebra por no tener el adecuado soporte técnico-actuarial, médico y financiero, que han perjudicado directamente a los consumidores de estos productos, evidenciando la falta de garantías a los consumidores para hacer valer sus derechos en caso de incumplimiento, causando una seria desconfianza.

Por otra parte, al analizar los servicios ofrecidos por las empresas oferentes, las autoridades reconocen que esta actividad involucra elementos de calidad y suficiencia médica, así como transferencia de riesgos, constituyéndola en una operación activa de seguros. La razón fundamental para incorporar los servicios médicos prepagados con asunción de riesgos a un régimen regulado, es porque se trata de un mercado en rápida expansión que concentra a un número creciente de personas, el cual implica una alta responsabilidad social al involucrar el cuidado de la salud de un gran número de individuos, quedando latente el incumplimiento a los usuarios por parte de empresas que han desarrollado este tipo de actividades sin sustento técnico, médico y financiero; provocando posibles situaciones de quiebra.

Así, mediante el decreto publicado en el DOF el 3 de enero de 1997 los servicios médicos prepagados que involucran una transferencia y asunción de riesgos, se tipifican en un ramo específico:

- Accidentes Personales
 - Gastos Médicos
 - Salud
- 
- Seguros dirigidos a fomentar la salud:
 - Seguimiento y Promoción,
 - Evitar complicaciones,
 - Diagnóstico oportuno,
 - Dirigidos a restaurar la salud mediante acciones terapéuticas y de rehabilitación.
 - Coordinados por un profesional de la salud.
 - Involucran aseguramiento, administración y prestación.

Posteriormente, en el decreto publicado en el DOF del 31 de diciembre de 1999, se modifica en la LGISMS, la definición de operación activa de seguros para el caso de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, otorgando únicamente el derecho de ésta práctica a instituciones de seguros autorizadas para este efecto, surgiendo así las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). De igual manera se establece que la SS participaría en la regulación y supervisión en aspectos médicos.

Sin embargo, se prevén nuevamente modificaciones a la LGISMS, donde se incluya la figura de un contralor Normativo, cuya función principal será el adoptar medidas para evitar conflictos de interés y uso indebido de la información, analizar los informes y dictámenes de los auditores externos (contable o actuarial) o de la CNSF, revisar el seguimiento de los planes de regularización y de autocorrección, informar de forma anual a la CNSF sobre el cumplimiento de las actividades a su cargo.

Se prevé establecer nuevos requisitos para la valuación de reservas y requisitos para el actuario responsable de certificarlas, derogar la reserva de previsión, y en caso que las ISES contraten con terceros servicios o efectúen operaciones para el cumplimiento de sus obligaciones derivadas de las pólizas de seguro y que la SHCP repunte como complementarias o auxiliares a sus operaciones, entonces deberán presentar los contratos que con estas personas hayan celebrado, y acompañar de un dictamen jurídico y de un análisis de congruencia entre Nota Técnica y Documentación Contractual al momento de registrarlas. Así mismo, en caso de no mantener el capital mínimo de garantía, que se pueda someter a aprobación de la CNSF un plan para subsanar las irregularidades detectadas.

Por otra parte, la Secretaría de Salud será quien regule los requerimientos sanitarios de prestadores, supervise la suficiencia de recursos, calidad, utilización, referencia-contrareferencia de pacientes dentro de los planes de salud, contratos con proveedores, sistemas de información, etc. La CNSF, por su parte, será quien regule los componentes de riesgo técnico de seguro y financiero, tales como Notas Técnicas, Reservas Técnicas, Inversiones, Capital Mínimo de Garantía, Contratos de Adhesión, Reaseguros y Sistemas de Información, adecuándose a los criterios específicos de esta actividad.

Básicamente, los productos ofrecidos por este mercado, tiene cuatro componentes fundamentales que deben considerarse en su regulación y supervisión:

- **Servicios Prepagados.** Recursos cobrados de manera anticipada para otorgar un servicio en el tiempo. Por ejemplo, cierto número de consultas anuales, los cuales deben ser suficientes y constituir una provisión amortizable de gastos.
- **Riesgo Técnico de Seguro.** Análisis de probabilidad para estimar la ocurrencia de eventos inciertos. Por ejemplo, el número de veces que ocurrirán enfermedades o tratamientos mayores, a través del cálculo actuarial de primas, constitución de reservas técnicas y un adecuado esquema de reaseguro.
- **Riesgo Financiero.** Inversión prudential de los recursos por las primas de seguro y prepaga de servicios.
- **Calidad del Servicio.** Garantía de un mínimo de atención en cuanto a calidad y disponibilidad de los servicios.

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

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

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

El artículo 16° menciona que la solicitud de autorización para constituir una Institución de Seguros para operar el Ramo de Salud, deberá estar acompañada de un dictamen provisional emitido por la Secretaría de Salud, en el cual se haga constar que la Institución cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos de Seguro de Salud, mientras que el artículo 75°, nombra los casos en que la autorización puede ser revocada.

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

Las Instituciones que sean autorizadas para operar el Ramo de Salud adicionalmente a otros ramos u operaciones, podrán llevar a cabo cualquiera de las siguientes operaciones: Escindirse, constituir una nueva institución; traspasar cartera; o solicitar el traspaso de cartera de los demás ramos u operaciones a otra Institución de seguros, a fin de operar exclusivamente el Seguro de Salud. En caso que las Instituciones autorizadas no hayan efectuado ninguna de las operaciones señaladas antes del 30 de Junio de 2001, entonces la SHCP podrá revocar la autorización otorgada y junto con la CNSF procederá al traspaso de cartera a una institución autorizada para operar el Ramo de Salud. En el DOF se publicaron el 24 de mayo de 2000 las reglas para la Operación del Ramo de Salud (RORS), objeto de estudio del presente capítulo, emitidas por la SHCP.

3.2. Reglas para la Operación del Ramo de Salud

Las reglas de operación se emitieron con fundamento en el artículo 7°, donde se menciona que la operación y desarrollo del Ramo de Salud estará sujeto a las disposiciones de carácter general que emita la SHCP, previa opinión de la CNSF y SS, según corresponda. El propósito de dichas reglas es establecer los criterios generales de carácter médico, técnico y financiero que deberán observar las ISES. En esencia en ellas se especifican las acciones y los tiempos a fin de que se apeguen a los lineamientos operativos relacionados con la contabilidad de operaciones; reservas e inversiones; sistema estadístico; tramitación de registros de nota técnica y documentación contractual; solicitud de ratificación del contralor médico y tramitación de dictámenes, entre otros aspectos.

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

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

En estas reglas se establece que las instituciones que sean autorizadas a operar el Ramo de Salud, se registrarán por lo previsto en la LGISMS, Ley sobre el contrato de Seguro (LSCS), así como en las reglas emitidas por la SHCP y en criterios o disposiciones generales que dicte la SS o la CNSF en materia de estos seguros. De igual manera cuando sea aplicable, a las Reglas para el Establecimiento de Filiales de Entidades Financieras del Exterior, u otras leyes que tengan relación con los Seguros de Salud y Gastos Médicos. Para lo anterior, la SHCP es el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos, todo lo relacionado con las reglas de operación de Salud, pudiendo solicitar opinión de la CNSF y de la SS.

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

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

La restauración, se lleva a cabo mediante:

- Acciones terapéuticas
- Acciones de rehabilitación, ambas con el fin de recuperar la salud del asegurado.

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

3.2.1. Requisitos de Autorización

Para la organización y constitución de una ISES, se deberá presentar una solicitud de autorización a la Dirección General de Seguros y Valores de la SHCP, la cual deberá ir acompañada de una relación de accionistas, señalando a los que integren el grupo de control o aquellos que detenten más del 5% de la institución. Integrar su Plan de Actividades, indicando el capital social, conceptos técnicos del seguro y modelos de contratos.

Además un Presupuesto Financiero, incluyendo la constitución e incremento de las reservas técnicas y de capital, gastos de administración y adquisición, proyección del balance, del estado de resultados, capital de trabajo y capital mínimo de garantía, con una proyección a tres años, considerando supuestos macroeconómicos respecto a la evolución del Producto Interno Bruto, inflación, tasas de interés, tipo de cambio, entre otros que publiquen la SHCP o el Banco de México.

Así mismo deben incluir sus Políticas de Retención de Riesgos y Reaseguro; programa de organización, administración y control interno; especificación de la forma y términos en que la institución prestará los servicios relacionados con los contratos de seguros que celebre, indicando los recursos propios que empleará o los contratos de prestación de servicios que celebrará con terceros o la utilización de ambos, así como los mecanismos que utilizará para respaldar la Responsabilidad Civil que pudiera llegar a incurrir en sus actividades.

Lo anterior deberá acompañarse del dictamen provisional emitido por la SS, el cual no deberá tener más de 60 días de haber sido expedido en el que se haga constar que la empresa cuenta con los elementos para poder prestar los servicios necesarios que son materia de los contratos de Seguro de Salud. De igual forma, la institución deberá contar con un dictamen favorable por parte de la CNSF que será el resultado de la inspección que le realice para evaluar que cuentan con los sistemas e infraestructura administrativa necesaria para brindar el servicio, así como contar con la ratificación del contralor médico por parte de la SS.

3.2.2. Capital Mínimo Pagado

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

La Institución ya constituida como ISES, deberá cuidar que su capital contable en ningún momento sea inferior al monto del capital mínimo pagado, en caso contrario, la CNSF notificará el hecho a la SHCP, quien dará un plazo de 15 días naturales a partir de la notificación para que la ISES exponga lo que a su derecho convenga. Si la SHCP comprueba que el capital contable es inferior al capital mínimo pagado, entonces fijará un plazo entre 60 y 120 días naturales para que la ISES incremente su capital pagado a fin de que el capital contable alcance cuando menos el monto del capital mínimo pagado que le corresponde mantener.

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

3.2.3. Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual

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

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

Fundamentalmente con estos dictámenes la institución solicitante, sin importar si operará con recursos propios o de terceros, demostrará que cumple con los siguientes requisitos a fin de preservar los derechos de los pacientes.

1. Que los recursos materiales y humanos son suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar, considerando una proyección a tres años.
2. Que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios garanticen una oferta adecuada en cuanto a calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica para cumplir apropiadamente a todos sus clientes.
3. Que lleven un programa de control sobre la utilización de los servicios médicos, contando con manuales de organización y procedimientos respectivos.
4. Que cuenten con mecanismos de comunicación a todos sus asegurados respecto a cambios que sufra la infraestructura con la que cuenta la institución.
5. Que garanticen el cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Ley General de Salud (LGS), Normas Oficiales Mexicanas (NOM's) y demás disposiciones aplicables en la materia.
6. Que verifiquen que todos los médicos contratados por la institución cuenten con cédula profesional que acredita sus conocimientos técnico médicos, y en caso de existir

- consejos de certificación de especialidad, la vigencia de certificación otorgada por los mismos.
7. Que la infraestructura hospitalaria cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General.
 8. Que prevalezca en todo momento el juicio clínico del médico responsable de la atención del paciente, siempre y cuando se aplique con fundamento en la práctica médica basada en evidencias, avances científicos y ética médica.
 9. Que cuenten con planes que contemplan e incentivan servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus asegurados.
 10. Que cuenten con mecanismos para llevar a cabo un control interno ágil y oportuno de la recepción, seguimiento, resolución de consultas y reclamaciones de sus asegurados.
 11. Que cuenten con un programa para la mejora continua en la prestación de servicios que contempla la elevación en la calidad de la atención.
 12. Que cuenten con manuales de organización y procedimientos de las prestaciones de servicios de salud que se ofrezcan.
 13. Que preserven los derechos de los usuarios en lo siguiente:
 - 13.1. Misma oportunidad de acceso a los servicios.
 - 13.2. Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal de la ISES.
 - 13.3. Que la información sea confidencial, y los servicios con respeto a la privacidad.
 - 13.4. Que exista seguridad durante el servicio, tanto al asegurado como a sus acompañantes y sus pertenencias.
 - 13.5. Que el asegurado tenga derecho a conocer la identidad y el grado de preparación de las personas que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
 - 13.6. Que tiene derecho el asegurado a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, así como las consecuencias de las medidas terapéuticas y sobre el pronóstico de su padecimiento.
 - 13.7. El paciente tendrá derecho a estar comunicado con su familia.
 - 13.8. Que el paciente dé su consentimiento sobre cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así como a conocer los riesgos que impliquen, los beneficios y las alternativas. Y que también tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

- 13.9. Que el paciente tiene derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, de acuerdo con su contrato de seguros respectivo.
- 13.10. Que el paciente podrá no aceptar las propuestas terapéuticas a las que se le quiera someter.
- 13.11. Que el paciente podrá seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, según lo estipule su contrato de seguro.

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

3.2.4. Contralor Médico

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

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

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

1. Ser médico de reconocido prestigio con cédula profesional y experiencia profesional con un mínimo de cinco años. En caso de especialidad clínica, contar con certificación vigente.
2. No haber sido condenado por delito que merezca pena corporal, por delitos patrimoniales, intencionales o relacionados con su actividad médica, o laudos emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
3. No debe ser cónyuge o tener alguna relación de parentesco o vínculo de relación laboral o profesional con: los accionistas de control, director general o funcionarios de la ISES que ocupen los dos niveles inmediatos inferiores a éste, accionistas de control de prestadores de las ISES, funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los

prestadores de la ISES cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los planes ofrecidos a la población asegurada.

4. No tener ningún nexo patrimonial con las ISES autorizadas, ni vínculo laboral con la ISES de que se trate, entendiéndose por nexo patrimonial a las personas que participen en su capital social, las demás entidades que formen parte del grupo comercial, industrial o de servicios al que pertenezca la ISES o las entidades que directa o indirectamente tengan nexos patrimoniales con la entidad que participe en el capital social de la ISES que se trate.
5. No ser prestador de la propia ISES o tener algún nexo patrimonial con prestadores de la ISES de que se trate.
6. Residir en territorio nacional.
7. Contar con la ratificación de la SS, a través del comité interno constituido para tal efecto.

El contralor médico deberá asegurarse que las decisiones tomadas por el Consejo de Administración y comités en que participe, se apeguen a la normatividad en materia médica, así como a las sanas prácticas en materia de salud. En caso de tener conocimiento de alguna irregularidad, deberá presentar en un plazo de 10 días, un informe detallado sobre la situación observada.

Las funciones que realizará son las siguientes:

1. Vigilar que se integre adecuadamente la red de prestadores de servicios médicos observando las disposiciones jurídicas y requisitos aplicables.
2. Vigilar que la cobertura de la red de prestadores de servicios médicos sea apropiada y oportuna.
3. Validar los aspectos médicos de los contratos con los prestadores de servicios médicos.
4. Vigilar la aplicación del programa de control de utilización, guías clínicas o protocolos médicos y la prestación de los servicios médicos objeto de los contratos de seguros respectivos.

5. Vigilar la aplicación adecuada de las políticas y procedimientos a fin de cumplir con los servicios ofrecidos en los planes a los asegurados.
6. Vigilar la suficiencia de capacidad de los prestadores y la infraestructura para dar el servicio contratado por los asegurados.
7. Vigilar que el programa de mejoras continuas contemple la elevación en la calidad de la atención.
8. Conocer los informes del comisario, dictámenes de auditores externos y los dictámenes de la SS.
9. Vigilar que las ISES cumplan con las reglas de operación de salud.
10. Recomendar a la administración de la ISES sobre la corrección de desviaciones en materia de la prestación de los servicios de salud, debiendo especificar el plazo para su corrección.
11. Vigilar la adecuada recepción, seguimiento y resolución, de las controversias de carácter médico presentadas.
12. Vigilar que el juicio clínico del médico se salvaguarde en todo momento durante su práctica, siempre y cuando se base en los avances científicos y en la ética médica.
13. Informar cuatrimestralmente a la CNSF y a la SS el cumplimiento de las obligaciones que tenga a su cargo.

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

Además del Contralor Médico, se pretende introducir otra nueva figura en todas las compañías de seguros, incluyendo a las ISES. Esta nueva figura es el Contralor Normativo, cuya tarea será vigilar que las normatividades internas y externas de la compañía se cumplan, y para esto deberá tener un vínculo especial con el Director General de la Institución, pero reportará directamente al consejo de administración.

3.2.5. Expedientes Clínicos

Las ISES deberán cumplir con los requisitos que dicten las NOM's respectivas sobre el expediente clínico. Y en caso que el asegurado solicite a la ISES, ésta deberá cerciorarse de que sus prestadores transfieran un resumen clínico a la institución o prestador que el usuario indique, guardando la confidencialidad del caso.

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

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

3.2.6. Control de la Utilización de los Servicios Médicos

Las ISES deberán contar con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos que ésta ofrezca, que incluya los mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como la subutilización, sobreutilización y mal uso de los mismos.

Se deberá observar en los contratos que las ISES celebren con los prestadores de servicios, que no se incluyan cláusulas que incentiven tanto la subutilización como la sobreutilización de los servicios. Los contratos incluirán cláusulas en donde especifiquen claramente los siguientes conceptos:

- Horarios de servicio del prestador.
- Mecanismos de identificación del asegurado ante el prestador del servicio.
- Mecanismos para acceder a médicos especialistas, laboratorios y gabinetes.

- Mecanismos de cobro del copago del servicio.
- Políticas y parámetros de atención y servicio.
- Abrir y llevar un Expediente clínico por cada asegurado.
- Derechos de los asegurados, entre otros.

3.2.7. Mejora Continua en la Prestación del Servicio Médico

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

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

3.2.8. Constitución e Incremento de Reservas Técnicas

Las ISES están obligadas a constituir las reservas técnicas correspondientes a los seguros de salud conforme a lo dispuesto en la LGISMS, la valuación deberá contener el nombre y firma del actuario responsable de la certificación de las mismas, así como el número de la cédula que lo acredite como actuario o el equivalente en el caso de profesionistas que sin ostentar el título de actuario cuenten con especialidades o grados otorgados por instituciones de educación superior reconocidas oficialmente en el país o en el extranjero, que lo acrediten para poder ejercer en materia de actuaría.

Las Reservas Técnicas que deberá constituir e incrementar son:

- Reserva de Riesgos en Curso,
- Reserva de Previsión,
- Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir, en la que se considera también a la Reserva de Sinistros Ocurredos y No Reportados, así como la reserva por Gastos de Ajuste Asignados al Siniestro.

Es importante mencionar que se pretende eliminar la Reserva de Previsión la cual será sustituida por el patrimonio que forme parte del Capital Mínimo de Garantía.

3.2.9. Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual

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

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

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

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

En dicho folleto, se detallará la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados, e incluirá un anexo en el que se enumeren todas las clínicas y hospitales empleados para la prestación de los servicios, señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General, así como los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados de acuerdo a la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado así como de la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones, incluyendo la descripción de algún mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

3.2.10. Reaseguro

Se establecen los términos en que la ISES podrá realizar contratos de reaseguro para la diversificación de sus riesgos. A fin de cuidar la calidad del reaseguro empleado, las aseguradoras sólo pueden contratar reaseguro del extranjero con empresas inscritas en el Registro de la SHCP.

El reaseguro es en una forma seguro de segundo grado, a través de cuyas modalidades una aseguradora procura homogeneizar y limitar las responsabilidades a su cargo, para normalizar el comportamiento de la cartera de riesgos asumidos que afecten la frecuencia, severidad, entre otros. Visto de otra manera, se podría decir que el reaseguro es asegurar lo ya asegurado. Las razones básicas del reaseguro son dos:

- Reducir la probabilidad de que el monto de los siniestros no sobrepase una cierta cantidad, estabilizando así los resultados.
- Aumentar su capacidad de suscripción a través del reaseguro.

Y por otra parte, la reaseguradora puede brindar experiencia en cuanto a causales de siniestralidad, asesoría técnica, ofrecer productos que se han desarrollado en otros países y asesoría en la selección de riesgos.

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

- Proporcionales (reaseguro de riesgos), en los que encontramos el Cuota parte y Excedentes.
- No proporcionales (reaseguro de siniestros), por ejemplo, Exceso de Pérdida por Riesgo (WXL- Working Cover), Exceso de Pérdida por Catástrofe (Cat XL), Limitación de Siniestralidad (Stop loss).

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

- Facultativos: Se llevan a cabo riesgo por riesgo, hasta cierto punto es un poco complicado porque el asegurador debe esperar hasta que el reasegurador acepte compartir el riesgo para poder celebrar el contrato de seguro.
- Automático: Se pacta de manera anticipada en contratos las características de los riesgos a cubrir por el reasegurador, de tal manera que la aseguradora se verá obligada a ceder aquellos riesgos que cumplan con dichas características. Para el asegurador, este tipo de contratos tiene la ventaja de operar libremente sin necesidad de estar consultando al reasegurador sobre la aceptación de algún riesgo.

3.2.11. Capital Mínimo de Garantía

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

En caso de que la institución presente un fallante en la cobertura del capital mínimo de garantía, se procederá a la revocación de autorización según lo dispuesto en la LGISMS.

3.2.12. Régimen de Inversión de Reservas Técnicas

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

3.2.13. Contabilidad

Las ISES deberán ajustar sus procedimientos contables tanto a la contabilidad que exige la LGISMS como a los lineamientos establecidos en las RORS así como en las disposiciones administrativas que para ello emita la CNSF.

3.2.14. Sistemas Estadísticos

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

La CNSF estará a cargo de concentrar la información de la base de datos estadísticos para administrarla, procesarla y hacerla del conocimiento de la SS, para que ambas den a conocer información e indicadores relativos a al operación del ramo que orienten al público y contribuyan a la sana competencia y transparencia del sistema.

3.2.15. Operación y Comercialización de los Seguros de Salud

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

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

Igualmente deben contar con planes que ofrezcan al beneficiario la posibilidad de elegir médicos distintos a los de la red mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.

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

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

1. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contratados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato o, al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica.
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.

La filosofía de estas condiciones es beneficiar al asegurado en todo momento. Es por ello, que una compañía de seguros debe tener bien definidos sus criterios de selección para que en un momento dado, pueda reconocer a tiempo algún caso que pudiera afectar gravemente sus resultados, y de ser así, decidir si lo acepta o lo rechaza. En caso de contratos de no adhesión, las condiciones de término podrían ser distintas, pero debe existir previa autorización por parte de la CNSF.

En el caso de la Preexistencia, se considerará que "... *Un padecimiento es preexistente cuando el evento haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas del seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido¹ y no declarado. Para efectos de Preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza*".² En este caso, al igual que la terminación del contrato, la filosofía es cuidar totalmente al asegurado, y en este caso, la compañía deberá cuidar su selección de riesgos.

En cuanto a los planes, las ISES podrán ofrecer planes denominados mínimos o planes Integrales.

En el caso de los últimos, deberán incluir todos los componentes del plan básico de salud que para esos efectos defina la SS.

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

En materia de consultas y reclamaciones derivadas del contrato de Seguro de Salud, las ISES deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente, al decreto por el que se crea CONAMED, publicado en el DOF el 3 de junio de 1996.

¹ Es decir, aquellos padecimientos cuyos síntomas o signos se manifiesten antes de la fecha en que el asegurado sea dado de alta en la póliza, se encuentren o no declarados en la solicitud de la póliza, o aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dichos síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación del seguro para cada asegurado, cualquiera que sea su causa o complicación.

² Reglas de Operación del Ramo de Salud, CNSF, 2000

3.2.16. Sanciones

Las infracciones que provengan de las reglas de operación del Seguro de Salud, se sancionarán en los términos de las disposiciones aplicables de la LGISMS. Las sanciones podrán ser amonestaciones, suspensiones temporales de actividades, vetos, inhabilitaciones para el desempeño de actividades así como multas. Se prevé que las sanciones que se impongan en términos de la Ley no excedan del 2% del capital contable de la ISES¹, y algunos de los motivos por los que una compañía de seguros puede ser objeto de sanción son las siguientes:

- Violación al Artículo 20 de la LGISMS, que expresa que las palabras "seguro, reaseguro, aseguramiento u otras que expresen ideas semejantes" no podrán ser utilizadas por empresas que no sean autorizadas como instituciones de seguros y en caso contrario el establecimiento podrá ser clausurado en tanto no cambien su denominación social.
- Emisión de obligaciones subordinadas sin previa autorización.
- Por otorgar descuentos o reducción de primas o algún otro beneficio que no queden estipulados en la póliza a fin de tomar o conservar un contrato de seguro.
- Por Notas Técnicas que no se apeguen a lo dispuesto en la ley.
- Por operar con Notas Técnicas o Documentación contractual no registrados ante la CNSF.
- Por llevar un registro contable que no se apegue al Catálogo de Cuentas autorizado.
- Por la falta de presentación o presentación extemporánea de los informes correspondientes, entre otros.

¹ Se pretende topar el importe máximo de una sanción, ya que hay compañías que en ciertas ocasiones la multa resulta exagerada respecto a su Capital Contable, con esta medida las multas serán acordes a sus recursos.

Capítulo 4

Seguro de Salud

*Se ennoblecce la vida...
Conservando tres cosas:
La Salud, el prestigio y el buen humor.*

4. El Seguro de Salud

En este capítulo se hablará sobre las características particulares del Seguro de Salud, así como sus principales coberturas básicas y adicionales, exclusiones generales. Asimismo, se mencionaran los factores de riesgo que influyen en la suscripción y entre otras cosas, las ventajas y desventajas de este seguro tanto para los Asegurados como para las ISES.

4.1. Características del Seguro de Salud

Algunas de las características del Seguro de Salud son las siguientes:

- **Asegurado.** Cada miembro de una póliza ya sea individual, familiar o colectiva es considerado como el asegurado.
- **Adhesión.** Tanto el asegurado como la ISES se sujetarán a las condiciones que rigen al plan contratado.
- **Prima.** La prima de la póliza se cobrará a través de un solo recibo sin importar si se trata de una familia o colectividad.
- **Tarifas.** Las tarifas están calculadas de acuerdo al riesgo promedio y se presentan en primas netas, por edad y sexo, a las cuales se les aplican los recargos e impuestos correspondientes.
- **Derechos.** Acceso a todos los servicios contratados.
- **Límites de servicio.** Se limitarán de acuerdo a la capacidad de cada compañía y a los planes que comercialice, pero nunca podrá ofrecer menos del plan básico marcado por la SS. La Suma Asegurada se establece por servicio sólo para el caso de reembolso de gastos (urgencias, por ejemplo), es decir, mientras el asegurado utilice los servicios de la red médica, no existe ningún límite de suma asegurada. Cuando el asegurado utiliza servicios fuera de la red médica, los gastos por reembolso se liquidan de acuerdo a un tabulador de honorarios que establece la ISES.
- **Extensión del Seguro.** En caso de una enfermedad mayor, que no sea preexistente, a pesar de las medidas preventivas, el seguro extenderá su cobertura hasta la restauración de la salud del asegurado.

- **Red médica.** Se llama red médica al conjunto de recursos propios, proveedoras externas o combinación de ambos a través de los cuales la ISES proporciona los servicios de salud que se especifican en el contrato de seguro y que adquirió el asegurado. Estos pueden ser:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Farmacias
 - Casas de Ortopedia
 - Laboratorios
 - Ópticas, entre otros.

En este caso, la red médica de cualquier ISES debe ser suficiente y adecuada, tanto en servicio como en territorialidad, para proporcionar una atención digna y ágil a todos los asegurados. Por ejemplo, si una ISES ampara la intervención quirúrgica especializada en Chiapas, deberá contar con médicos y hospitales en Chiapas que puedan prestar ese servicio a los asegurados.

4.1.1. Diferencias Entre Seguro De Salud Y Seguro De Gastos Médicos Mayores

Seguro de Gastos Médicos Mayores	Seguro de Salud
• Asegura los Gastos Médicos Mayores.	• Asegura la salud.
• Orientado a indemnizar.	• Orientado a dar un Servicio Médico directo.
• Curativo.	• Preventivo y curativo.
• Un porcentaje muy bajo de la población lo utiliza. (Menos del 20%)	• Lo utiliza un porcentaje muy alto de la población. (Cerca del 95%)
• Tiene una frecuencia baja y una severidad alta.	• Frecuencia alta, severidad baja.
• Contacto post-padecimiento.	• Contacto pre-padecimiento.

4.1.2. Tipos De Contratos Con Proveedores

Algunos de los diferentes tipos de contratos que celebran las ISES con los proveedores de servicios médicos en donde se establecen la forma y término de pago por dicha prestación, son los siguientes:

Per Cápita (Capitation)

- Cuota prepagada fija por persona por mes para que el proveedor otorgue una serie de servicios.
- Depende del número de afiliados, no del número de servicios prestados por el proveedor.
- El proveedor busca que los afiliados estén sanos.

Por Día (Per Diem)

- Pago de una cuota fija por día de hospitalización.
- Si el costo de la hospitalización es menor que la cuota "per diem", el hospital obtiene ganancia.
- Algunos contratos tienen cuotas "per diem" dependiendo del servicio (cirugía, maternidad, etc.)

Pago por Servicio (Fee schedules)

- Listas de servicios específicos con un precio por cada servicio.
- Los precios se mantienen por la duración del contrato.

Paquete por Procedimiento (Case Rates)

- Similar al "per Diem". Difiere en que se establece un precio específico para un conjunto de servicios relativos a un cierto procedimiento, sin importar la duración de estancia del paciente.
- Negociados para padecimientos complejos como trasplantes o cirugías a corazón abierto, etc.

Fondo Común de Riesgos (Risk Pools)

- El asegurador aporta cada mes un monto a un fondo.
- Según se van pagando las reclamaciones, se disminuye el fondo en un porcentaje acordado.
- Al final del año el dinero restante en el fondo se reparte entre los proveedores y el asegurador.
- Si los gastos de los proveedores son bajos, puede haber un premio adicional.

4.2. Coberturas del Seguro de Salud

El Seguro de Salud surge como respuesta a la preocupación de todo jefe de familia de proteger la salud de los miembros de su familia, o en el caso de empresas, el patrón debe cumplir con la ley ofreciendo la prestación de servicios médicos a sus empleados y, a la creciente demanda de servicios médicos de calidad y eficiencia, los cuales, al estar casi siempre saturados los servicios estatales, no pueden satisfacer la necesidad médica de los miembros de la sociedad.

Debido a lo anterior, el Seguro de Salud puede asegurar tanto a un individuo, como a una familia, un grupo o una colectividad, amparándolos por riesgos cuya naturaleza pudiera ser de dos tipos: Ya sea un evento futuro e incierto en su realización, tales como una enfermedad, epidemia, etc; o eventos ciertos en su realización, como la vacunación, campañas de mejoramiento a la salud, etc; a través de proporcionarles servicios dirigidos a la:

- **Prevención**, que consiste en la detección temprana de enfermedades, fomento a la salud, contemplar medidas para eliminar o disminuir riesgos de salud (enfermedades), dar seguimiento a la salud, prevenir el surgimiento de enfermedades o complicaciones de las ya existentes.
- **Restauración de la salud**, que contempla acciones terapéuticas y de rehabilitación para recuperar la salud del individuo.
- **Maternidad**, considerada desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del producto.

Para ello, las ISES deberán contar al menos con la cobertura del plan básico que exige la Secretaría de Salud, que consiste en cuatro especialidades que son de primer contacto, con las que se busca detectar oportunamente cualquier alteración en la salud, solucionar cualquier malestar y, en los casos que sea necesario, direccionar al asegurado a un especialista para su tratamiento. Dichas especialidades son las siguientes:

- **Pediatría**, que brinda atención a niños desde su nacimiento hasta los 12 años de edad. Los adolescentes, hasta los 16 años, pueden ser incluidos en esta especialidad.
- **Medicina Interna**, contempla la atención tanto a adolescentes como a adultos de manera integral y general.
- **Gineco-obstetricia**, consiste en la atención a mujeres mayores de 14 años en cuanto a sus funciones reproductoras, desarrollo y funcionamiento hormonal.
- **Cirugía General**, que comprende las intervenciones quirúrgicas no especializadas, por ejemplo amigdalitis, apendicitis, etc.

Las Urgencias Médicas también podrían incluirse en la cobertura del plan básico, ya que se consideran como un problema médico o quirúrgico que puede poner en peligro la vida, un órgano o una función del asegurado y que requiera atención inmediata; por ejemplo, paros cardíacos y/o respiratorios, convulsiones, fractura expuesta, traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento, dificultad severa para respirar, quemaduras de tercer grado, etc.

Sin embargo, las ISES podrán diferenciar sus planes del plan básico que marca la SS mediante coberturas y servicios adicionales que no elija el asegurado, sino que se incluyan en los paquetes que establezca cada compañía y que se consideran adicionales porque no pertenecen al plan básico de la SS, dentro de los cuales se pueden considerar los siguientes:

Coberturas Adicionales.

- Consultas con especialistas de segundo nivel; por ejemplo, cardiólogos, neurólogos, oncólogos, gastroenterólogos, es decir, las especialidades que estudian un sistema o aparato del cuerpo humano.
- Apoyos de diagnóstico especializados, como tomografía axial, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, etc.
- Fisioterapia, en caso que las lesiones puedan causar invalidez, incapacidad parcial, y/o recuperación tardía.
- Suministro de aparatos de prótesis y ortopedia.
- Órtesis y Endótesis.
- Cirugía especializada.
- Servicio dental preventivo y curativo.

Servicios Adicionales.

- Hospitalización. Es previamente autorizada, con copagos por día y límite de estancia.
- Servicio de traslado en ambulancia. Condicionado al copago determinado.
- Cuidados en casa. Limitados a ciertas zonas, con servicio máximo de 52 semanas, y previa valoración.
- Suministro de oxígeno. Debe ser indicado por algún médico de cabecera o especialista perteneciente a la ISES o a su red, con límite de 52 semanas, condicionado al copago
- Medicamentos. Puede ser hasta cierto monto anual por asegurado o por póliza.

Para cumplir con su objetivo, (que es la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado, ya sea con recursos propios, contratados o una combinación de ambos), las ISES deberán vigilar que sus planes de prestación de servicios contemplen al menos las siguientes características:

- Que la prestación del servicio se realice a través de una red cerrada de proveedores; es decir, que el asegurado al menos tenga derecho a ser atendido por las entidades clínicas incluidas en la guía de servicios que le entregue el asegurador.
- Ofrecer diferentes opciones de copago, (cantidad económica a cargo del asegurado).
- Que exista la posibilidad de cambiar al médico de primer contacto.
- Contemplar acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación.
- Ofrecer el reembolso del costo de los servicios médicos en caso de urgencia médica.

4.3. Exclusiones Generales del Seguro de Salud

Las exclusiones generales que manejan los Seguros de Salud son las siguientes, aunque claro está que podrán variar de una compañía de seguros a otras de acuerdo a sus políticas y beneficios que cada una de ellas ofrezca.

- Tratamientos estéticos, de calvicie, dietéticos y de obesidad por control de peso.
- Partos, cesáreas o complicaciones del embarazo cuando no se haya cumplido con el periodo de espera determinado en el contrato.
- Malformaciones, padecimientos congénitos, prematurez de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o sin cumplir el periodo de espera determinado en el contrato.
- Legrado por aborto provocado voluntariamente.
- Tratamientos de esterilidad, fertilidad o embarazos y consecuencias derivados de dichos tratamientos.
- Gastos por mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos de prótesis y ortopedia.
- Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño.
- Estudios y/o tratamientos para corregir trastornos de la conducta o del aprendizaje.
- Estudios y/o tratamientos para corregir enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis.
- Tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados por personas sin cédula profesional.
- Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del asegurado, así como los tratamientos para la cura de estos padecimientos.
- Padecimientos y lesiones resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de riñas en las que el asegurado haya participado.
- Lesiones por servicio militar, actos de guerra, revolución, insurrección o rebelión.
- Servicios originados por padecimientos preexistentes.
- Materiales de consumo como: jeringas, gasas, productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental), shampoos (no dermatológicos), productos de belleza o ningún otro producto similar, medicamentos de autoservicio, multivitamínicos, complementos alimenticios.

4.3. Exclusiones Generales del Seguro de Salud

Las exclusiones generales que manejan los Seguros de Salud son las siguientes, aunque claro está que podrán variar de una compañía de seguros a otras de acuerdo a sus políticas y beneficios que cada una de ellas ofrezca.

- Tratamientos estéticos, de calvicie, dietéticos y de obesidad por control de peso.
- Partos, cesáreas o complicaciones del embarazo cuando no se haya cumplido con el periodo de espera determinado en el contrato.
- Malformaciones, padecimientos congénitos, prematuz de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o sin cumplir el periodo de espera determinado en el contrato.
- Legrado por aborto provocado voluntariamente.
- Tratamientos de esterilidad, fertilidad o embarazos y consecuencias derivados de dichos tratamientos.
- Gastos por mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos de prótesis y ortopedia.
- Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño.
- Estudios y/o tratamientos para corregir trastornos de la conducta o del aprendizaje.
- Estudios y/o tratamientos para corregir enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis.
- Tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados por personas sin cédula profesional.
- Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del asegurado, así como los tratamientos para la cura de estos padecimientos.
- Padecimientos y lesiones resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de riñas en las que el asegurado haya participado.
- Lesiones por servicio militar, actos de guerra, revolución, insurrección o rebelión.
- Servicios originados por padecimientos preexistentes.
- Materiales de consumo como: jeringas, gasas, productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental), shampoos (no dermatológicos), productos de belleza o ningún otro producto similar, medicamentos de autoservicio, multivitamínicos, complementos alimenticios.

4.4. Suscripción

4.4.1. Selección de Riesgos

Como en los Seguros de Salud los asegurados pueden hacer uso de los servicios médicos desde el primer día de contratación, es importante que al momento de seleccionar los riesgos, se detecten aquellos factores que propicien el incremento en la siniestralidad. Los siguientes criterios son analizados por los seleccionadores de riesgos en salud, a través de cuestionarios médicos e incluso podrán solicitar algún examen médico complementario si así lo consideran conveniente. Los cuestionarios médicos están elaborados con preguntas sobre la salud y hábitos del solicitante y sirven para determinar el estado o condición física del individuo y si pudiera o presenta algún tipo de enfermedad crónica.

- **Residencia.** Los costos de salud varían de una zona a otra, entre otras causas, por la infraestructura sanitaria, nivel de desarrollo, oferta y consumo de servicios médicos.
- **Profesión y Deportes.** La actividad profesional de un individuo puede influir en su salud y se toma en cuenta como un factor de riesgo. Las estadísticas muestran que hay actividades profesionales más propensas a desarrollar cierto tipo de enfermedades que otras.
- **Edad.** Es importante ya que a través de ella se determina: La exposición al riesgo, a mayor edad, existe una posibilidad mayúscula de sufrir algún tipo de alteración en la salud, lo que implica mayor número de reclamaciones. El costo del seguro, por criterio comercial a mayor edad, mayor costo. Límite de aceptación, la mayoría de las compañías fijan como límite de aceptación en caso de ser un seguro nuevo, de recién nacidos a los 60-65 años de edad, en caso de renovación, puede no haber límite máximo de aceptación.
- **Sexo.** El sexo del solicitante afecta el costo del seguro ya que varían las alteraciones de la salud entre hombres y mujeres. Por estadísticas la mujer es más proensa a ciertos eventos, entre otros, gastos por maternidad, cuidados médicos durante la vejez (que es más prolongada en mujeres por su longevidad), así el costo del seguro para una mujer suele ser mayor que el de un hombre.

- **Historia clínica familiar.** Sirve para poder determinar si existen enfermedades que puedan ser transmitidas hereditariamente o si es propenso a ciertos padecimientos porque se han presentado en su familia, por ello es conveniente agregar en los cuestionarios de salud alguna pregunta sobre estas enfermedades para evaluar convenientemente el riesgo que asumen.
- **Estado de Salud del solicitante.** La declaración de la salud es el requisito de selección por excelencia para saber si un candidato está sano tanto psicológico como físicamente. Ofrece información básica para determinar padecimientos preexistentes y permite determinar las condiciones de aceptación o los motivos para rechazar la solicitud.

En caso de encontrar anomalías en el análisis de selección, el suscriptor determina la importancia de la agravación con respecto a la cobertura solicitada y estima los probables gastos médicos, a fin de evaluar la opción que podrá tomar en dicho caso. Al detectar un riesgo agravado, el suscriptor tendrá la opción de rechazar toda la cobertura, aumentar la prima básica, aplicar cláusulas de exclusión, ofrecer condiciones alternativas, por ejemplo, aumentos en la participación del asegurado, o establecer periodos de espera.

En el caso de suscripción de colectividades o grupos, la selección no podrá ser tan detallada como en los riesgos individuales. Sin embargo el suscriptor debe estar consciente que una prima muy cuantiosa no necesariamente implica una gran rentabilidad, por lo que se sugiere se realice un análisis de la cartera que se piensa asegurar a fin de detectar casos realmente críticos y llegar a algún acuerdo con la empresa o asociación a contratar.

Por lo general, el Seguro de Salud tiene como filosofía aceptar cualquier caso (si partimos de que será un símil en cuanto a cobertura a la Seguridad Social), pero no hay que perder de vista que muchas ISSES son empresas que recién comienzan a tener contacto con los seguros, por lo que es más conveniente que antes de asegurar grupos o colectividades, comiencen con riesgos individuales, lo que les permitirá tener un mayor conocimiento y control tanto de la cartera que empiezan a formar, como del mercado naciente.

4.4.2. Lineamientos de Suscripción

Al suscribir a una persona, familia o grupo es necesario tomar en cuenta:

- Edad, sexo, residencia, estado de salud, profesión, deportes, historia clínica y determinar en primer lugar, si está dentro de los estándares de asegurabilidad de la compañía, y después qué condiciones y costo se darían para asegurarlos.
- Ocupación del solicitante o de la colectividad o grupo. La ocupación puede aumentar el riesgo de sufrir una alteración de la salud. Sin embargo, es necesario aclarar que no se cubren los riesgos o enfermedades de trabajo, ya que existe un ramo especial de la seguridad para ello o incluso planes privados que cubren ese tipo de riesgos.
- Si se trata de una colectividad o grupo no se puede asegurar bajo un criterio selectivo o discriminatorio a los miembros. Toda la colectividad o grupo debe tener las mismas coberturas y servicios.

Cabe mencionar que los estándares y políticas pueden variar de una compañía a otra.

4.5. Derechos y Obligaciones al Momento de Siniestro

El siniestro se efectúa al momento en que el asegurado acude a hacer uso de los servicios que contrató. Aunque el manejo de los siniestros depende mucho del diseño del plan (si determinaron un límite para consultas al año, análisis al año, medicamentos, tratamientos específicos, entre otros), y del tipo de contrato que tengan con los proveedores (contratos per cápita, por día, pago por servicio, entre otros). Prácticamente, cada consulta a la que acude un asegurado, aún cuando sea de tipo preventivo, se considera como un siniestro.

4.5.1. Derechos del Asegurado

Cada Asegurado tendrá derecho cuando hace uso de los servicios contratados a:

- A recibir un trato digno,
- Estar informado del diagnóstico y dar su consentimiento sobre el tratamiento que se le va a dar,
- Tener acceso a los servicios que ha contratado y asesoría sobre los mismos,
- Si no está de acuerdo con el diagnóstico del médico de la red o existe posibilidad de error en el diagnóstico, puede recurrir a otro especialista, pagando el asegurado la diferencia entre los honorarios del médico que eligió y los tabuladores que maneja la ISES.
- Seleccionar al médico de cabecera.

4.5.2. Obligaciones del Asegurado

Cuando hace uso de los servicios contratados el asegurado estará obligado a:

- Efectuar el pago de la prima acorde al plan contratado y al riesgo que represente.
- Realizar el copago correspondiente al servicio que va a utilizar.
- Seguir el procedimiento de acceso a los servicios indicado por la ISES con quien contrató la póliza.
- No hacer mal uso de los servicios contratados.
- No declarar falsa información al momento de contratar o rehabilitar la póliza, entre otras.

4.5.3. Derechos de la ISES

- Recibir el pago correspondiente a los servicios contratados por concepto de prima.
- Seleccionar los riesgos.
- Diseñar sus propios planes para satisfacer la demanda según sus necesidades, siempre y cuando cumplan con el plan mínimo establecido por la Secretaría de Salud.

4.5.4. Obligaciones de la ISES

- Entrega de la póliza y del folleto explicativo,
- Proporcionar un servicio ágil, adecuado, atento e idóneo de acuerdo a los planes que comercializan,
- Mantener actualizados los directorios de prestadores de servicios y comunicar la actualización a los asegurados.
- Mantener su infraestructura operando con apego a las NOM's de salud y a las disposiciones de la SS.

4.6. Ventajas y Desventajas

El Seguro de Salud implica ciertas ventajas así como desventajas, tanto para los asegurados como para las ISES, mismas que menciono a continuación:

Ventajas

Para la ISES	Para el Asegurado
<ul style="list-style-type: none"> A través de la red de proveedores se permite conocer previamente el costo de las prestaciones, ya que las ISES firman contratos con los proveedores en donde pueden pactar de antemano las tarifas de cada una de las actividades por ellos desarrolladas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tener a su disposición una red completa de prestadores de servicios médicos cuya calidad está respaldada por la ISES.
<ul style="list-style-type: none"> Con el uso del copago, se puede controlar la utilización de los servicios disminuyendo la sobreutilización del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Se evita el realizar grandes desembolsos previos que afecten su economía familiar.
<ul style="list-style-type: none"> Al existir la posibilidad de cambio de médico de primer contacto, se contribuye a la buena imagen de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> Para el prestador del servicio, el usuario representará una persona de pago garantizado.
<ul style="list-style-type: none"> Permite un buen desarrollo de información de la siniestralidad, así como volúmenes de negocio, con lo que se podrá negociar mejores costos futuros mejorando su competitividad en el mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> El Usuario tiene garantía de que sus derechos se verán preservados.
<ul style="list-style-type: none"> Tendrá una regulación que evite practicar la operación sin sustento técnico, financiero y médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Posible reducción de costos.

Desventajas

Para las ISES	Para el Asegurado
<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere de un conocimiento muy completo del sector salud de cada rincón geográfico en el que pretende actuar con el fin de elaborar un cuadro de prestaciones de calidad de acuerdo a las necesidades de la zona que haga atractivo a su seguro, lo cual involucra una gran inversión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le restringe el acceso inmediato a servicios que no sean de primer contacto o de urgencias, con lo cual no podrá recurrir de primera instancia con algún médico especialista, sino tendrá que seguir todo un proceso previamente establecido.
<ul style="list-style-type: none"> • Tendrá que mantener actualizado el nivel de la guía de servicios médicos de forma constante y continua ante la movilidad de los prestadores, así como ante el desarrollo de la zona, lo cual podrá desorientar a los usuarios del servicio en caso de no contar con un buen sistema para mantenerlos informados y provocará desprestigio. 	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos puede operar la Preexistencia y Periodos de Espera, por lo que no existe la certeza de que una ISES acepte cualquier padecimiento o que quede cubierto desde el primer día de vigencia de la póliza.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene que desarrollar una compleja organización de contratación de servicios para satisfacer la demanda de los usuarios, lo cual podría conllevarle a diferentes tipos de contratos con cada proveedor, diferentes formas de pago y esto se vería reflejado de alguna manera en sus tarifas al asegurado y en las reservas técnicas de sus productos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe deducibilidad de impuestos para personas físicas.

4.7. Consideraciones Técnicas en el Seguro de Salud

En este Capítulo se hablará sobre la necesidad de datos estadísticos para obtener las primas de riesgo, así como la constitución de reservas técnicas y los requerimientos mínimos legales de solvencia para que las ISES puedan hacer frente a sus obligaciones contraídas con los usuarios de sus servicios.

4.7.1. Prima de Riesgo

Para el cálculo de la prima de riesgo es necesaria la existencia de fuentes de datos completas, confiables y actualizadas. Muchas veces los datos publicados son escasos y pueden no adecuarse a las necesidades de cada asegurador, por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), IMSS, asociaciones de médicos o científicos, clínicas universitarias, entre otros, publican bases de datos, pero por lo general no son directamente aplicables al seguro, ya que se refieren a conjuntos de personas diferentes a los asegurados. Para evitar estos conflictos lo ideal es utilizar estadísticas propias del asegurador, siempre y cuando cuente con una cartera grande que sea representativa, en su defecto, se pueden utilizar las experiencias extranjeras o las de Instituciones Oficiales Nacionales con sus debidas estimaciones y adaptaciones.

En los Seguros de Salud, para las bases estadísticas se puede utilizar estadística propia, de mercado, del extranjero o del seguro social, entre estas, podrían considerarse algunas de las siguientes:

- Estadísticas publicadas por la División de Análisis y Sistemas del IMSS,
- Anuarios Estadísticos de Salud, publicados por el INEGI,
- Estadísticas del Comité Bancario de Servicios Médicos,
- Estadísticas de Gastos Médicos Mayores, publicadas por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), y
- Experiencias propias.

De las estadísticas se analizan los factores que intervienen en la determinación del riesgo correspondiente a la Prima, en este caso, la edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, etc. De estos datos estadísticos lo que básicamente se obtiene es la frecuencia y la severidad, que son una visión del pasado. Sin embargo, el seguro tiene que pensar en el futuro, es por eso que es necesario realizar estimaciones confiables sobre el desarrollo económico, monetario y tecnológico. Considerando lo anterior, la prima de riesgo puede expresarse de la siguiente manera:

Prima de Riesgo = Frecuencia * Severidad * Desviación Relativa



Dado que los Seguros de Salud consisten en diferentes servicios, será necesaria obtener la prima de riesgo para cada uno de los servicios y la prima total será la suma de los anteriores. El procedimiento a seguir puede ser:

1. Obtener la Frecuencia por Servicio. Por frecuencia entenderemos el número de veces que se utiliza el servicio "x" de entre los individuos expuestos a la utilización de dicho servicio, es decir,

$$FS_{x,(a,b)}^{s,z} = \frac{NS_{x,(a,b)}^{s,z}}{I_{x,(a,b)}^{s,z}} \therefore FS = \frac{NS}{I}$$

Donde:

FS = Frecuencia de uso del servicio "x" en la zona "z" por personas de sexo "s" cuya edad se encuentra dentro del rango (a,b)

NS = Número de veces de uso del servicio "x" en la zona "z" por personas de sexo "s" cuya edad se encuentra dentro del rango (a,b)

I = Número de Individuos expuestos al uso del servicio "x" en la zona "z" por personas de sexo "s" cuya edad se encuentra dentro del rango (a,b)

La tasa obtenida muchas veces es llamada Tasa de morbilidad, pero esta definición no es la más acertada, ya que se trata únicamente de la frecuencia de siniestralidad.

A manera de ejemplo de los servicios que pueden contemplarse para este efecto son:

- Consultas de Primer Contacto,
- Consultas de Especialistas,
- Estudios de Laboratorio,
- Estudios de Radiodiagnóstico,
- Medicamentos,
- Intervenciones Quirúrgicas,
- Maternidad,
- Dental, entre otros.

¹ Nota: Para efecto de simplificar la notación en las fórmulas daré por entendidas las connotaciones $x, z, s, (a,b)$.

2. Aquellas compañías que ofrezcan la posibilidad de utilizar servicios tanto dentro como fuera de la red, deberán considerar este efecto en la frecuencia a través de tasas de utilización de servicios dentro de red (α) y los utilizados fuera de red (β), expresados en porcentaje, así tendríamos que:

$${}^r FS = \alpha * FS, \text{ frecuencia de servicios utilizados en la red}$$

$${}^f FS = \beta * FS, \text{ frecuencia de servicios utilizados fuera de la red}$$

Donde:

$$FS = {}^r FS + {}^f FS$$

$$\therefore \alpha + \beta = 1$$

3. En cuanto a la participación de la compañía en el monto del servicio, se procede de la siguiente manera:
- Se determina el monto total pagado de los servicios "x", tanto fuera como dentro de la red, por zona "z" para cada rango de edad (a,b) y sexo "s", denotado por ${}^f MTP, {}^r MTP$, respectivamente y en donde $MTP = {}^f MTP + {}^r MTP$
 - Se determina el número de servicios "x" pagados fuera y dentro de la red, por zona "z", rango de edad (a,b) y sexo "s", denotado por ${}^f NSP, {}^r NSP$, respectivamente y en donde $NSP = {}^f NSP + {}^r NSP$
 - La severidad del servicio "x", fuera y dentro de la red, por zona "z", rango de edad (a,b) y sexo "s", denotado por ${}^f MPR, {}^r MPR$, respectivamente, se calcula como:

$${}^f MPR = \frac{{}^f MTP}{{}^f NSP}, y$$

$${}^r MPR = \frac{{}^r MTP}{{}^r NSP}$$

Y en donde

$$MPR = {}^f MPR + {}^r MPR$$

Lo anterior se aplica indistintamente a cada servicio, lo único que lo hace diferente a la participación de la compañía es la parte que asume el asegurado por concepto de copago al momento de requerir un servicio. En el caso que opere la prestación de servicios médicos fuera de red, podrían aplicarse el deducible y coseguro en vez del copago.

4. De acuerdo a lo anterior, en la metodología común de cálculo de la prima de riesgo " PR_k " del servicio " x " de la zona " z ", para una persona del sexo " s " cuya edad se encuentra en el rango (a,b), con copago base de cálculo por dicho servicio " c_k ", deducible " d_k " y coaseguro " co_k ", está dada por la siguiente expresión:

$$PR_k = \left[{}^rFS_{p_k} * (1 - co_k) * ({}^rMPR_{p_k} - d_k) \right] + \left[{}^rFS_{p_k} * ({}^rMPR_{p_k} - c_k) \right] * (1 + Ff)$$

Donde:

Ff = Factor futuro; correspondiente a la desviación relativa, dentro de la cual pueden considerarse los siguientes conceptos: inflación médica, devaluación, nuevos padecimientos, epidemias, incremento en padecimientos existentes, esperanza de vida. Éste es un factor subjetivo por parte de los técnicos y los médicos.

K = Es el total de cada servicio que interviene en el cálculo, tales como: consultas médicas, Estudios de Laboratorio, Estudios de Radiodiagnóstico, medicamentos, Intervenciones quirúrgicas, maternidad, entre otros que sean necesarios considerar según el diseño de cada plan.

En este caso la Prima Neta sería la suma de todas las Primas de Riesgo representativas de los servicios " k ", es decir:

$$PN = \sum_{k=1}^n PR_k$$

Donde:

PN = Prima neta de la zona " z " para una persona de sexo " s ", cuya edad se encuentra en el rango (a,b),

n = Número total de servicios,

Al utilizar la frecuencia y severidad por servicio en función de la edad y sexo, puede darse el caso en que a medida que aumente la edad, no siempre incremente la frecuencia ni la severidad y en la práctica, desde el punto de vista comercial, se considera conveniente presentar las tarifas en forma creciente de acuerdo con la edad. Para ello, se obtienen curvas de regresión que ajusten en forma creciente el comportamiento observado en la frecuencia y la severidad. El modelo de regresión debe ser simple, una forma de saber qué tipo de regresión utilizar es graficando los datos y observar a qué tipo de función se asemejan, entonces podrían ajustarse a través de una regresión lineal por mínimos cuadrados o regresión exponencial.

- En caso que se requiera ofrecer varias opciones de copago, éstos se pueden obtener a través de factores que resulten de dividir la prima de riesgo aplicando el valor del copago deseado entre la prima de riesgo que haya resultado de aplicar el copago base de cálculos.

Por ejemplo:

Copago (en monto)	Factor aplicable a Primas según copago
c_1	$PR_k^{c_1} / PR_k^c$
c	$PR_k^c / PR_k^c = 1.00$
c_{11}	$PR_k^{c_{11}} / PR_k^c$

Los copagos pueden ser diferentes para cada tipo de servicio, es decir, una consulta de primer contacto podría tener opciones de copago diferentes a los aplicables a Laboratorios o Gabinetes.

- De obtenerse copagos diferentes para cada servicio, la Prima Neta Total se obtiene al aplicar dichos factores directamente a la Prima Neta mediante una multiplicación, es decir:

$$PNT = PN * f_{c_c} * f_{c_d} * f_{c_L}, \text{ según los servicios en los cuales operen los copagos.}$$

Donde:

- PNT = Prima Neta Total.
- f_{c_c} = Factor de Copago por consultas (C).
- f_{c_d} = Factor de Copago por servicio dental (D).
- f_{c_L} = Factor de Copago por servicio de Laboratorio (L), entre otros.

La prima resultante no será una cuota al millar, puesto que en los seguros de salud no hay límites por concepto de Sumas Aseguradas ya que el servicio debe prestarse hasta la recuperación de la salud.

Por otra parte, si se quisiera manejar un esquema de primas multianuales, es importante mencionar que para sus cálculos deberán contemplarse diversos factores, tales como: organismo de cada persona, diferentes tipos de tratamiento para cada enfermedad que cubre el seguro en cada persona, además de los factores ya antes mencionados, edad, esperanza de vida, residencia, ocupación, etc.

Lo anterior hace que el cálculo de las primas multianuales sea demasiado complejo, además de que no existen estadísticas tan detalladas como para considerar todos estos factores y con ello obtener una prima suficiente y equitativa.

No obstante, debemos tener en mente que en este tipo de seguros las condiciones varían constantemente, razón por la cual es conveniente que su duración sea de sólo un año, con el fin de revisar las condiciones del cliente a esa fecha a fin de determinar si se renueva o no la póliza.

4.7.2. Prima de Tarifa

Una vez obtenida la Prima Neta Total, será necesario aplicarle los recargos correspondientes por concepto de Gastos de Adquisición, de Administración, Margen de Utilidad, Reaseguro, entre otros, según los criterios que considere cada compañía de seguros. Por ejemplo:

$$PT = \frac{PNT}{1 - (G_{adq} + G_{adm} + U)}$$

Donde:

- PT = Prima de Tarifa,
- Gadq = Gastos de Adquisición,
- Gadm = Gastos de Administración,
- U = Margen de Utilidad esperado.

Este procedimiento descrito es el que usan básicamente las Compañías Aseguradoras, pero pueden variar de una a otra.

4.7.3. Reservas Técnicas

La mayor parte de los recursos de una Institución de Seguros se constituyen para hacer frente a las obligaciones vencidas o previstas. Estas obligaciones se contabilizan entre los pasivos de los estados financieros y se conocen con el nombre de Reservas. Debido a que las reservas representan una gran proporción de las obligaciones del asegurador, generalmente orientan la clase de activos que se exigen para mantener la solvencia en sentido técnico o en sentido legal.

Las disposiciones legales especifican normalmente las reservas que deben ser constituidas y el sistema que debe aplicarse para calcular las reservas mínimas. La necesidad de controlar las reservas de las Instituciones de Seguros se deriva de un objetivo de la reglamentación de seguros: evitar la insolvencia del asegurador. Es por ello que el Art. 46° LGISMS, establece que las instituciones de Seguros están obligadas a constituir las siguientes reservas técnicas:

4.7.3.1. Reservas de Riesgos en Curso

La Reserva de Riesgos en Curso representa la proporción de prima que corresponde al tiempo no transcurrido de la póliza. En otras palabras, es una provisión cuyo objetivo es garantizar el cumplimiento de las obligaciones en curso, la cual contemplará el componente de riesgo técnico y el componente de Servicio.

El componente de Riesgo técnico es para garantizar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ocurrencia de riesgos técnicos determinándose a partir de la valuación técnica de los riesgos asumidos, según la nota técnica registrada ante la CNSF para tal efecto, la cual se devengará conforme a la normatividad vigente y en el caso de seguros multianuales se deberán apegar a los procedimientos establecidos en las disposiciones de carácter general emitidas por la CNSF.

El componente de servicio, se refiere a la provisión a constituir para cumplir con el pago de los servicios contratados, ya sean propios o de terceros, y deberá devengarse linealmente conforme al flujo de servicios planeados y a la nota técnica registrada.

4.7.3.2. Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir

La Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir, podrá ser por pólizas vencidas, siniestros ocurridos y por repartos periódicos de utilidades, es decir, el importe total de las sumas que deba desembolsar la institución al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, o por siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, pero que se conocen con posterioridad a la fecha de cierre o de valuación de un periodo contable, cuya finalidad es crear una provisión para cubrir los siniestros no reportados a una fecha determinada, pero que ya ocurrieron, o por Gastos de Ajuste

Asignados al Siniestro, que tienen como finalidad comprender los montos que se produzcan por concepto de pagos de gastos de ajuste que se originen en el período contable. La Reserva de las Obligaciones Pendientes es función de la severidad de las reclamaciones y del tiempo necesario hasta realizar el pago final.

En este caso, pueden existir varias formas de estimarse y en gran parte dependerá del tipo de contrato de pago de servicios que la ISES tenga con sus proveedores o del diseño del plan. Por ejemplo en un caso de pago por servicio, cada vez que el asegurado utilice algún servicio, aunque sea una consulta de prevención, y en este caso el monto de la consulta puesto que ya está convenido con el proveedor, es el monto de la OPC por este siniestro. O por ejemplo, en el caso en que no se conozcan los montos del siniestro y se tendrán que aplicar métodos para estimar dichos montos. Otro caso, es cuando una ISES ofrezca sus servicios con recursos propios, entonces los gastos propios de su nómina y mantenimiento de sus clínicas u hospitales, crearán una OPC cada ejercicio fiscal y que se irá devengando linealmente conforme transcurre el año. En este último caso, aún no existe normatividad que lo regule y sería conveniente que la Autoridad lo previera a fin de evitar la insolvencia de alguna compañía.

Y por otro lado están los Siniestros Ocurredos y No Reportados (SONR), la reserva por este concepto sirve para complementar a la Reserva por Obligaciones Pendientes de Cumplir. La Reserva SONR se constituye por dos elementos: Los siniestros ocurridos pero aún no reportados y los ocurridos pero no reportados completamente, ambos elementos son siniestros ocurridos durante el mismo período contable y durante la vigencia de la póliza, pero la primordial diferencia es que en los primeros, el acaecimiento del siniestro no ha sido reportado aún, debido a retrasos de tipo administrativo o de contingencia cubierta (cola larga). El segundo elemento contempla siniestros ya ocurridos y reportados, pero cuyo costo está incompleto o no ha sido determinado con precisión.

Existen varios métodos para calcular la reserva SONR. Algunos métodos estiman el monto total de los siniestros que se espera que se reporte para pólizas cuyos siniestros ocurrieron en un mismo período contable. Algunos otros estiman el porcentaje de siniestralidad total, para la misma población de pólizas. Entre estos métodos podemos mencionar los siguientes: Método Multiplicativo y Método Aditivo (ambos métodos pronostican demandas totales a partir de demandas anticipadas), Método Chain-Ladder (es un caso particular del método aditivo, a los siniestros reportados se les aplica un factor), Modelo de Crecimiento (se calcula la responsabilidad de la pérdida por medio de montos acumulados de los siniestros reportados hasta la fecha y no por medio de la siniestralidad total), Método de la razón (Estima el monto total de los siniestros para cada año de ocurrencia por medio de un producto), entre otros.

4.7.3.3. Reserva de Previsión

La reserva de previsión es acumulativa y tiene como finalidad hacer frente a las desviaciones de la siniestralidad que pudiera tener la compañía en un momento dado. Se obtiene al aplicar un porcentaje inferior al 10% a las primas correspondientes a las pólizas expedidas durante el año deduciendo las cedidas por concepto de reaseguro, devoluciones y cancelaciones. El porcentaje será señalado por la CNSF mediante reglas de carácter general tomando en cuenta el análisis de la siniestralidad registrada en años anteriores. Sin embargo, cabe mencionar que ésta reserva pretende eliminarse y sustituirse por contribuciones de carácter patrimonial.

4.7.4. Requerimientos de Solvencia

Las Instituciones de Seguros son supervisadas con el propósito de mantener un mercado eficiente, justo, confiable, y estable para el beneficio y protección de los asegurados. Una compañía de seguros es solvente si es capaz de cumplir con las obligaciones de todos sus contratos bajo cualquier circunstancia razonablemente posible.

Por ello, además del Capital Mínimo Pagado, las ISES deben mantener recursos suficientes para cubrir el requerimiento de Capital Mínimo de Garantía, ya que fortalece su patrimonio y su desarrollo a fin de mantener niveles suficientes para hacer frente a variaciones adversas, ya sea por: riesgos técnicos, riesgos de desviación, riesgos de reaseguro, riesgos de gastos de operación, riesgos de crecimiento excesivo o descoordinado, riesgos de inversión, entre otros, preservando su viabilidad financiera y su estabilidad patrimonial.

El Capital Mínimo de Garantía se integra por los siguientes elementos:

- El requerimiento Bruto de Solvencia, es la cantidad que resulte mayor entre el requerimiento determinado con base a primas emitidas o el requerimiento determinado con base a siniestros netos. Estos requerimientos se manejan por medio de porcentajes sobre la base de primas y siniestros, en el caso de salud, dicho requerimiento es 11.76% de la suma de primas emitidas de los últimos doce meses transcurridos al cierre de cada trimestre y el 16.27% del promedio anual de los siniestros netos ocurridos correspondientes a los últimos 36 meses transcurridos al cierre de cada trimestre, aplicándose a ambos el máximo entre el porcentaje de siniestros de retención o el

porcentaje promedio del mercado durante los últimos 3 años emitido por la CNSF. Al resultado se le aplica un ponderador por calidad de reaseguro, el cual se refiere a la proporción que representa la prima cedida a los reaseguradores no registrados conforme lo establece la ley en relación a la prima retenida total, correspondientes a los últimos doce meses transcurridos al cierre de cada trimestre. La cantidad obtenida es el monto de recursos que las Instituciones de Seguros deben mantener para enfrentar la exposición a desviaciones de siniestralidad esperada, insolvencia de reaseguradores, fluctuaciones adversas de sus activos o el descalce entre activos y pasivos.

- Deducciones de carácter patrimonial, que en el caso del Ramo de Salud, se refiere al saldo al cierre de la Reserva de Previsión, pero en caso que desaparezca esta reserva, el Capital Mínimo de Garantía sería igual al Requerimiento Bruto de Solvencia.

Es decir,

$$CMG = RBS - D$$

Donde:

CMG	=	Capital Mínimo de Garantía
RBS	=	Requerimiento Bruto de Solvencia
D	=	Deducciones.

En caso de existir un faltante en la cobertura del Capital Mínimo de Garantía, la institución someterá a aprobación de la CNSF un plan de regularización y autocorrección para solucionar esa irregularidad.

F a l t a

P á g i n a

83|

Capítulo 5

Perspectivas del Seguro de Salud en México

No te desanimes al encontrar obstáculos...

*Debemos tener fe en nuestros propios esfuerzos y en
nuestro ánimo para preservar en nuestras intenciones.*

John Mackie

5. Perspectivas del Seguro de Salud en México

Este capítulo hablará sobre las compañías de seguros que comenzaron a operar el Seguro de Salud, mostrando la evolución que han tenido en primas emitidas así como en siniestros, además, la repercusión del Seguro de Salud en el mercado asegurador mexicano y para finalizar, se indicará la penetración esperada del Ramo de Salud para el 2004.

5.1. Comportamiento del Ramo de Salud en el periodo 1997-2001

A raíz de las tendencias marcadas por los mercados tanto internacionales como el nacional, se hicieron modificaciones a la LGISMS, con el propósito de incluir el Ramo de Salud dentro de la Operación de Accidentes y Enfermedades.

A partir de esto, las siguientes compañías comenzaron a operar el Ramo de Salud, ya sea mediante contratos individuales, de Grupo o Colectivos:

1. Plan Seguro (PS),
2. General de Seguros (GS),
3. Grupo Nacional Provincial (GNP),
4. Banamex Aegon (BMX),
5. Seguros Comercial América (SCA),
6. Seguros Génesis (GEN),
7. Seguros Bancomer (BMR),
8. Seguros Monterrey New York Life (MTY),
9. Seguros BBV Probusa (BBV).

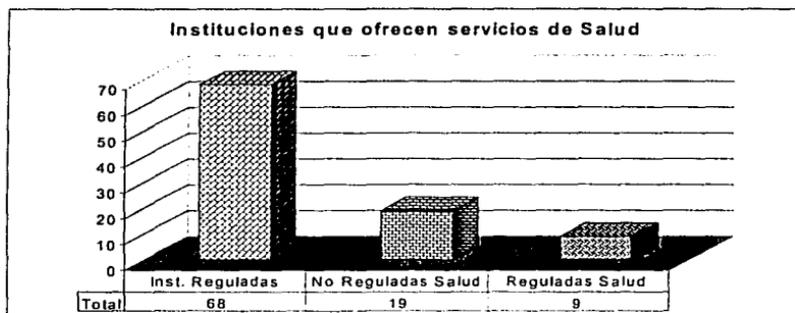
En el cuadro 1 se detalla el momento en que empezaron y los tipos de contratos que comenzaron a operar.

Cuadro 1

Año	Individual		Grupo		Colectivo		Total
	Num.	Clas.	Num.	Clas.	Num.	Clas.	
1997	2	PS, GS	1	GS	2	SCA, GS	3
1998	3	PS, GS, GEN	3	GS, GEN, MTY	4	SCA, GS, BBV, PS	6
1999	5	PS, GS, GNP, SCA, GEN	5	GNP, GS, BMR, GEN, MTY	3	SCA, BBV, GS	8
2000	6	PS, GS, GNP, BMX, SCA, GEN	6	BMX, GNP, GS, BMR, GEN, MTY	3	SCA, BBV, GS	9

Sin embargo, además de las compañías aseguradoras, otras instituciones, como Hospitales o Administradoras, comenzaron a vender productos como Seguros de Salud y algunas de ellas no contaban con un respaldo médico, financiero ni técnico, provocando serios desfalcos, es por ello que se buscó regularlas a todas, tanto en la parte financiera y técnica, así como en la parte médica, propiciando con ello una competencia leal entre las instituciones y garantizar que se brinde un servicio adecuado a las necesidades de los asegurados. Por ejemplo, para Diciembre de 2000 de las 68 compañías reguladas, sólo 9 operaban el Ramo de Salud, mientras que sin ser reguladas aproximadamente 19 instituciones más estaban operando este ramo; de estas instituciones, se cree que existen 13 en el Distrito Federal y 6 más en Provincia, pero se considera que algunas traspasarán su cartera estimando que 8 se constituirán como ISES. (Ver gráfica 1)

Gráfica 1



La producción de las instituciones reguladas que han venido operando el Ramo de Salud puede observarse a continuación en el cuadro 2:

Cuadro 2

Primas Directas Salud					
Compañía	1997	1998	1999	2000	2001*
1 Plan Seguro	2,738	31,563	-	44,718	26,086
2 General de Seguros	1,886	6,316	13,744	30,995	31,792
3 Provincial	-	-	35,677	110,986	40,010
4 Banamex Aegon	-	-	-	1,141	119,889
5 Comercial América	27,586	96,592	240,645	279,699	171,488
6 Génesis	-	1,407	27,968	13,563	-
7 Bancomer	-	-	22	6,379	4,913
8 Monterrey NYL	-	516	1,080	145	-
9 BBV Probursa	-	79,226	143,330	148,924	29,406
Total	32,210	215,620	462,466	636,550	423,584

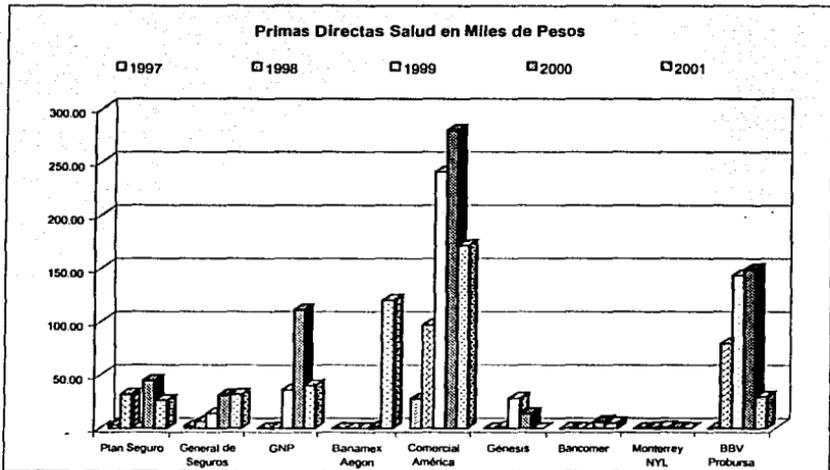
Cifras en Miles de pesos

- No disponible

*Cifras al 2° trimestre

Si observamos en la gráfica 2 la producción del periodo 1997-2001 por compañía, veríamos que la empresa líder en ventas ha sido Comercial América, seguida de BBV Probursa, Grupo Nacional Provincial, Banamex Aegon, Plan Seguro, General de Seguros, Génesis, Bancomer y por último, Monterrey New York Life.

Gráfica 2



Mientras que de los Sinistros Directos por compañía en el periodo 1997-2001, podemos observar en el cuadro 3 que Comercial América es quien ha tenido la mayor siniestralidad, seguida de BBV Probursa, Grupo Nacional Provincial, Plan Seguro, Génesis, General de Seguros, Banamex Aegon, Bancomer y Monterrey New York Life:

Perspectivas del Seguro de Salud en México

Cuadro 3

Sinistros Directos Salud					
Compañía	1997	1998	1999	2000	2001*
1 Plan Seguro	-	9,804	-	35,648	15,433
2 General de Seguros	-	3,178	6,118	13,820	15,310
3 Grupo nacional Provincial	-	-	29,114	92,126	40,083
4 Banamex Aegon	-	-	-	81	23,526
5 Comercial América	-	87,804	257,471	310,022	184,982
6 Génesis	-	174	16,554	37,585	-
7 Bancomer	-	-	1	7,637	4,561
8 Monterrey NYL	-	-	466	216	1
9 BBV Probursa	-	74,258	115,658	139,729	40,314
Total		175,218	425,380	636,864	324,210

Cifras en Miles de pesos

- No Disponible

* Cifras al 2° Trimestre

Del índice de Siniestralidad respecto a Primas Directas, en el cuadro 4 se puede observar que Génesis, Comercial América y BBV Probursa por cada peso que reciben del asegurado han tenido que regresar ese mismo peso e incluso un poco más por concepto de siniestros. En el caso de Monterrey New York Life, en 1999 el índice fue considerablemente bueno, pero para el 2000 su siniestralidad se disparó, teniendo que desembolsar en promedio en cada siniestro 50 centavos por cada peso recibido por concepto de primas. En Grupo Nacional Provincial y Bancomer, la siniestralidad con respecto a las primas es alta, pero al menos el monto de la siniestralidad es inferior al de primas. En cuanto a Plan Seguro, General de Seguros y Banamex Aegon, la siniestralidad que experimentan respecto a las primas es considerablemente aceptable:

Cuadro 4

% Siniestralidad Vs Primas Directas Salud					
Compañía	1997	1998	1999	2000	2001*
1 Plan Seguro	-	31.06%	-	79.72%	59.16%
2 General de Seguros	-	50.32%	44.50%	44.59%	48.16%
3 Grupo nacional Provincial	-	-	81.60%	83.01%	100.18%
4 Banamex Aegon	-	-	-	7.10%	19.62%
5 Comercial América	-	90.90%	106.99%	110.84%	107.87%
6 Génesis	-	12.37%	59.19%	277.11%	-
7 Bancomer	-	-	4.55%	119.72%	92.84%
8 Monterrey NYL	-	-	43.15%	148.97%	-
9 BBV Probursa	-	93.73%	80.69%	93.63%	137.09%
Total		81.26%	91.98%	100.05%	76.54%

- No disponible

Trimestre

Lo anterior pudiera ser a consecuencia de varios factores, por ejemplo: las políticas internas de crecimiento de cada compañía, políticas de selección de riesgos, mala adecuación de sus planes de beneficios, o tal vez el hecho de propiciar con sus planes la sobreutilización o incluso la subutilización de los servicios ofrecidos.

5.2. El Ramo de Salud Respecto al Mercado Asegurador Mexicano en el Periodo 1997-2001

Como hemos visto, el Seguro de Salud ha crecido velozmente. Se espera que además de las 7 compañías que actualmente operan el Ramo de Salud, 8 de las instituciones que actualmente no están reguladas, se constituyan como una ISES, ya sea a través de la escisión o del traspaso de cartera. Es decir, para finales del año 2001, se estima que habrá un total de 83 compañías de seguros, de las cuales 15 serán ISES, lo que indica que el 18.07% de las compañías aseguradoras se dedicarán al cuidado de la Salud esperando que para el 2002 el número total de compañías de seguros llegue a 100.

En el cuadro 5 se observa que la producción de las operaciones de Vida, Accidentes y Enfermedades, Daños, así como Pensiones en el mercado asegurador mexicano del periodo 1997 al primer semestre del 2001, ha crecido poco a poco, y no se hace de esperar el crecimiento del Ramo de Salud, el cual frena su crecimiento en el 2001 por ser el año de transición. De igual manera en las gráficas 3 y 4, se puede apreciar la participación que han tenido en el mercado, así como el incremento de la participación del Seguro de Salud.

Cuadro 5

Participación de Primas Directas durante 1997-2001

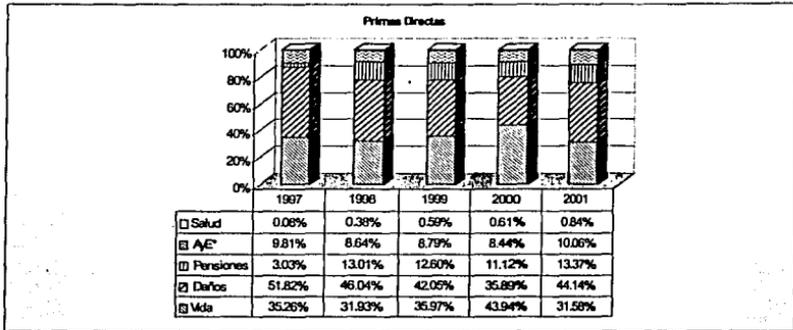
ANO	VIDA	AyE	DAÑOS	PENSIONES	SALUD	TOTAL
1997	14,421,557	4,044,027	21,198,266	1,240,798	32,210	40,904,648
1998	18,266,998	5,156,761	26,340,646	7,442,714	215,620	57,207,119
1999	28,127,610	7,337,651	32,879,304	9,852,601	462,466	78,197,166
2000	46,009,624	9,471,917	37,585,365	11,645,343	636,550	104,716,449
2001*	15,837,394	5,468,757	22,128,240	6,700,937	423,584	50,129,388

*Cifras en miles de pesos

*Cifras a 21/6/2001

Gráfica 3

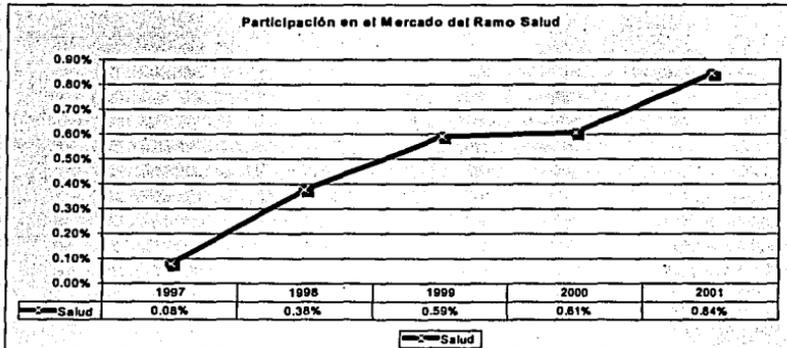
Participación de Vida, Daños, Pensiones, A y E y Salud durante 1997-2001



* No incluye Salud

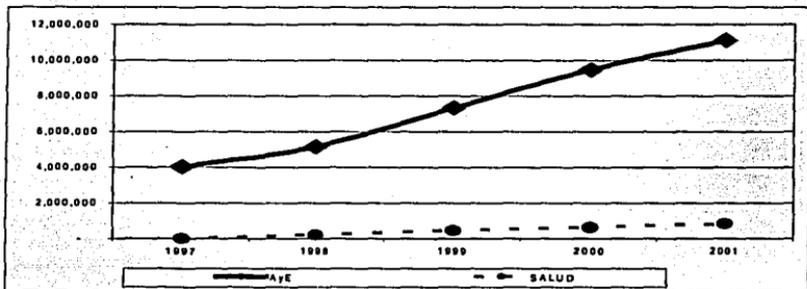
Gráfica 4

Incremento en la participación del Ramo de Salud durante 1997-2001



En esta última gráfica se observa como la participación se ha incrementado y aunque de 1999 al 2000 el crecimiento es casi imperceptible, no obstante que el 2001 es el año de transición, se acentúa el crecimiento en la participación. A continuación, en la gráfica 5 se muestra el crecimiento que ha tenido el Ramo de Salud respecto a la operación de Accidentes y Enfermedades. En 1997, Salud representa tan solo el 0.79% de Accidentes y Enfermedades, mientras que para los años siguientes hasta el 2001, Salud representa el 4.18%, 6.30%, 6.72% y el 7.74% respectivamente, dejando entrever cómo el nuevo ramo va ganando terreno dentro de su Operación.

Gráfica 5



En cuanto a siniestralidad, es importante mencionar que aunque los siniestros del 2001 están considerados hasta el 2° trimestre, se observa que para finalizar este año podrían igualar el monto del año anterior, por lo que el índice de siniestralidad respecto a las primas directas es alto. En el cuadro 6 se observa el monto de los siniestros directos en el mercado asegurador mexicano durante 1998 a 2001 y en la gráfica 6 se puede apreciar el índice de siniestros Vs Primas Directas.

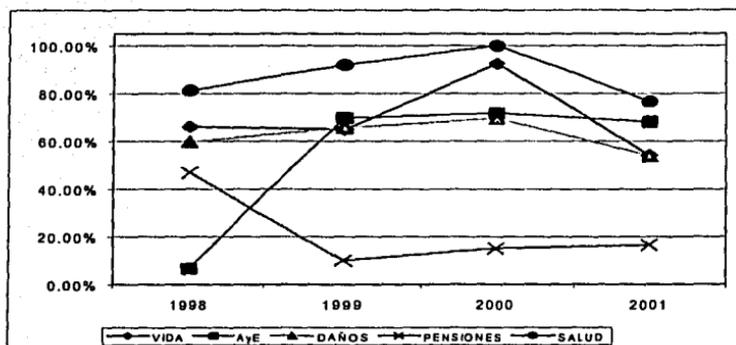
Cuadro 6

Año	Vida	Primas	AyE	Primas	Daños	Primas	Pens.	Primas	Salud	Primas	Total
1998	12,006,454	66.00%	343,090	6.66%	15,736,038	59.74%	3,491,092	46.91%	175,218	81.26%	31,636,674
1999	18,258,825	64.91%	5,114,086	69.70%	21,563,693	65.50%	987,577	10.02%	425,300	91.98%	45,924,381
2000	42,577,693	92.54%	6,796,917	71.76%	25,111,371	69.47%	1,759,468	15.10%	636,864	100.05%	77,245,449
2001*	8,560,726	54.07%	3,726,649	68.14%	11,924,148	53.89%	1,107,365	16.53%	324,209	76.54%	25,318,888

*Cifras al 2° Trimestre

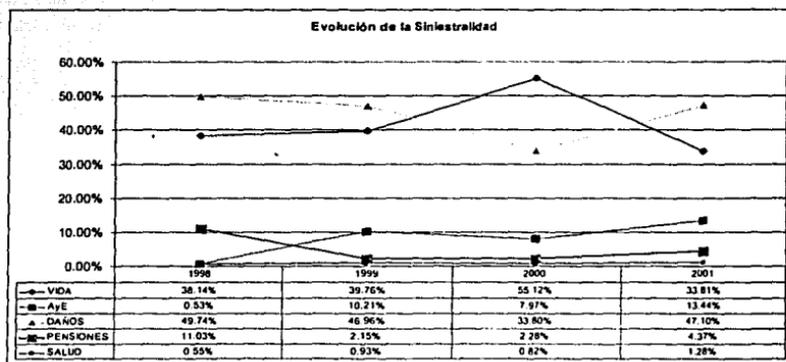
Gráfica 6

Índice de Siniestralidad Vs Primas directas durante el periodo 1998-2001



En la gráfica 7, expresada en términos porcentuales de la siniestralidad total, se hace más evidente la evolución de la siniestralidad en el mercado asegurador mexicano. Se observa que la operación de Vida es la única que espera disminuir su siniestralidad para este año, mientras que el resto espera que aumente. El monto de los siniestros del Ramo de Salud es considerablemente inferior con relación a los demás; aunque con relación al índice de siniestralidad es relativamente superior al resto.

Gráfica 7



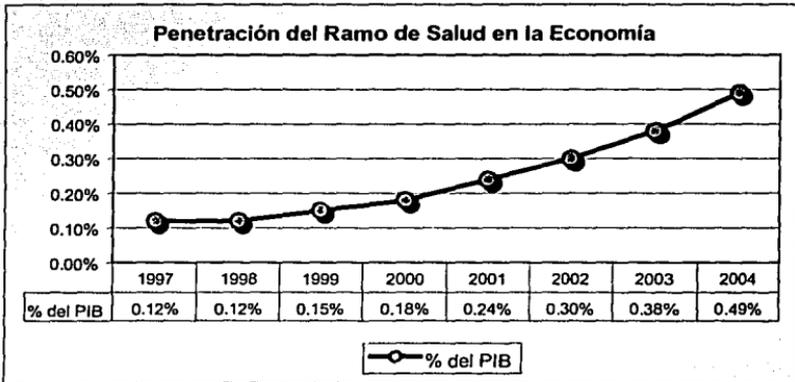
5.3. Penetración del Seguro de Salud en el Mercado Mexicano

Las reformas a la LGISMS en diciembre de 1999 y abril de 2000, tuvieron como propósito ordenar el crecimiento de este mercado, dar certidumbre a la inversión privada de estas actividades, promover el desarrollo del mercado de las ISES, orientar y proteger a los consumidores. Es así como se han sentado las bases para el desarrollo de un nuevo mercado para el sector asegurador, el cual ofrece importantes posibilidades para el futuro.

No obstante que se va en la dirección correcta, las comparaciones internacionales muestran que el sector asegurador ha tenido una baja penetración en la economía mexicana. La participación de las primas en el 2000 alcanzó el 1.84% del PIB, y aunque es el nivel más alto en la historia del país, la cifra aún se encuentra muy por debajo de los promedios internacionales que es del 6%.

El indicador de penetración del sector asegurador en la economía se mide como la razón de primas directas entre el producto interno Bruto (PIB). En la gráfica 8 se observa la penetración que ha tenido el Ramo de Salud en la Economía Mexicana, proyectando hasta el 2004.

Gráfica 8



Perspectivas del Seguro de Salud en México

Para el 2004 los seguros de las ISES podrían representar el 0.5% del mercado actual (2001) y si el sector mantiene su dinamismo, se estima que en el 2020 considerando tanto a pensiones como a salud, la penetración llegaría al 5%, proyecciones que son muy optimistas.

Realmente existe una expectativa de gran crecimiento en los próximos años, ya que según datos de la Secretaría de Salud, cerca de dos millones de familias tienen que enfrentar anualmente gastos catastróficos en salud y el 52% del gasto en salud de México es de bolsillo. Pero algo que verdaderamente redituaria al mercado mexicano del seguro de salud, sería la posibilidad de deducir los impuestos para los individuos, y no sólo para las empresas como sucede en la actualidad, cabe mencionar que dicha situación ya está siendo analizada por el Congreso de la Unión; Además, el mercado podría incrementarse si se reformara la Ley del Seguro Social y ofreciera a los empleados la decisión de elegir entre un servicio público o uno privado, estando el sector privado en posibilidades de prestar servicios de salud mediante convenios de subrogación con reversión de cuotas.

Cabe destacar que con la creación de las ISES se impulsará la transparencia en la operación y en la solvencia del ramo de salud, creando al mismo tiempo nuevas fuentes de empleo, abriendo paso a la oportunidad de formar una buena imagen del sector asegurador fomentando en todo momento la confianza de los mexicanos hacia las operaciones de seguros, siendo el inicio a nuevas contrataciones de los asegurados en salud en otros diversos ramos.

Las ISES tendrán que tomar en cuenta los enfoques que habrán de modificar en los planes de salud que pretendan ofrecer, los cuales son importantes; ya que la tendencia es que no se podrán establecer límites de edad, es decir podrán poner límites de contratación pero en renovaciones no debería haber límite; o límites a enfermedades de alto costo, excluir enfermedades preexistentes u otras limitaciones como profesión, actividades de alto riesgo practicadas, y en general aquellas que se deriven del ámbito social en el que día a día se desarrolle el contratante del seguro. Al mismo tiempo la mentalidad de los usuarios y proveedores, también sufrirá algunos cambios drásticos, ya que es de preverse que para lograr un sistema sano y equilibrado, la cultura de copagos y de atención con servicios específicos y no abiertos, deba generalizarse.

Pese a todo, se debe considerar que las poblaciones tienden a vivir por más años, que surgen nuevos tratamientos pero también nuevos tipos de enfermedades y las condiciones económicas no

prevalecen por periodos largos de tiempo, por lo que se debe tener muy claro, que es prioritaria la planeación, ya que el Estado no ha podido mantener una protección social adecuada, y la población activa no podrá financiar los cuidados médicos del total de la población no activa, que crece cada día y si en algún momento se deseara que las aseguradoras absorbieran todo el servicio básico de salud, se requeriría que las primas sean subvencionadas por el Estado, el patrón y los propios asegurados.

Para los reaseguradores, también se abre una gama de oportunidades, ya que al carecer de experiencia local, las compañías de Seguros requerirán de soporte técnico y también de soporte financiero, de Instituciones Reaseguradoras, quienes podrán aportar experiencia de otras partes del mundo y quienes estén dispuestas a asumir las desviaciones que éste tipo de coberturas puedan generar.

La aparición de las ISES cambiará la cultura de la población atendiendo a las circunstancias que actualmente vive el país mediante el fomento a la prevención de la salud y tomando en consideración las necesidades propias de las personas que buscan una atención médica más personalizada y de mejor calidad a costos realmente accesibles.

También es importante considerar que existe otro factor que complica el panorama para México, es decir, los atentados terroristas a Estados Unidos de Norteamérica y con ello la inminente guerra contra el terrorismo, ya que sus repercusiones retrasarán aún más la esperada recuperación económica de éste país, lo cual podría implicar inestabilidad en el crecimiento por su fuerte dependencia comercial hacia el país del norte. Sin embargo, en México sólo serán consistentes con el marco del Plan Nacional de Desarrollo y se reforzará el programa para el fortalecimiento económico y la inclusión social, con el fin de tener mayor flexibilidad ante las circunstancias que se presenten.

Las medidas que se adoptarán para el reforzamiento y ejecución de programas que ya están en curso, es la incorporación de acciones para apoyar el sector turismo, líneas aéreas y la promoción del empleo; Además los empresarios y trabajadores se han comprometido a buscar estrategias para mantener el empleo y mejorar los salarios, para ello una de las propuestas es incentivar las inversiones y recursos para reactivar el mercado interno; No obstante lo anterior, sí será necesario

ser muy prudentes, porque la recuperación y el crecimiento para el 2002 no tendrá el vigor que tuvo en años pasados.

En otras palabras, la recuperación de México está íntimamente ligada a la recuperación de Estados Unidos de Norteamérica, ya que nuestra economía no tendrá la capacidad de generar una recuperación por sí misma, esto se debe en buena parte a que en nuestro país no se han hecho las reformas estructurales necesarias para generar un crecimiento autosustentable, de mantenerse la recuperación de Estados Unidos de Norteamérica, los mexicanos nos beneficiaremos de ello, pero México ya no debe seguir dependiendo de la economía de la Unión Americana, para ello será necesario tomar medidas que nos permitan volvernos más competitivos. Esto sólo será posible si los legisladores deciden respaldar medidas que promuevan la inversión y crecimiento.

Conclusiones

***Aquello a lo que tienes miedo,
Es una clara indicación de lo
siguiente que tienes que hacer.***

CONCLUSIONES

- Ante la problemática e insuficiencia de la Seguridad Social en México, surge la necesidad de cambio para otorgar los servicios de salud.
- La experiencia internacional indica que la tendencia del diseño o reforma del sistema de salud es la privatización, y el análisis externo resulta muy apropiado para anticipar consecuencias de cualquier cambio. En muchos países dicha privatización queda a cargo de la industria aseguradora.
- Surge en México una reforma del sistema de seguros en materia de Salud por la demanda que tiene este servicio. Regulando el mercado para evitar la insolvencia de estas empresas, así como fallas en la calidad y falta de garantías para los usuarios.
- Es necesario que no sólo se regule el mercado por la SHCP y la CNSF, con relación a los aspectos técnicos y financieros, sino que sea regulado también por la Secretaría de Salud en lo que corresponde a aspectos médicos.
- Es necesario evaluar los resultados de las acciones a través de indicadores de calidad técnica y de trato digno.
- Con la aparición de las ISES, se ofrecerán planes Integrales de salud que se espera que cubran a más del 80% de la población al menor costo posible, cumpliendo con la cobertura mínima que exige la Secretaría de Salud.
- Los planes de Seguros de Salud de las ISES deben contemplar especificaciones operativas, técnicas y médicas de tal forma que les permita hacer frente a sus obligaciones contraídas con los usuarios de sus servicios.
- Entre el Seguro de Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores existen grandes diferencias, las más importantes son las de prevención, fomento y cuidado de la salud.
- Se estima que para fines del 2001 el 18.07% de las compañías de seguros se dediquen al cuidado de la salud.

- La privatización del sistema de seguridad social conduce a un aumento significativo en el potencial de crecimiento de la industria aseguradora, trayendo como consecuencia inherente los cambios en las necesidades de los clientes y el ambiente general del mercado.
- Se espera que el incremento en la participación del Seguro de Salud en el mercado mexicano sea superior al 30% anual. Sin embargo se prevé que la siniestralidad en un principio sea superior al 70% de las primas directas.
- Con la incursión de las ISES al mercado mexicano, se espera que para el 2004 el total de las primas directas de la industria aseguradora representen alrededor del 5% del Producto Interno Bruto.

Así, el objetivo general de mostrar el origen del Seguro de Salud privado como una necesidad para la prestación de servicios médicos prepagados dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado, en donde las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud mediante planes que contemplan la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud ofrecen a la población una alternativa para obtener servicios médicos de alta calidad, trato digno, eficiencia, costos accesibles y con la Infraestructura adecuada necesaria, se ha cumplido.

Finalmente podemos concluir que el Seguro de Salud reviste una gran importancia en el desarrollo del país y particularmente en la industria aseguradora, por lo que a través de esta opción, podrá asegurarse a la población un mejor nivel de vida y salud preservando el respeto a los derechos de los asegurados que adquieran este tipo de seguros y el cumplimiento de los mismos por parte de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

Referencias

Referencias

Libros

- Los Seguros de Salud y la Sanidad Privada, cuaderno N° 12, Mercedes Vázquez de Padura, Fundación Mapfre, España, 1993.
- Perspectivas del Seguro, Irving Pfeffer, David R. Clock, Ed. Mapfre, España, 1974.
- Modern Actuarial Theory and Practice, Booth, Chadburn, Cooper, Haberman and James, Ed. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, Florida, USA, 2000.
- Matemática Actuarial, Ubaldo Nieto de Alba, Jesús Vegas Asensio; Ed. Mapfre, Madrid, España, 1993.
- Aspectos Técnicos para la Determinación de la Prima de Riesgo en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, Documento de Trabajo N°11, Miguel Angel Beltrán Prado, CNSF, 1992.
- Health of Nations, Lawrence A. Craig, The Wyatt Company, E.U.A., 1990.

Leyes y Reglamentos

- Ley del Seguro Social, IMSS, México, 1996.
- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, CNSF, 2000.
- Reglas de Operación del Ramo de Salud, CNSF, 2000.
- Ley General de Salud, Ed. Porrúa, México, 2000.

Cursos

- Seguro de Personas Avanzado, IMESFAC, México, 1995.
- Seguro de Salud, IMESFAC, México, 2001.
- Medicina Prepagada, Historia y Evolución, Dra. Leonor Magentes, CNSF, 2000.
- Suscripción de Seguros y Fianzas, CNSF, 2001.
- Memoria del Seminario "La cooperación México-Gran Bretaña: Una Contribución al Proceso de Reforma del Sector Salud", DFID, 2000.

Tesis

- Bases Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores, Act. Carlos Ravelo Lara, UNAM, México, 1999.
- Estructura del Mercado de Seguros Privados de Gastos Médicos Mayores en México, Lic. Felix Bonilla Padilla, ITAM, México, 1994.
- Aspectos Técnicos en el Seguro de Gastos Médicos Mayores; Act. Miguel Angel Beltrán Prado, UNAM, México, 1995.

Estadísticas

- Estadísticas, Primas, 2° trimestre, AMIS, 2001.
- Estadísticas, Primas, 4° trimestre, AMIS, 2000.
- Estadísticas, Primas, 4° trimestre, AMIS, 1999.
- Estadísticas, Primas, 4° trimestre, AMIS, 1998.
- Estadísticas, Primas, 4° trimestre, AMIS, 1997.
- Estadísticas, Sinestros, 2° trimestre, AMIS, 2001.
- Estadísticas, Sinestros, 4° trimestre, AMIS, 2000.
- Estadísticas, Sinestros, 4° trimestre, AMIS, 1999.
- Estadísticas, Sinestros, 4° trimestre, AMIS, 1998.
- Servicios Médicos Proporcionados por Seguridad Social 1994-2000, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.
- Agenda 1999, INEGI.

Hemerográficas

- El Economista, "No habrá Programa contra la Recesión Mundial", Octubre 2001, p.p. 35.
- El Economista, "Se acerca la hora de que operen las ISES", Junio 2001, p.p. 4.

- El Asegurador, "Plena Libertad en la Supervisión del Contralor Médico de las ISES", Julio de 2000, p.p. 7.
- El Asegurador, "Exige Hacienda un Contralor Clínico a las Empresas que operarán en Salud", Junio de 2000, p.p. 13.
- El Asegurador, "La Medicina del Seguro, Sustento de la Rentabilidad en Vida y Accidentes y Enfermedades", Mayo de 2000, p.p. 9.
- El Asegurador, "Vence en Octubre el Plazo para el Cumplimiento de Requisitos en Seguros de Salud", Septiembre de 2000, p.p. 9.
- El Asegurador, "Concluye CNSF proyecto para fomentar gobierno corporativo y Libre Gestión", Junio 2001, p.p. 19.
- El Asegurador, "Organiza la Asociación de Médicos la Creación de un Consejo Mexicano de Medicina del Seguro", Junio 2001, p.p. 12.
- El Asegurador, "Salud Especializada", Julio de 2001, p.p. 12.
- El Asegurador, "Califican de Mercantilista el proceder de las ISES", Agosto de 2001, p.p.16.
- El Asegurador, "Golpe al Seguro y Reaseguro, el atentado terrorista en EU", Septiembre de 2001, p.p.1.
- El Asegurador, "Salud Internacional", Septiembre de 2001, p.p.1.

Revistas

- Revista Alto Nivel, Negocios, Finanzas, Economía y Mercadotecnia, "Puntos de Vista: Hospitales", Año 13, número 146, México, Octubre 2000.
- Tiempo Mensual, "Nueva Ley: Viabilidad y Permanencia del IMSS"; Num. 2684, México, Marzo 1997.
- Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas, "ISES y su proceso de Aprobación", Tomo 53, número 618, Septiembre 2001, México.
- Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas, "Seguro de Personas, Amplía sus Perspectivas", Tomo 53, número 617, Agosto 2001, México.

- Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas, "Seguros en México, Una perspectiva estable para una industria emergente", Tomo 53, número 614, Mayo 2001, México.
- Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas, "Aseguradores refrendan compromiso social", Tomo 52, número 610, Enero 2001, México.
- Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas, "Seguros de Salud, Apuntes Prácticos", Tomo 52, número 607, Octubre 2000, México.

Otras Fuentes

- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, www.presidencia.gob.mx
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, www.presidencia.gob.mx
- Seguro de Salud para la Familia, ¿IMSS o Aseguradoras Privadas?, Consultoría Jesús Ernesto López & Asociados.
- Preguntas acerca de su cobertura de Salud, Texas Department of Insurance, Austin Texas, 1997.
- Reseña sobre Principios de Capital y Solvencia, por Martha Jessica Loyola Lescale, Solvency and Actuarial Issues Subcommittee (IAIS).
- Capital Mínimo de Garantía Para el Ramo de Salud, CNSF, México, 2000.
- Jornada Sobre el Seguro de Salud en México, SHCP-CNSF, México, 1998.
- Situación Actual del Seguro de Salud en México, ASERP, 2001.
- El Seguro de Salud en México: Situación Actual y Perspectivas, CNSF, 1998.
- Métodos de Pronóstico de Siniestralidad Ocurrida y No Reortada, Pronosticadores Estadísticos, 1990.
- Guía Básica de Reaseguro, Eduardo Esteva Fischer, Documento de Trabajo #38, CNSF, México, 1994.
- FIDES papers, Cambios en los Sistemas de Protección de Salud, <http://www.guycarpenter.com>, información a Octubre de 2000.
- Con relación al tema de la Salud, <http://www.ccc.com.ve>, información a Octubre de 2000.