

95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

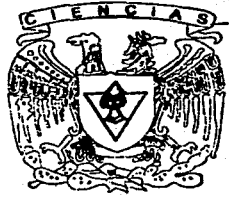
FACULTAD DE CIENCIAS

"ASPECTOS GENERALES DEL SEGURO DE SALUD Y LA IMPORTANCIA DE SU DESARROLLO EN MEXICO (ISES)"

T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: ACTUARIO PRESENTA:

RICARDO RAYA REYES

DIRECTOR DE TESIS : ACT. PEDRO AGUILAR BELTRAN



FACULTAD DE CIENCIAS UNAM

2002



FACULTAD DE CIENCIAS SECCION ESCOLAR

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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

M. EN C. ELENA DE OTEYZA DE OTEYZA

Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunico a usted que hemos revisado el trabajo escrito: "Aspectos Generales del Seguro
de Salud y la importancia de su desarrollo en México (ISES)"
realizado por **Ricardo Raya Reyes**
con número de cuenta **9455512-7**, quién cubrió los créditos de la carrera de **Actuaría**

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

Act. Pedro Aguilar Beltrán

Propietario

Act. María Aurora Valdez Michell

Propietario

Act. Jaime Vázquez Alamilla

Suplente

Act. Miguel Angel Beltrán Prado

Suplente

Act. Laura Miriam Querol González

Consejo Departamental de Matemáticas

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

**Piensa que el Futuro
será ese momento en el que lamentarás
no haber hecho lo que debes hacer ahora.**

EZEQUIEL HUERTA

**No hay realidad
que no haya nacido de un sueño
y ninguna de un objetivo.**

EDUARDO VERGARA

**A mis Padres
Ursula y Salvador**

**Gracias,
por su tiempo, cariño y esfuerzo que dedicaron
a mi desarrollo profesional, por los valores
que me han inculcado y por su interés por
que me titulara.**

**A mi esposa
Liliana**

**Gracias,
por tu apoyo como mujer, amiga, compañera
y madre de mis hijos, que me has dado en los momentos
en que lo necesitaba para lograr este gran reto.**

**A mis hijos
Estefani y Leonardo**

**Les dedico esta tesis
como un ejemplo de lo que deseo para ustedes
en la vida, esperando les sirva como guía
de todo aquello que se propongan en su vida.
Ustedes fueron mi principal motivación para lograr esta meta.**

**A mis hermanos
Chava, Juan Carlos y Luis Alberto**

**Gracias,
por el entusiasmo que han tenido
por continuar con sus estudios,
lo cual me motivó para seguir
con este esfuerzo y lograr mi objetivo.**

**A mi Director de Tesis
Act. Pedro Aguilar Beltrán**

**Gracias,
por el tiempo dedicado y por transmitirme
sus conocimientos durante la carrera
y para lograr desarrollar esta Tesis,
que marca un logro importante en mi vida.**

Indice

Introducción

	Pag.
Capítulo 1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México.....	3
1.1. Primeros Seguros de Gastos Médicos.....	3
1.2. Evolución histórica de las Coberturas.....	4
1.3. El primer Seguro de Gastos Médicos por Enfermedad y Accidente....	5
1.4. Modificación al producto de Gastos Médicos a partir de la década de los años 80.....	6
1.5. El seguro de Gastos Médicos actual.....	7
1.6. Análisis de la problemática del Seguro de Gastos Médicos.....	8
1.6.1. Inflación Médica.....	10
Capítulo 2. Desarrollo del Seguro de Salud en México.....	13
2.1. Importancia del Seguro de Salud.....	14
2.2. El Seguro de Salud en el Mundo.....	15
2.2.1. El Sistema Privado por excelencia.....	16
2.2.2. Europa.....	17
2.2.3. Los Sistemas de Salud en América Latina.....	17
2.3. El Sistema de Salud en México.....	20
2.4. El Seguro en la Economía mexicana.....	21
2.5. Estadísticas sobre el Seguro de Salud en México.....	23
Capítulo 3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)	26
3.1. Antecedentes.....	26
3.2. ¿Qué son las ISES?.....	27
3.2.1. Características de las ISES.....	27
3.3. Regulación.....	28

Capítulo 4. Aspectos Generales del Seguro de Salud.....	35
4.1. Gestión del Ramo.....	35
4.2. Bases Técnicas.....	36
4.3. Conceptos.....	46

Conclusión

Bibliografía

Anexos

- I. Carátula de una póliza de un Seguro de Salud
- II. Cuestionario médico para suscripción de un Seguro de Salud
- III. Circulares:
 - S-24.1 (pag. 1-16), S-24.1.1 (pag. 1-3), S-24.2 (pag 1-3), S-24.2.1(pag. 1-3), S-24.3 (pag. 1-8), S-24.4 (pag. 1-6)
- IV. Tabulador de convenios en los honorarios por padecimiento de la red médica de un Seguro de Salud
- V. Distribución de siniestros de accidentes y enfermedades

Introducción

A través del tiempo el sector asegurador del país ha tenido un amplio y dinámico desarrollo en el ramo de Accidentes y Enfermedades, cuyos cambios y modificaciones han estado influenciados por factores socio-económicos que provocaron en alguna época un serio descontrol en los costos de la salud, creando desestabilización económica en el mismo sector y en las compañías Aseguradoras que lo han llegado a aplicar.

Por ello, es muy importante conocer las características de un Seguro que prácticamente está iniciando en México, que se deriva del de Gastos Médicos Mayores, el "Seguro de Salud", el cual requiere una difusión y empuje para lograr su óptimo desarrollo, que indudablemente traerá beneficios en la economía del país.

A diferencia de otros seguros, el de Gastos Médicos Mayores, que también forma parte del ramo de Accidentes y Enfermedades, normalmente ha sido el de mayor siniestralidad en las compañías Aseguradoras, ya que su comportamiento lo debe principalmente a la salud de las personas, algo difícil de valorar y controlar en el tiempo influenciado principalmente por los avances en la medicina y la tecnología, debido a que su esencia está basada en la medicina correctiva. Las compañías han buscado por separado un sinnúmero de estrategias y negociaciones con los proveedores médicos para lograr reducir estos índices de siniestralidad pero los resultados no han sido los esperados. El Seguro de Salud busca lograr ese control, basándose en la medicina preventiva.

La inflación del sector salud siempre es mayor que la inflación general, por lo que indudablemente crear un seguro con reglas y acuerdos en donde intervienen instituciones gubernamentales que están directamente relacionadas con el sector salud, ayudará a disminuir estas enormes diferencias de inflación.

En esta Tesis se desea resaltar que este nuevo seguro busca fomentar una cultura de prevención de la salud. Lamentablemente en México ésta es muy pobre y ha tenido bajo impacto a través del tiempo, lograr una verdadera conciencia en la población mexicana, representa que los individuos tengan tiempo e interés de su propio bienestar, situación que se ve afectada y bloqueada por la deficiente infraestructura en los servicios de salud y todo porque la educación enfocada a este tema no ha sido lo suficientemente buena. Normalmente acudimos al médico cuando el problema de alguna enfermedad está latente, difícilmente ponemos como prioridad ante todos los compromisos y actividades de nuestra vida social-laboral revisar el estado en que se encuentra nuestra salud, desconocemos el momento exacto en que requerimos una atención médica o un tratamiento a fin de detectar con anticipación alguna falla en la salud y evitar futuras eventualidades llamadas emergencias médicas, que afecten en mayor escala los bolsillos.

Este es un tema trascendental en el futuro de México, y conocer las razones por las que ha nacido este Seguro en el país y hacia dónde quisieran llegar las aseguradoras, definitivamente ayudará a comprender la importancia de su desarrollo a nivel nacional.

El Seguro de Salud se ha aplicado en otras naciones del mundo, tanto en países ricos como en países en desarrollo, teniendo un crecimiento importante, por lo que

implementarlo e impulsarlo en México seguramente llevará a la economía a mejores niveles.

Motivará inversiones en el sector salud privado, estabilizará la competitividad de laboratorios farmacéuticos, hospitales privados, incrementará la esperanza de vida, eliminará el monopolio del sector público de salud, aumentará el nivel de vida de la población económicamente activa, mejorará la infraestructura del sector salud, subirá su participación en el Producto Interno Bruto, entre otros importantes beneficios.

El lector debe conocer los antecedentes históricos y el comportamiento que han tenido a través del tiempo los seguros del ramo de Accidentes y Enfermedades en el mundo y en México, las medidas que se han aplicado y el impacto que han representado en el sector asegurador y socio-económico, la manera en que surge el Seguro de Salud, el Ramo que lo rige y las condiciones que deben tener las compañías aseguradoras para gestionarlo, las condiciones que lo determinan y la forma en que se está regulando y controlando por las autoridades, así como la base técnica que ayuda a calcular las tarifas.

El objetivo principal de esta Tesis está basado en conocer, evaluar, calificar la importancia y necesidad de la existencia, crecimiento y desarrollo de un Seguro con estas características en México.

Capítulo 1

Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

1.1 Primeros Seguros de Gastos Médicos

El seguro de gastos médicos que hoy conocemos ha pasado por una evolución que aunque su desarrollo ha sido reciente, es necesario recorrer esa parte de la historia que sin duda nos permitirá ubicar al seguro actual de salud en su real dimensión.

Los primeros datos al respecto los encontramos con la fundación de la compañía Mexicana de Riesgos y Accidentes S.A. en 1918 ya que en esa época sólo se manejaba como cobertura la correspondiente a gastos médicos por accidente, cobertura que a la fecha aún sigue existiendo en la mayoría de compañías que manejan este ramo.

Los primeros datos antecedentes de la legislación al respecto de este ramo fueron en 1926 donde ya se precisan algunos detalles técnicos para darle seguridad a todos los asegurados, estas precisiones se refieren a las reservas que deben de guardar las empresas de seguros para responder por las eventuales pérdidas que el ramo sufriera.

En 1935 se establecen las bases para la definición de quien tiene la facultad para operar los riesgos relacionados con un seguro y se define a las compañías de seguros como las únicas para el manejo de los seguros de cualquier tipo, en este mismo año la mayoría de compañías extranjeras salen del país al negarse a acatar la nueva ley ya que los obligaba a invertir las reservas en México, lo cual se negaron a aceptar.

La reglamentación mencionada aún prevalece y no ha permitido que empresas que no son identificadas como compañías de seguros practiquen actividades donde exista un compromiso en función a un evento incierto que se relacionan con la cobertura de gastos médicos.

En 1936 es expedido el reglamento que daba forma al actual seguro de vida de grupo, el cual su origen fue eminentemente social ya que permitía que a todos los trabajadores de México fuera posible asegurarlos sin examen médico, en este reglamento se mencionaba el hecho de que en tanto no exista un relativo al ramo de accidentes se aplicará en lo conducente a seguros donde fueran contratados como un grupo, pero con la cobertura de accidente.

En 1943 se crea la Asociación Mexicana de Medicina del Seguro, A.C. la cual no sólo buscó el perfeccionamiento académico de sus asociados, sino que también, a través del

1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

intercambio de experiencias de todas las compañías aseguradoras, busco acrecentar los conocimientos del mercado en lo referente a la selección médica de los riesgos de vida y fundamenta las bases del incipiente ramo de accidentes y su futuro desarrollo.

Ya en 1950 había en México 68 compañías de las cuales 6 se dedicaban al seguro de accidentes y salud y este antecedente permite ubicar el nacimiento del ramo de gastos médicos al cual se le llamaba de salud por el tiempo de cobertura que ofrecía las cuales eran limitadas y se contrataban por separado en función a la necesidad específica que se quisiera cubrir.

También fueron determinados los conceptos que involucran el cálculo de la retención máxima para cada ramo y en particular para el ramo de Accidentes y Enfermedades, así como el capital mínimo que debe mantener cada institución para que pueda operar el ramo.

En esa época se necesitaba un capital de \$500,000.00 a \$1,000,000.00 para poder operar el ramo y la retención máxima era del 5% del capital y otros conceptos.

En 1962 es modificado el seguro de grupo y mantiene su relación con el seguro de accidentes y enfermedades en tanto no exista uno específico.

1.2 Evolución histórica de las Coberturas

El antecedente inicial para la cobertura actual de gastos la encontramos en las pólizas de accidentes personales, en las cuales existía, y sigue existiendo, la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente cuya protección se eliminaba a aquellas personas que solicitaban este tipo de pólizas cuya base era la cobertura por muerte accidental.

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

Una vez asignada la letra que corresponde el riesgo se tarificaba una cuota por cada mil pesos de suma asegurada. Por los primeros pesos de esa época debería de cobrarse más, ya que eran los más probables a gastar, situación que con el tiempo se debió modificar e ir adaptando a las condiciones económicas de cada época, aunque las divisiones todavía es común encontrarlas.

Las variedades de cobertura eran tanto 24 horas de cobertura, como a corto plazo, para un grupo o colectivo, para una escuela o para un solo viaje. Como puede apreciarse ya existía un desarrollo conceptual importante de ese tipo de seguro previo al desarrollo del producto de gastos médicos.

A pesar de que este seguro sigue teniendo una gran importancia en el mercado actual, sin duda el que existiera solo la cobertura por accidente hacía necesario que se desarrollara otra alternativa que cubriera gastos por enfermedades lo cual también involucraba una probabilidad de ocurrencia y por lo tanto sujeto de seguro.

Fue de esta manera como nace el seguro de hospitalización que solo cubría este evento y el primer seguro de gastos médicos que cubría accidentes y enfermedades.

1.3 El primer Seguro de Gastos Médicos por Enfermedad y Accidente

Sus características generales eran las siguientes:

1) Beneficios

- a) Cuarto y Alimentos (por enfermedad)
- b) Intervención Quirúrgica (con catálogo; por enfermedad)
- c) Gastos Extras (por enfermedad)
- d) Visitas Médicas (por enfermedad)
- e) Subsidio Diario por enfermedad (período máximo 365 días ó 730 días)

2) Cuándo se hacían efectivos

Durante las 24 horas del día y en cualquier día y en cualquier lugar del mundo

Tratándose de hospitalización, solo se reembolsaban los gastos médicos cuando eran erogados dentro de un hospital o sanatorio legalmente establecido.

3) Quiénes podían ser asegurados.

Todas las personas que gozaban de buena salud de 30 días a 55 años de edad si se trataba de pólizas iniciales, en la renovación, esta edad se ampliaba a 59 años. Para efectos del subsidio diario, la edad mínima era de 12 años, tratándose de los hijos, los mayores de 30 días y menores de 18 años que fueran solteros y dependieran económicamente del contratante también podían ser asegurados en los incisos a) al d), dentro de la póliza aquellas personas que vivían con el contratante, que no tuvieran remuneraciones por su trabajo y estuvieran dentro de los límites de aceptación y asegurabilidad.

4) Las exclusiones

- a) Enfermedades preexistentes
- b) Maternidad, tratándose de parto normal o aborto
- c) Amigdalitis, adenoiditis, hernias circuncisiones, hemorroides o cualquier proceso fisiológico-patológico que afectara los órganos genitales de la mujer
- d) Tratamientos dentales, gingivales o alveolares, cualquiera que sea su origen.
- e) Tratamiento médico o quirúrgico para esterilización o control de la natalidad así como,
- f) Exclusiones que figuraban en los endosos anexos a las pólizas.

5) Las generalidades

Cuarto y alimento. Este beneficio podía otorgarse por períodos de 31,60,90 ó 120 días, a opción del solicitante, y cuando éste, como asegurado y por la naturaleza de la enfermedad que sufre, fuese internado en algún hospital o sanatorio.

Intervención Quirúrgica. Mediante este beneficio la Compañía reembolsa los honorarios de cirujano y ayudantes erogados a consecuencia de una intervención quirúrgica, hasta el límite establecido. Este beneficio podrá ser contratado con catálogo.

Gastos Extras. Teniendo como límite el establecido en la póliza, se reembolsaba al asegurado únicamente el costo de los gastos estipulados en el endoso correspondiente a este beneficio, siempre que éste se encontrara internado a consecuencia de una enfermedad.

Visitas Médicas. Mediante esta cobertura la compañía reembolsaba al Asegurado los honorarios por visitas médicas en sanatorio y hospital, durante su permanencia en el mismo y con máximo de 30 visitas a razón de una diaria, siempre que no hubiera sido intervenido quirúrgicamente y sin que haya excedido la cantidad diaria contratada.

Subsidio Diario por Enfermedad. Este beneficio solo se podía vender si se tenía contratado en subsidio diario por Accidente, por períodos máximo de pago 1 ó 2 años, a opción del solicitante, y por períodos de espera de 7, 14, 31 ó 62 días.

Posteriormente este seguro evolucionó al seguro de Gastos Médicos Mayores cuyos beneficios comúnmente ofrecidos eran los siguientes:

Reembolso de los Gastos Médicos, Quirúrgicos y de Hospitalización que fueran erogados a consecuencia de un Accidente o Enfermedad corporal, sujeto al Deducible y a la participación porcentual correspondiente al Asegurado (Coaseguro).

Actualmente estos seguros han tenido un sin número de modificaciones, aunque se mantienen las bases de cobertura que se mencionaron anteriormente, algunas han tenido que limitarse por el descontrol de los gastos que repercute una reclamación, así como la alta frecuencia de reclamaciones en este tipo de seguros, y en otras se han tenido que modificar, para no afectar a los asegurados pero de tal forma que las Compañías tengan un mejor control de los gastos.

1.4 Modificación al producto de Gastos Médicos a partir de la década de los años 80

La póliza inicial de Gastos Médicos Mayores ofrecía algunas coberturas limitadas que motivaron a la necesidad de nuevos productos. La primera evolución fue el cubrir a través de catálogo propio de cada compañía que ofrecía este producto al mercado, posteriormente surgen planes cuya base de aplicación de catálogo era sin límite, lo que permitía que el único límite para el reembolso de la reclamación era la suma asegurada.

Este criterio de no limitar los reclamos ocasionó fuertes pérdidas a algunas compañías ya que no era fácil establecer un control de los gastos que se cobraban. Era muy claro que

1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

los gastos médicos a través de compañías de seguros eran mayores que los que se deberían cubrir si no existiera póliza de por medio.

Aún con estas tendencias este tipo de productos sin límite permaneció en el mercado por muchos años motivado por las condiciones económicas de México que permitían obtener productos financieros tales que soportaban las pérdidas técnicas que ocasionaban las desviaciones en siniestralidad.

Al momento de cambiar las condiciones económicas era necesario replantear el producto, ya que las primas estaban creciendo en una forma alarmante derivada de las altas reclamaciones cada vez más frecuentes en este ramo. Considerando que la prima está en función del monto y frecuencia de las reclamaciones, la variable frecuencia era conocida con aproximación, pero la variable monto no era posible determinarla debido a la gran diferencia de los importes que sean pagados por un mismo padecimiento.

Para poder establecer el precio adecuado hubo un cambio en el cual la mayoría de las compañías tomó como base planes con catálogo pero esta vez se usaba el elaborado por el mercado en su conjunto, con lo cual se mostraba uniformidad de criterios en los montos a liquidar y se daba como aún opción que el contratante decidiera que base se le aplicaba al catálogo, la cual hacía que planes con mayor pago en relación a honorarios quirúrgicos pagaran mayor prima y hacía más equitativo este ramo.

No obstante el haber tasado los planes sin límite a un precio alto, las primas no eran suficientes ya que el mercado en su conjunto apreciaba las bondades de este producto y las ejercía en el momento necesario por lo que las compañías no podían controlar la siniestralidad.

1.5 El Seguro de Gastos Médicos actual

Como un paso para el control de la siniestralidad sin repercutir los incrementos de ésta en primas, se inició la tarea de establecer convenios con médicos que a cambio de promoverlos con los asegurados, éstos aceptaban ciertos aranceles y el pago por la compañías de seguros posteriormente. También se inició la labor con los hospitales para que en forma directa la compañía liquidara la cuenta del asegurado al hospital.

Esta situación prevalece y cada vez se acentúa, estableciendo el médico, el hospital y la compañía de seguros mecanismos que permitan satisfacer los requerimientos y objetivos de cada uno de los participantes incluyendo el propio asegurado.

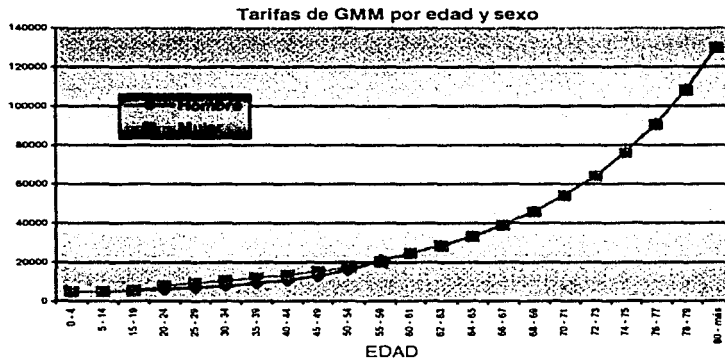
No obstante los controles anteriores, fue necesario crear planes que en su conjunto se denominan planes que cubren bajo el concepto "costos usual y acostumbrado" del lugar donde se reciben los servicios, para aquellos asegurado que quieran seguir un camino a través de su médico habitual y el hospital que ellos prefieran sin ningún control. Este sistema está basado en pagar solo lo pactado y evitar alguna desviación en costos, motivada por la falta de intervención y seguimiento de la compañía con los distintos proveedores que participan en el proceso.

1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

Actualmente las Empresas Aseguradoras tienen sus planes con sus propios tabuladores para el pago de honorarios médicos, basados en la experiencia propia y bajo convenios con los médicos.

De aquí que las Compañías de Seguros obtienen las tarifas en base a su propia experiencia, ya que esta puede variar en función de los tabuladores de Honorarios médicos que decidan aplicar en sus planes.

Por ello, a continuación se muestra una gráfica que representa las primas obtenidas en una Compañía de alto prestigio en México.



Gráfica # 1
Tarifas 2002: Plan con cobertura en todos los hospitales, Suma Asegurada Sin Limite,
Deducible \$3,600.- y coaseguro del 10%

1.6 Análisis de la problemática del Seguro de Gastos Médicos

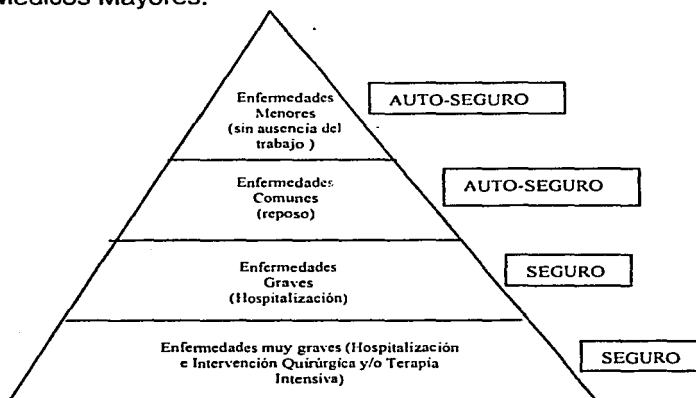
Antes de analizar la problemática que enfrenta México, se comenzará por identificar el objeto de la cobertura del seguro de Gastos Médicos Mayores.

Al presentarse una enfermedad, el costo del tratamiento médico puede ser muy elevado y crear en una familia dificultades financieras, que en caso extremo sería el fallecimiento del individuo encargado de su sostén económico. Ante tal eventualidad los seguros de Gastos Médicos Mayores cubren los gastos en que incurrió el asegurado en caso de accidente o enfermedad, entendiéndose por este último toda alteración de la salud, comprobada por un médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, que provenga de alteraciones patológicas comprobables, o bien como resultado de actos independientes de la voluntad del asegurado.

La enfermedad puede presentar diferentes niveles de intensidad y por lo tanto ocasionar diversas necesidades de tratamiento médico, sin embargo no todas son objeto de seguro.

1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

La siguiente ilustración muestra la relación entre las necesidades del asegurado y los seguros de Gastos Médicos Mayores.



Las situaciones que se definen en los dos segmentos inferiores corresponden a enfermedades graves cuyo tratamiento médico implica una fuerte erogación económica, en cuyo caso es clara la necesidad de cubrir dichos gastos menores que pueden cubrirse mediante la atención médica pública o privada, sin que afecte seriamente la economía del asegurado. Las enfermedades comunes pueden o no ser cubiertas mediante el seguro, dependiendo del tipo de enfermedad y de las condiciones de la póliza de seguro que se contrate.

Pero lamentablemente la cultura de este seguro no ha podido penetrar en México como se desea, ya que como vimos en el tema anterior, la gráfica # 1 nos muestra como los costos de las primas son muy elevados, por lo que es difícil para una familia mexicana destinar un porcentaje significativo de sus ingresos para el pago de un seguro de Gastos Médicos Mayores. Sobre todo en edades avanzadas, cuyo crecimiento se ve en forma exponencial, y como sabemos, a edades de 60 años en adelante la población deja de ser económicamente activa, por lo que los ingresos son aún más insuficientes para el pago de estas primas.

La Secretaría de Salud anuncia en enero del 2002, que de acuerdo a sus registros en promedio 2.5 millones de familias se empobrecen al año por pagar emergencias médicas de su bolsillo.

Actualmente el seguro privado de Gastos Médicos enfrenta una serie de situaciones que impiden su desarrollo óptimo en nuestro país. Tiene tan sólo una participación del 2% en el gasto de salud, el 46% corresponde al gasto del bolsillo de las personas y el 52% restante está representado por las Instituciones Públicas.

Existen en la actualidad 25 compañías de seguros que comercializan productos de Gastos Médicos Mayores enfocados a individuos, familias, grupos y colectividades. La población asegurada en este ramo representa tan sólo el 3% de la población mexicana, es decir, alrededor de tres millones de personas.

1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

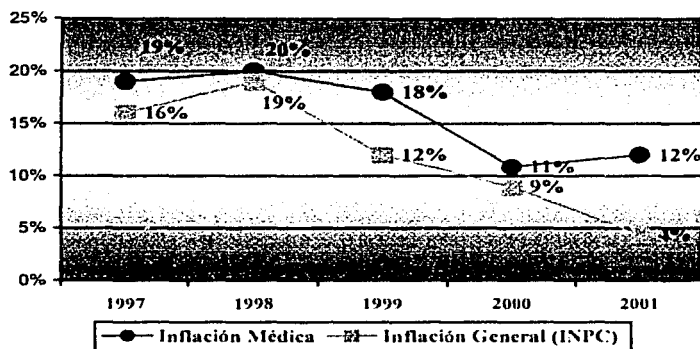
En el segmento individual-familiar (43% del mercado) hay 300 mil familias aseguradas (650 mil personas con seguro) y 14 mil grupos o colectividades (2.4 millones de personas), que significan 57 por ciento de todos los grupos de este tipo. En los últimos años dicho producto ha mostrado una tendencia creciente en número de asegurados, de 1995 cuando había un millón 667 mil asegurados, se pasó a tres millones en 2001.

Dentro de los retos a vencer en este mercado, podemos distinguir aspectos relacionados con la regulación del sector, así como también factores que son independientes de la misma.

Como parte de la problemática que no está vinculada con la regulación del sector asegurador, se ha diagnosticado principalmente la Inflación Médica.

1.6.1 Inflación Médica

El índice de salud crece al menos un 25% más que el índice general de precios. Uno de los indicadores principales que ayudan a visualizar la manera en que los gastos por la atención de la salud se incrementan día con día, es la llamada "Inflación Médica", que se refiere a los índices de inflación generados en los servicios de salud. Debido al desarrollo de la tecnología a nivel mundial a la par con los avances de la medicina, han provocado el incremento de la esperanza de vida en México, que en los últimos 50 años ha pasado de 40 a 67 años en el caso de los hombres y de 43 a 73 años en el caso de mujeres. Aunado a esto y como efecto inmediato, los costos médicos se encuentran por encima del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), como se puede observar en la siguiente gráfica.

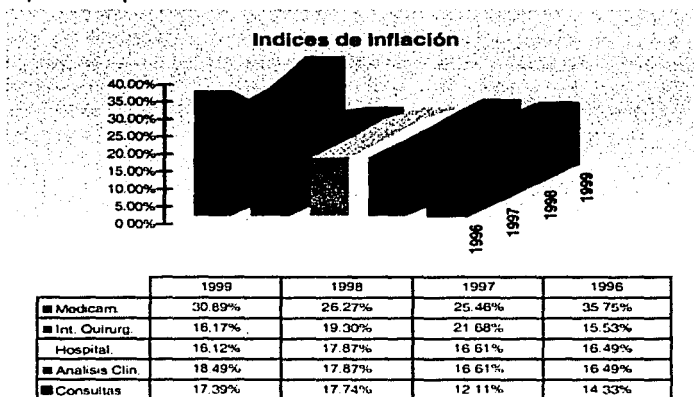


Gráfica # 2

Los factores e indicadores que se toman en cuenta para llegar a los porcentajes de inflación médica son: La Inflación de Servicios de Salud, de Medicamento, de Servicios Médicos, de Consultas Médicas, de Intervención Quirúrgica, de Hospitalización y de

1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

Análisis Clínicos, además de la Inflación General. A continuación se muestra el comportamiento que han presentado estos factores en los años de 1996 a 1999.



Gráfica # 3

Pero, la inflación Médica reportada por el Banco de México engloba estos factores de Instituciones Públicas y Privadas, por lo que el comportamiento real de los gastos médicos mayores no se refleja en su totalidad. Principalmente los padecimientos que representan gastos menores como los respiratorios y gastrointestinales que tienen una alta frecuencia, así como los medicamentos genéricos que son muy económicos y generalmente no se utilizan cuando una persona tiene seguro, hacen que este índice se vea reducido, en cambio si tomamos sólo la inflación representada por lo gastos médicos mayores, nos arroja una inflación con niveles del 20%, ocho puntos porcentuales más que la reportada por el Banco de México.

		Inflación de Salud Banco de México	Inflación de Salud Aseguradoras
I	Instituciones	IMSS ISSSTE SSA Privadas	Grupo Angeles Muguerza Del Carmen ABC, ect
N	Padecimientos	Gastos Menores * Respiratorios * Gastrointestinales	Gastos Menores * No cubre
P		Gastos Mayores * Int. Quirurgias * Tratamientos * Cardiovasculares * Cáncer	Gastos Mayores * Int. Quirurgias * Tratamientos * Cardiovasculares * Cáncer
C	Medicamentos	Genéricos	Patente
		12%	20%
		4.4%	

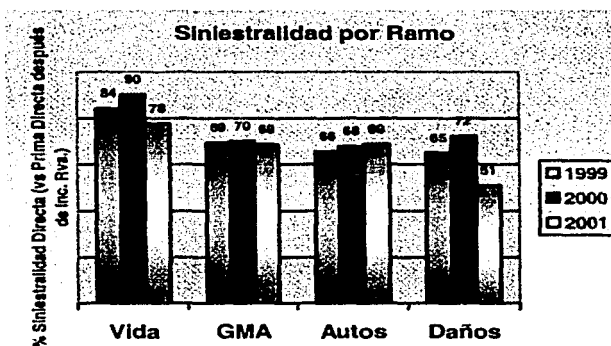
1. Evolución de los Seguros de Accidentes y Enfermedades en México

Durante mucho tiempo se consideró a las pólizas de seguro de gastos médicos mayores como un tipo de contrato en la cual la obtención de resultados negativos por parte de las instituciones de seguros era algo natural y en cierta forma propio del diseño mismo de los productos.

Los agentes y corredores de seguros acuñaron el concepto de "ramo de servicio", para caracterizar al seguro de GMM, como una cobertura complementaria a la venta de pólizas correspondientes a otras operaciones y tipos de seguro.

El mecanismo consistía en ofrecer a un cliente, ya sea persona física o moral, un paquete de seguros que incluyera las coberturas personales de vida y gastos médicos mayores, así como coberturas patrimoniales de incendio con todos sus endosos, de automóviles, y de responsabilidad civil.

De esta manera, las pérdidas que originaban las coberturas de Gastos Médicos y Accidentes (GMA) y de Automóviles, eran compensadas por las ganancias derivadas de las coberturas de vida individual, incendio y responsabilidad civil.



Gráfica # 4
Fuente: AMIS

Después del análisis que hemos realizado en este capítulo, podemos concluir que esta mala práctica que tienen actualmente algunas aseguradoras, algunos agentes y corredores, ya no es lo más correcto, en México se necesita incentivar aún más la cultura del seguro relacionado con la Salud, pues se ha convertido en una necesidad recíproca, para las aseguradoras en ayudar a controlar los costos tan elevados en este sector, disminuir la siniestralidad y por ende, ofrecer primas más accesibles al mercado, y por otro lado para las familias mexicanas como una verdadera protección a su estabilidad económica.

Capítulo 2

Desarrollo del Seguro de Salud en México

Es importante identificar la relación tan estrecha que existe entre la sanidad privada y los seguros de Salud, por ello este capítulo comienza con las siguientes dos reflexiones:

1. No puede haber Seguro de Salud sin el desarrollo de la Sanidad Privada.
2. En el futuro, sólo a través de los Seguros de Salud podrá un ciudadano enfrentarse a los gastos sanitarios que origina una enfermedad.

Hay países en los que la Sanidad Privada tiene ya, hoy en día, un alto nivel de desarrollo y en consecuencia en torno a ella se ha originado, incluso desde hace bastante tiempo, una actividad aseguradora de carácter privado exclusivamente.

Por el contrario hay otros países que junto con la garantía pública sanitaria de que disfrutaban los ciudadanos, han visto crecer una sanidad privada y con ello han participado en el desarrollo de una actividad aseguradora de igual carácter que, junto con la garantía pública, cubren el riesgo de la salud.

Pero no todos los Estados del mundo tienen igual desarrollo sanitario. En México contamos con un sistema de carácter público al que de forma obligatoria se tiene que pertenecer como ciudadano activo, que hasta hace poco ha dado tranquilidad para los tratamientos y curación de una enfermedad, por desgracia, la situación ha cambiado en los últimos años, pues la Seguridad Social presenta un panorama nada tranquilizador debido a algunas deficiencias administrativas, y por ello surge la necesidad de crear sistemas de cobertura privada que, sin duda, no podrán lograr los objetivos de prevención de la salud sin un desarrollo paralelo de la estructura de la sanidad privada.

Si en otros países ha tenido que cambiar o completar el sistema público de que disponían por resultar deficitarios e insoportables económicamente, sería ridículo repetir su experiencia. Si por otro lado, el desarrollo tecnológico de la sanidad es un hecho y la complejidad y encarecimiento que esto supone en el tratamiento de enfermedades es conocido, nos tenemos que situar obligatoriamente en los siguientes dos hipótesis:

1. El ciudadano sólo podrá afrontar las enfermedades a través de sistemas de prepago.
2. El sector asegurador sólo podrá dar respuesta al ciudadano con una buena estructura sanitaria de carácter privado.

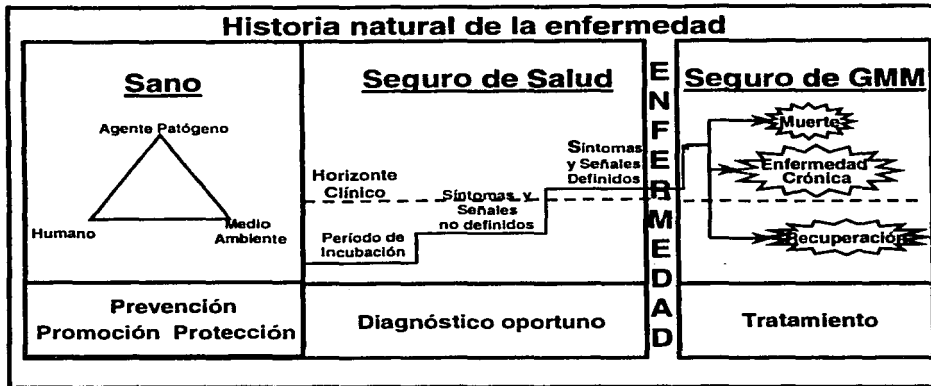
Por ello es muy importante analizar la situación que enfrenta nuestro país en materia de desarrollo de Seguridad Social, que en conjunto con la reglamentación de las prácticas que se llevan a cabo en las Instituciones de Sanidad Privada, han provocado un descontrol en el sector, lo cual deberá estar regulado por un sistema eficiente de prevención de la salud, a través de un seguro que intensifique y empuje la administración médica, desarrollado principalmente por un sistema de prepago.

2.1 Importancia del Seguro de Salud

Como se vio en el capítulo anterior, desde su nacimiento, a través de los años se ha intentado modificar el Seguro de Gastos Médicos Mayores de tal manera que ayude a controlar los costos tan elevados que pagan las compañías aseguradoras, lamentablemente no se ha podido lograr ese esquema de seguro que permita llegar al objetivo, el desarrollo tecnológico y el avance de la medicina no permiten alcanzar y predecir el comportamiento de estos seguros, y a pesar de los esfuerzos realizados con los proveedores, las modificaciones en las condiciones y los ajustes en las tarifas, nos seguimos quedando atrás en el desarrollo integral y equilibrio del producto, donde todos los involucrados en este seguro se vean beneficiados, Compañía-Asegurado-Proveedor.

El Seguro de Salud lo que busca es motivar la prevención de la salud, tener un sistema administrado de la salud, que permita el control de costos y prevenir las enfermedades que provocan altos costos y tratamientos largos para la recuperación. El Seguro de Gastos Médicos está diseñado para que los asegurados tengan una protección financiera en caso de un evento no esperado, provocado por una alteración de la salud, y que a su vez puede terminar en consecuencias inesperadas, en el mejor de los panoramas la recuperación, y en el peor puede conducir hasta la muerte, pero después de estar en terapia intensiva o un tratamiento largo con un promedio de tiempo mayor al que podía tener un paciente hace diez años.

Si analizamos la historia natural de una enfermedad, como veremos en el siguiente cuadro tenemos en un principio una persona sana donde intervienen tres agentes para el desarrollo de una enfermedad, el humano, el medio ambiente y el agente patógeno, una vez transcurrido el período de incubación tendremos los síntomas no definidos y posteriormente los definidos, lo que da como resultado la Enfermedad, que es el momento en el que comienza a surgir efecto alguno el seguro de Gastos Médicos Mayores. El seguro de Salud busca lograr un diagnóstico oportuno, y sólo lo puede hacer una vez que se presentan los síntomas indefinidos, incluso antes del período de incubación, a través de procesos de promoción a la prevención y seguimiento que ayuden a tener una mejor conciencia de la salud, como ejemplo de estos tenemos lo que conocemos actualmente como los chequeos médicos.



Sin embargo, para ello tenemos un camino muy largo por recorrer, las personas estamos acostumbradas a asistir al médico cada vez que sentimos un malestar que realmente nos preocupa, mientras, nos automedicamos o recurrimos a la consulta telefónica con los familiares o vecinos, y si por casualidad recurrimos al médico, nos dirigimos a médicos especialistas que aparentemente tienen que ver con los síntomas, lo cual en la mayoría de las veces resulta equivocado.

Esta sería una muestra de las medidas que tomamos en la vida cotidiana, lo cual provoca las complicaciones de enfermedades que si bien, podrían haberse evitado con un chequeo médico, o pudo haber canalizado un médico general o de primer contacto al médico especialista que verdaderamente controle la enfermedad desde sus primeros síntomas, y automáticamente esto se ve reflejado en los costos elevados y en la alta siniestralidad del seguro de Gastos Médicos Mayores. Esto es precisamente lo que busca evitar el Seguro de Salud, a través de una medicina administrada que ayude a la prevención de la salud por medio de un sistema de prepago.

2.2 El Seguro de Salud en el Mundo

Algo importante que analizar en este estudio, es tomar en cuenta la forma en que opera este seguro a nivel mundial, y por ello tomando como referencia cuatro importantes economías en el mundo para conocer el Sistema de Salud con que cuentan en su país, tenemos lo siguiente.

- Estados Unidos de Norteamérica. Con un sistema de Salud al 100% privado
- Chile. Su sistema de Salud se puede considerar en un 50% privado y 50% público.
- Canadá. Con un sistema de Salud 80% público y 20% privado.
- Gran Bretaña. Su sistema de Salud se puede considerar 100% público.

Los países que se agregan a esta lista como un comparativo son los siguientes:

- Colombia. Que maneja una mezcla aproximada de 70% público y 30% privado.
- México. Cuyo sistema se puede ubicar en el 75% público y el 25% privado.

2.1.1 El Sistema Privado por excelencia

Estados Unidos es el país en el que con carácter general la cobertura del riesgo de la salud es desarrollado exclusivamente por las Entidades de Seguros Privados.

En este país, sin lugar a dudas, el más avanzado en relación con los Seguros de Salud y también en el que mayor preocupación hay, actualmente, por su futuro, dada la escala alcista constante y continua de sus precios así como el empeoramiento de sus resultados técnicos.

El sistema más tradicional y extendido en Estados Unidos es el Seguro de Reembolso de Gastos. No obstante, a partir 1985 se empezaron a crear sociedades que, movidas por los desequilibrios que se venían originando en los Seguros de Reembolso de Gastos, comenzaron a desarrollar la cobertura de estos riesgos, en régimen de prestación de servicios bien concertándolos con los hospitales integrales o bien formando parte integrante del hospital.

A principios de los 80's, en los Estados Unidos empezaron a proliferar los grupos que daban servicios "empaquetados" médicos, hospitales, HMOs, PPOs, etc.

PPO. Preferred Provider Organizations

Sistema diseñado para controlar costos de los beneficios dando incentivos para la utilización de proveedores designados.

1. Arreglo entre el panel de proveedores y el comprador del sistema de cuidado de la salud (empleador o compañía de seguros).
2. Los proveedores están de acuerdo en ofrecer descuentos.
3. El panel de proveedores debe cumplir líneas generales de utilización.
4. los miembros del PPO pueden usar otras redes pero pierden incentivos.
5. No son intermediarios financieros. El riesgo es asumido por el empleador o por la aseguradora.

HMO. Health Maintenance Organizations

Consiste en la entrega y financiamiento de servicios médicos, a través de un programa de salud prepagado, por medio de los siguientes puntos de control:

- Controles de utilización.
- Compartir el riesgo.
- Límites de Proveedores.
- Limitación Geográfica.

2.2 Europa

Podemos catalogar los sistemas que se han establecido en Europa en tres fundamentales.

Sistemas Alternativos. En ellos el Seguro Privado cubre el riesgo de salud para determinadas categorías socio-profesionales de la población. En estos casos la normativa legal del País permite a determinados ciudadanos elegir entre el Asegurador Privado o la Seguridad Pública para cubrir los riesgos de la Salud. Este Sistema se desarrolla en Estados como Alemania y Holanda, se hace a través de la figura de Reembolso de Gastos.

Sistemas Complementarios. En los que la Sanidad Pública cubre hasta un nivel de garantías y el resto puede ser garantizado por Entidades Aseguradoras Privadas. Al igual que en los supuestos anteriores la figura Aseguradora que se desarrolla es el reembolso de facturas, siendo un claro exponente de este sistema el Francés.

En último lugar podemos hablar de los **Sistemas Suplementarios.** En este caso el Sector Público lo cubre todo y a toda la sociedad, pero la suscripción, además, de un seguro privado de Salud lleva consigo importantes deducciones fiscales. Nos encontraríamos en esta situación si viviéramos en Inglaterra.

2.2.3 Los Sistemas de Salud en América Latina

A continuación analizaremos la forma en que se ha desarrollado el Sector Salud y los Seguros Privados en Latinoamérica, países que podríamos comparar o tomar como referencia de acuerdo al crecimiento de nuestra economía.

BRASIL

En 1974 se crea el Ministerio de Previsión de Asistencia Social, se apoya en el Hospital Público y de Comunidades y en el Privado. En 1990 se creó el Instituto Nacional del Seguro Social.

La medicina Prepagada surge en 1960 para atender Empresas Industriales, no tiene relación con la Seguridad Social. El seguro de Salud Privado fue Instituido en 1966.

ECUADOR

En los 70's se desarrollaron planes de prevención de enfermedades, construcción de hospitales y educación para la salud. Se crea el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Institución Autónoma regida por un Consejo Superior conformado por el Gobierno, industriales, empleados, fuerzas armadas y jubilados que se mantienen hasta la fecha. Se desenvuelve la atención privada con muy bajo costo hasta la década de los 80's.

A partir de 1978 aparece la medicina prepagada que no tiene ninguna relación con la Seguridad Social. La tendencia actual de la Seguridad Social en materia de Salud, es la

de privatización de los Servicios. Esto se debe al deterioro al que ingresó el sector público.

BOLIVIA

En 1956 se crea la Ley del Seguro Social Obligatoria. El Gobierno ve con preocupación la situación de la salud y educación y se encuentra avocado a grandes transformaciones. En 1993 dentro de la reestructuración se crean dos entidades, una dependiente del Ministerio de Hacienda, es el Instituto Nacional de Pensiones y la otra del Ministerio de Desarrollo Humano, es el Instituto Nacional de Seguros de Salud. Esta Entidad será encargada de normatizar tanto a los seguros públicos como privados, entendiéndose dentro de este sistema a los prepagados.

La medicina prepagada se inicia hacia 1987. En general con asociados que a su vez contribuyen a la Seguridad Social. Tienen como presiones contrarias las de las Compañías Aseguradoras que desean encuadrarlas en la Superintendencia de Seguros. Estas empresas ofrecen pólizas de atención de la Salud desde mediados de la década de los 80's.

COLOMBIA

En 1948 se crea el Ministerio de Higiene y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

La medicina prepagada se inicia en 1975 a través de una única empresa que subsiste 3 años y quiebra. En 1980 otra empresa inicia el camino y se da un crecimiento de la actividad. En 1993 el reformó la Seguridad Social en materia de pensiones y salud. Su espíritu es fomentar la competencia entre el Seguro Público y Privado a través de la libertad de elección.

URUGUAY

La Seguridad social, originada a finales del siglo pasado con exclusiva cobertura para invalidez vejez y/o muerte se consolidó en los años 30. En la década de los 60, el acceso a los trabajadores a la atención médica colectivizada, pasó a ser un beneficio laboral altamente valorado por los gremios e incluidos en las negociaciones. Se dictaron leyes creando los seguros por enfermedad para varias ramas de la actividad. Establecieron como beneficio el pago de haberes y la atención médica.

En 1983 se normatiza la incorporación asegurándose la libertad de elección. Las antiguas mutualistas han ido desapareciendo por su escaso desarrollo gerencial y graves dificultades financieras, sus beneficiarios, fueron absorbidos por nuevas instituciones, principalmente Cooperativas Médicas.

En los últimos años se debilita la asistencia médica colectiva. Las Instituciones Mutualistas se han fortalecido creando un sistema dentro del macrosistema del país con infraestructura, tecnificación profesional y fuerte gerenciamiento, regulando población y profesionales, no obstante, están apareciendo grupos médicos independientes.

CHILE

La Seguridad Social se inicia con los aportes de trabajadores y empleadores, posteriormente tiene participación el Estado. En 1974 se inicia la racionalización informando prestaciones y en 1980 se producen las reformas a los regímenes de prestaciones y de salud.

En 1980 la Constitución Política de la República de Chile, contemplando el derecho a la protección de la salud y el rol subsidiario del Estado, a través del Dictado de Ley se pone en práctica el financiamiento individual, reservándose el Estado en su rol subsidiario, y la función de garantizar el nivel de mínimo de protección a los trabajadores.

En 1981 se fijan las normas para que instituciones privadas administren el régimen de medicina preventiva y curativa. Institución de Salud Previsional (ISAPRE). En 1990, para corregir las deficiencias del Sistema, se promulga la Ley que las promulga y se crea la Superintendencia de ISAPRE.

El crecimiento en los 10 primeros años de 6 a 34 Instituciones y de 78 mil a 3 millones 300 mil beneficiarios, ha exigido al Sector Privado el crecimiento de su capacidad instalada, así, pasó de 4,000 camas a 10,500 en el mismo período, lo que le permitió al Estado concentrar su acción en el Sector de menores recursos.

PARAGUAY

En 1943 fue creado el Instituto de Previsión con aportes de empleado y empleador.

La medicina Prepagada surge en 1980 a través de una Compañía Aseguradora que no tiene Relación con la Seguridad Social. Las poblaciones surgen de la clase media-alta en forma de ingresos directos y de poblaciones de empresa. Existen formas de Seguro con reembolso a pago directo. El prepago tiende al crecimiento, en tanto la Legislatura analiza la posibilidad de incorporarlo al Sistema de Previsión Social, pero con concepto de inviabilidad: Cobertura Total Control de Precio.

ARGENTINA

Cuando en el caso de los obreros asalariados, logran incorporar junto a su aporte la contribución del empleador, se marca la diferenciación entre la Mutual y el nacimiento de las Obras Sociales (OOSS)

Por diferentes decretos, se declara obligatoria la contribución de las empresas y sus dependientes para el Fondo de Asistencia y Previsión Social de las entidades sindicales reconocidas, con profundas diferencias, aún con el mismo personal del Estado.

La medicina prepagada surge en la década de los 60, tratando de dar cobertura a las poblaciones no cubiertas de la Seguridad Social. Se daba incremento de costos, crecimiento de la población asegurada y de la oferta profesional. La ampliación de la población alentó a las OOSS a desarrollar infraestructura que resultó antieconómica optándose por la contratación del efector privado (recuperación). Esta Ley se reglamenta en 1993, después del decreto denominado de desregulación. El decreto reglamentario modifica aspectos sustantivos de la Ley.

Los diferentes sistemas de la atención de la salud sólo marcan ciertas tendencias como por ejemplo la preponderancia del Hospital Público como orientación sostenida de la política del Estado en Ecuador y Colombia.

No es que otros países no se dio, pues en salud el estatismo predominó hasta la fecha, si no que fue atenuado por la Seguridad Social al buscar alternativas para brindar sus servicios, así se explica el gran desarrollo de la infraestructura asistencial privada en Argentina del 60 al 80 y el bajo desarrollo que el nuevo Sistema Chileno encontró en el 80.

El origen y evolución de la Medicina Prepagada en Latinoamérica, muestra cuatro líneas fundamentales:

1. Extensión de las Mutuales para las clases trabajadoras menos protegidas, su incorporación como beneficio en los convenios laborales y en su apropiación como instrumento de la Seguridad Social.
URUGUAY
2. Estímulo de las Empresas Industriales para cuidar la salud de sus trabajadores
BRASIL
3. Sensibilidad empresaria para ocupar un vacío provocado por la asistencia pública y la Seguridad Social.
ARGENTINA
PARAGUAY
ECUADOR
COLOMBIA
BOLIVIA
4. Análisis de situación, aplicación de los principios de subsidiariedad del Estado y libertad del individuo
CHILE

2.3 El Sistema de Salud en México

La salud es fundamental en el desarrollo económico y social del país, donde el financiamiento de la salud requiere de un avance tecnológico, así como en la infraestructura de las instituciones que se dedican a este rubro.

Los cambios demográficos son agentes principales en este desarrollo, pero lamentablemente la desigualdad geográfica crea ciertas limitantes para mejorarlo, ya que al tener un dato como el que los 5 estados más pobres de la Republica Mexicana tienen el doble de mortalidad infantil de los más ricos nos refleja un crecimiento nada equitativo del desarrollo del sector salud.

Estudios realizados por Instituciones encargadas en la medición de la calidad de los Hospitales en México, sólo el 30% de los Hospitales privados cuenta con más de 50 camas y sólo el 8% con más de 30 camas. Como se puede observar en la siguiente tabla,

hoy en día la cobertura del sector privado aún no alcanza los niveles que se desearían para poder ofrecer una cobertura médica tan grande como la del sector salud.

Hospitales con más de 30 camas

	No. Hospitales en México	Con más de 30 camas
Privados	2,945	8%
S.S.A.	892	75%
I.M.S.S.	445	67%

Fuente: Qualimed

De los Hospitales privados 1,106 tienen menos de 5 camas. Estas cifras nos coloca en el país a nivel Latinoamérica con menor número de camas de Hospital por habitante.

Sólo el 5% del gasto se destina a los servicios preventivos y cerca de la cuarta parte de los médicos se encuentran sub o desempleados. El 50% de la población tiene Seguro Social y el 40% de estos ocupan la medicina privada.

2.4 El Seguro en la Economía mexicana

La Industria Aseguradora Mexicana es uno de los componentes más estables del Sector Financiero Nacional. Como parte de la cultura de la prevención, su desarrollo ha estado ligado históricamente al crecimiento de la economía, pero también a factores de carácter cultural y educativo. Por medio de las reservas que constituye para hacer frente a los siniestros contra los que ofrece protección, contribuye cada vez en mayor medida al ahorro interno.

Al término de los primeros seis meses del año 2000 el sector asegurador estaba conformado por 69 compañías, de las cuales 16 se encontraban integradas a algún tipo de grupo financiero y 28 eran filiales de instituciones del exterior.

Al cierre del año 2001, el sector asegurador mexicano experimentó un decrecimiento en términos reales de la prima directa del 3.8%, debido principalmente a la caída del ramo de Vida, de tal forma que el monto de primas emitidas por el sector asegurador fue 105,119 millones de pesos, de los cuales 11,390 corresponden al ramo de Accidentes y Enfermedades, con un incremento del 15.1 y participación del 10.8%.

Primas Directas

	Año 2000	Particip.	Crecim. real	Año 2001	Particip.	Crecim. real
Vida	48,037	44.0	50.1	35,432	33.7	-26.2
Pensiones	12,162	11.1	8.5	13,934	13.3	14.6
Accidentes y Enfermedades	9,892	9.1	18.5	11,390	10.8	15.1
Daños s/autos	15,779	14.4	-2.2	18,307	17.4	16.0
Autos	23,350	21.4	10.3	26,056	24.8	11.6
Total	109,221	100.00	22.9	105,119	100.00	-3.8

Fuente: AMIS

El desempeño del sector, se explica por el crecimiento en términos reales que han presentado los seguros de personas, en particular las operaciones de Accidentes y Enfermedades (15.1%). El comportamiento de este último es resultado de los crecimientos reales de los ramos de Salud Individual (12%) y Gastos Médicos Individual (18%). En particular en los que se refiere el ramo de Salud el día 24 de mayo del 2000 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación de los Seguros de Salud, permitiendo un crecimiento ordenado de esta actividad en beneficio de los usuarios de este tipo de seguros.

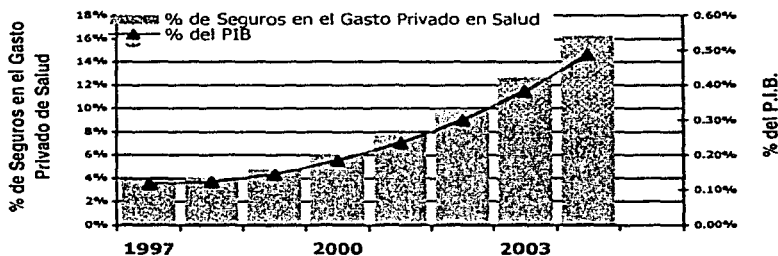
En los últimos 20 años el seguro de Gastos Médicos Mayores ha crecido en una forma muy importante ya que de tener una participación en el mercado de seguros casi nula, ha llegado a niveles arriba del 10% del mercado, lo que confirma su importancia para la sociedad y para la economía en su conjunto.

El Seguro Médico es el instrumento financiero que permite contribuir al desarrollo de la economía en México, el generar reservas que se invierten en instrumentos nacionales y pagos por reclamaciones que en su mayoría son a personas físicas o morales mexicanas.

El sector asegurador participó en 1995 con el 1.48% del P.I.B. Aunque aún es baja su participación en relación a la economía de nuestro país, el crecimiento ha sido importante en los últimos años. En 1985, la industria de seguros representaba poco menos del 0.90% del P.I.B. El Sector Asegurador Mexicano ha crecido más del 60% de su participación económica y aún más en su solvencia por lo que los clientes tienen la ventaja de contar con compañías que moral y económicamente pueden hacer frente a los compromisos adquiridos.

En 1997 los seguros, en particular Gastos Médicos participaba con el 3.9% en el gasto privado de Salud y un 0.12% del P.I.B. En 1999 cerró con una participación del 4.8% en el gasto privado de Salud y se incrementó al 0.15% del P.I.B y en el 2001 alcanzó una participación del 0.2%. En la siguiente gráfica podemos observar el comportamiento y las perspectivas de desarrollo y participación de este seguro tan importante en nuestro país.

Participación de Seguros en el Gasto Privado de Salud y en el PIB

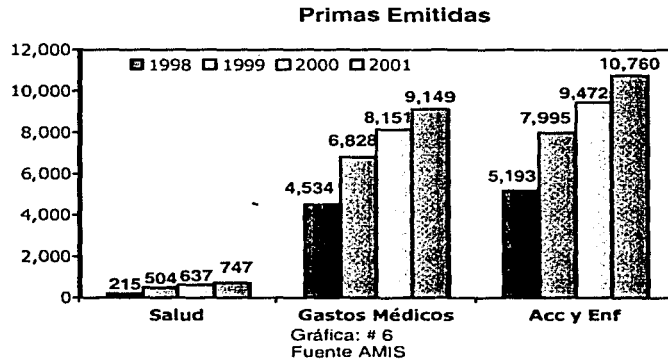


Gráfica # 5
Fuente: C.N.S.F.

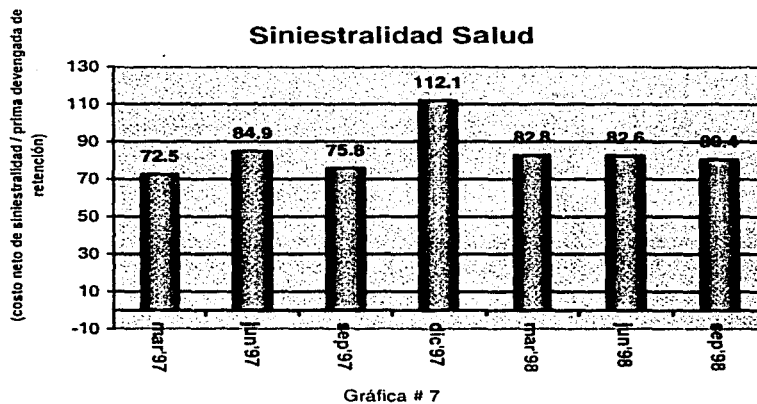
Definitivamente el Sector Asegurador Mexicano seguirá aumentando su participación en la economía de nuestro país de manera sana y responsable por los recursos humanos y económicos que respaldan las operaciones. Además es de los pocos sectores generados de ahorro a largo plazo en tanto necesitamos.

2.5 Estadísticas sobre el Seguro de Salud en México

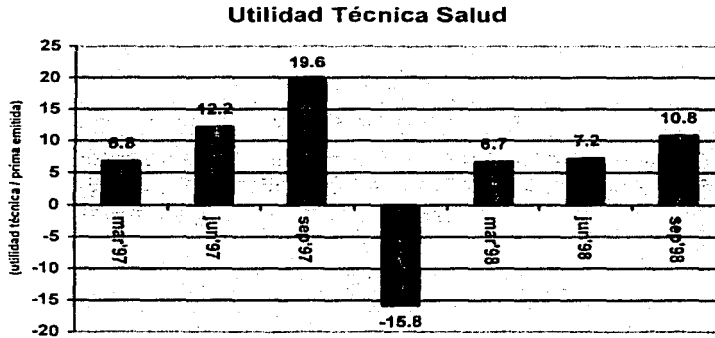
La participación de las primas en el ramo de accidentes y enfermedades comienza a verse reflejada, ya que la el incremento de primas emitidas del período 1998 a 2000 cerró en un 347%, mientras que el seguro de gastos médicos mayores fue de 200%.



El efecto del costo neto de siniestralidad contra Prima Devengada de Retención del Ramo de Salud, correspondiente al período comprendido del primer trimestre de 1997 a septiembre de 1998 se ve reflejada en la Gráfica siguiente.

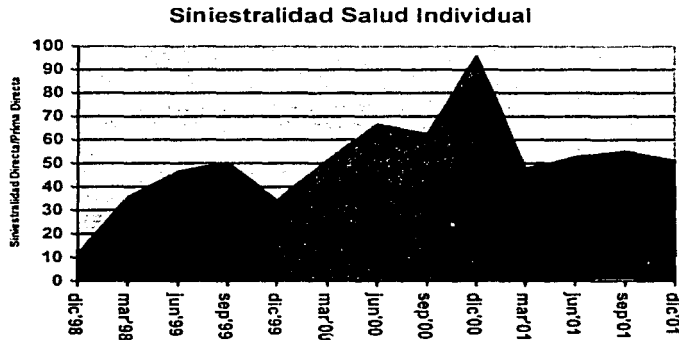


Este comportamiento de siniestralidad en Ramo de Salud, reflejaba la siguiente utilidad técnica contra prima emitida del mismo período.



Gráfica # 8

En el caso de Salud Individual, tenemos el siguiente comportamiento de siniestros Directos vs Prima Directa durante los últimos años por cada trimestre.

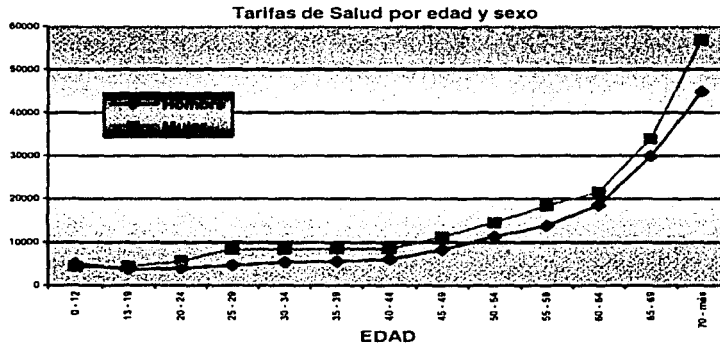


Gráfica # 9

Fuente: AMIS

Aunque todavía no se tiene la población que deseamos en este seguro para efectos estadísticos, los resultados en estos años después de su implantación, han provocado un comportamiento diferente al que presentan las tarifas del seguro de Gastos Médicos Mayores, el cual pudimos observar en el Capítulo 1, que si hacemos el mismo ejercicio con las tarifas de una compañía de alto prestigio que lleva más de tres años vendiendo este seguro, podemos observar que la tendencia de las tarifas hasta los sesenta años no tiene el disparo exponencial como el que presentan las tarifas de Gastos Médicos Mayores, por lo que podemos concluir que lo que busca el Seguro de Salud respecto a la prevención de enfermedades y el control de la salud, está dando resultado. Las razones

de este comportamiento además de lo que hemos analizado en estos capítulos, lo podremos comprender con la explicación de las notas técnicas en el Capítulo 4.



Gráfica # 10
 Tarifas 2002: Plan con cobertura en hospitales de mejor tecnología
 Suma Asegurada Sin Límite, copagos comunes en el mercado

Definitivamente con estas representaciones gráficas podemos observar que el Seguro de Salud ha tenido una buena penetración en los últimos años en el sector mexicano. Pero es importante señalar que se necesita de mayor empuje para mejorar la penetración alcanzando los niveles que se estiman en su participación en el PIB y su crecimiento necesario para comenzar a generar una cultura de seguro en el cuidado de la salud.

Capítulo 3

Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

3.1 Antecedentes

El H. Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el decreto publicado en DOF el 3 de enero de 1997 en donde la operación de Accidentes y Enfermedades se dividió en Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud, quedando reflejado en el artículo 8, en el que se define el ramo de Salud como:

"Los contratos de seguros que tengan como objeto la prestación de los servicios a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado".

El Decreto publicado en el DOF el 31 de diciembre de 1999 se modifica la definición de *Operación Activa de Seguros* en el caso de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud; también se da la creación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y sobre todo la Participación de la Secretaría de Salud (SSA) en aspectos médicos.

Al siguiente año se da un protocolo de entendimiento celebrado entre la H. Cámara de Senadores, la SHCP, la Secretaría de Salud y la CNSF, donde se deriva la iniciativa del Senado aprobada por la H. Cámara de Diputados el 17 de abril, especificándose los siguientes puntos:

- Principales requisitos de los dictámenes de la SSA
- Incorpora la figura del Contralor Médico
- Las ISES deberán informar a los asegurados cambios en red hospitalaria
- Las ISES deberán ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos fuera de la red.

El ramo de salud se describe como la prestación de servicios dirigidos a fomentar la salud a través del seguimiento y promoción de la salud de asegurados un diagnóstico oportuno de enfermedades para evitar el surgimiento posterior de enfermedades o complicaciones de las mismas. Así como también dirigidos a restaurar la salud mediante acciones terapéuticas y de rehabilitación. Estos deberán ser coordinados por un profesional de la salud.

3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Se precisa que aún cuando esta actividad se lleve a cabo con recursos e instalaciones propias, será considerada como una operación activa de seguros.

¿Qué es una operación activa de seguros?

Es un proceso en el que se da la transferencia del asegurado hacia la empresa, en el que el asegurado (una parte) hace un pago en dinero para que la empresa (la contraparte) se compromete a resarcir un daño ocasionado por un evento futuro e incierto.

En consecuencia, no constituye operación activa de seguros, la prestación de servicios cuyo costo de cada servicio se cubra por el usuario, directamente o a través de un tercero. Por lo tanto, no se considerará operación activa de seguros la comercialización de un servicio o conjunto de servicios de salud predeterminados y ciertos, cuyo costo total sea cubierto por el usuario en una o varias exhibiciones, antes, durante o después de prestado el servicio. Sin embargo, si dichos servicios predeterminados y ciertos se ofrecen de manera conjunta con otros servicios de salud supeditados a la realización de acontecimientos futuros e inciertos, si se considerará operación activa de seguros.

3.2 ¿Qué son las ISES?

Son las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (también se les conoce como ISES), autorizadas para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de Salud.

Conjuntan la prestación de un plan de salud con la función tradicional de aseguramiento.

Sobre la base de una conciencia preventiva y no solamente curativa (sistema integrado de salud)

3.2.1 Características de las ISES

Aseguramiento:

Cobro de una prima para la realización de las acciones necesarias para la promoción y fomento de la salud, para prevenir el surgimiento de enfermedades o complicaciones de las mismas, para realizar acciones de detección temprana, diagnóstico, tratamiento, curación y rehabilitación de la salud de las personas.

Prestación del Plan:

- En forma directa con recursos propios (infraestructura propia), mediante la contratación de una red de prestadores, o la combinación de ambos.
- Oferta adecuada en cuanto a suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica.
- Mecanismo ágil y oportuno para la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados. La prestación no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito o fortuito, o de un accidente o enfermedad, sino que parte de su objetivo es mantener la salud del asegurado.

3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

- Su objetivo es prestar servicios mediante la administración y articulación de recursos, a diferencia de otros ramos cuyo propósito es cubrir o reembolsar gastos necesarios en que incurre el asegurado.

Administración:

- Red de prestadores de servicios médicos (propias o contratadas)
- Se dará seguimiento a la salud (preventiva y curativa)
- Esquemas de referencia-contrarreferencia de pacientes
- Garantía en la calidad de los servicios
- Control sobre los recursos
- Incorporación de tecnología

El propósito de la supervisión de aseguradoras es el de mantener los mercados de seguros eficientes, justos y estables para el beneficio y protección de los asegurados.

3.3 Regulación

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ha detectado que existen razones para incorporar los servicios médicos pre-pagados con asunción de riesgos a un régimen regulado, los cuales se mencionan a continuación:

- Mercado en rápida expansión
- Número creciente de personas
- Alta responsabilidad social, al involucrar el cuidado de la salud de un gran número de individuos:
 - Incumplimiento por parte de empresas que han desarrollado este tipo de actividades y desamparo de asegurados.
 - Situaciones de quiebra. Las aseguradoras de Salud deberán ofrecer planes que estén dirigidos principalmente a la Prevención, Curación y Rehabilitación a través de una administración de servicios médicos pre-pagados y redes de prestadores, como son las redes médicas y hospitalarias propias o contratadas. Por lo anterior es necesario regular la suficiencia, calidad y oportunidad de la atención médica.

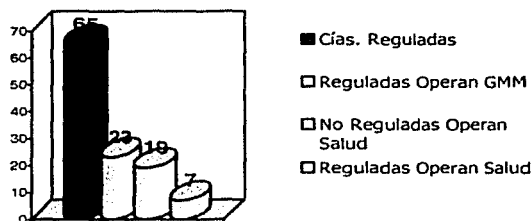
Las candidatas a esta regulación serán las aseguradoras tradicionales de seguros de Gastos Médicos Mayores, empresas que dan servicio con recursos de terceros y empresas que ofrecen estos servicios con recursos propios como hospitales.

El problema al que se enfrenta este nuevo mercado dinámico debido a la gran demanda, pero muy heterogéneo y anárquico, de aquí la gran necesidad de regular para impulsar un crecimiento sano y regulado.

Al cierre de 1999, la participación y certificación de las Instituciones Especializadas en el Seguro de Salud se vio incrementada como se muestra en la Gráfica.

3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Instituciones que ofrecen Servicio de Salud
Diciembre de 1999



Gráfica # 11

En este mismo año, las autoridades optaron por regular esta actividad, que en muchos casos se considera similar a un seguro. Se decidió que las encargadas de proporcionar estos servicios fueran las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

En marzo del 2002 existen 13 empresas que ya comenzaron su proceso de registro ante las tres dependencias gubernamentales que se encargarán de dar el visto bueno, pero sólo dos han completado los trámites y ya están operando.

La CNSF tiene registrado que la mitad de las que hasta el momento han pedido autorización tienen como origen una compañía de seguros, y el resto son independientes.

Podemos mencionar estas trece compañías que desean transformarse en ISES, en primer lugar tenemos a Médica Integral GNP y Plan Seguro que a principios del año 2002 fueron autorizadas como Aseguradoras ISES para operar este ramo. Además tenemos: Salud Inbursa, Sanatorio Durango, Vitamédica, Comercial América, Preventis, Centauro, Salud Nova, Grupo Integra IAMM, General de Salud, Dimensión Salud y Novamedic.

Los objetivos de la regulación son:

1. Ordenar y promover, mediante una adecuada regulación, el crecimiento de esta actividad.
2. Orientar y proteger al consumidor.
3. Fomentar la medicina preventiva e integral, coadyuvando al objetivo de contención de costos en la prestación de los servicios de salud.

Así, con el nuevo esquema, la SHCP funge como órgano regulador de estas actividades, tipificándolas por su naturaleza técnica de asunción de riesgos, como operaciones activas de seguros. La CNSF es el órgano supervisor, aprovechando su experiencia tanto técnico-actuarial como financiera en materia de seguros. Y la SSA opera como órgano dictaminador técnico especializado respecto de la calidad y suficiencia de los servicios.

La Supervisión Técnico y financiera que regulará la CNSF consistirá de Notas Técnicas, Reservas Técnicas, Inversiones, Capital Mínimo de Garantía, Contratos de Adhesión, Reaseguro y Sistemas de Información.

3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

En cambio, la Supervisión Operativa a cargo de la SSA consistirá en la regulación de la suficiencia de Recursos, Médicos, Contratos con proveedores, Supervisión de la utilización, Programa de Calidad, Contralor Médico y Sistemas de información. De aquí se derivan las Reglas de Operación, en la que se ven involucrados un Consejo Coordinador Empresarial formado por la AMIS y Administradoras de Salud, la Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación Nacional de Hospitales Privados, Academia Mexicana de Cirugía, Academia Nacional de Medicina y la Federación Nacional de Colegios Médicos.

Las principales preocupaciones de la Comunidad Médica son la importancia de la participación activa de la SSA, la certificación de médicos y hospitales, salvaguardar juicio clínico, inexistencia de incentivos a la subutilización o sobreutilización y la confidencialidad de la información clínica.

La estructura general de las Reglas de Operación para el rubro médico consiste en el cumplimiento de lo siguiente:

1. Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual
2. Contralor Médico
3. Expedientes Clínicos, Utilización y Mejora Continua

Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual

Para la obtención de los dictámenes, el solicitante o la ISES deberán cumplir satisfactoriamente la evaluación de suficiencia de infraestructura, propia o mediante contratos con proveedores (calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica)

Apego a la Ley General de Salud y a las NOMs y la Acreditación de los profesionales de salud contratados con Cédula Profesional, certificación vigente en su caso, y preferentemente pertenecer a alguno de los colegios de profesionales.

Certificación del Consejo de Salubridad General para la Infraestructura hospitalaria, propia o contratada. Programas de control de utilización de servicios médicos y de mejora continua de la calidad en la prestación de servicios.

El dictamen Provisional será para presentar la solicitud, el definitivo será un seguimiento y verificación de los planes presentados (3 meses de inicio de operaciones) y el anual.

Contralor Médico

Este contralor médico será nombrado por el Consejo de Administración y ratificado por SSA con posibilidad de suspensión, remoción o revocación y será responsable de supervisar el apego a normatividad en materia de prestación de servicios médicos.

Permitirá a las ISES prevenir, y en su caso, detectar y corregir oportunamente cualquier desviación que encuentre, mediante recomendaciones que deberá formular a la administración de la ISES.

Será un Profesional Médico con requisitos ad-hoc. Médico con cédula profesional, con acreditada solvencia moral, especialidad clínica con certificación vigente o demostrada

3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

capacidad técnica y administrativa en servicios de salud. Experiencia profesional con un mínimo de 5 años.

Dependerá únicamente del consejo de administración y, en su caso, de la asamblea de accionistas con asistencia a sesiones del Consejo con voz pero sin voto. Estará obligado a presentar información cuatrimestral a la SSA y CNSF.

Cuando el contralor tenga conocimiento de irregularidades o situaciones contrarias a las disposiciones legales aplicables, deberá presentar en un plazo que no excederá de 10 días hábiles al presidente de consejo, al auditor interno, a la CNSF y a la SSA un informe detallado sobre dicha situación.

Expedientes Clínicos, Utilización y Mejora Continua

Se deberán cumplir los requisitos establecidos en la NOM sobre el expediente clínico. Cuando el asegurado así lo pida, la ISES deberá cerciorarse de que sus prestadores transfieran un resumen clínico a la institución que el usuario indique, con confidencialidad.

Las ISES mantendrán la adecuada atención médica mediante dos programas: el de control de utilización y el de mejora continua. El programa de control de la utilización de los servicios médicos consiste en mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos. Y el programa de mejora continua en la prestación de servicios para la elevación de la calidad de atención, fomento a enseñanza e investigación médica, indicadores, etc.

Dentro de la estructura general de las Reglas de Operación de la Supervisión técnico-financiera, deben cumplir las aseguradoras para operar este ramo lo siguiente:

1. Requisitos de Autorización
2. Capital Mínimo Legal Pagado
3. Bases Técnicas y Documentación Contractual
4. Reservas Técnicas
5. Inversión de las Reservas Técnicas
6. Capital Mínimo de Garantía
7. Sistema Estadístico
8. Operación y Comercialización
9. Régimen Transitorio de Regularización
10. Reaseguro

Capital Mínimo Legal Pagado

Las Instituciones de Seguros deben contar con un capital Mínimo Pagado por cada operación o ramo que se le autorice, para el caso de la operación de Accidentes y Enfermedades y del Ramo de Salud, el capital Mínimo pagado es actualmente el equivalente a 1'704,243 unidades de inversión (3.9 mdp)

Reservas Técnicas

3. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Las Reservas Técnicas representan las provisiones necesarias para hacer frente a la probabilidad media de ocurrencia de los siniestros, de esta forma, la suficiencia de las reservas técnicas asegura que una Institución esté reflejando en su Balance los recursos necesarios para cubrir los siniestros esperados.

En el caso de las empresas que operan el ramo de salud, actualmente la regulación establece la obligación de constituir las siguientes reservas:

- Reservas de Riesgos en Curso
- Reservas de Previsión
- Reservas de Siniestros Ocurredos y No Reportados
- Reservas de Obligaciones Pendientes de Cumplir

Inversión de las Reservas Técnicas

Las Aseguradoras se encuentran sujetas a un régimen de inversión de sus reservas técnicas, que busca dotar de seguridad y liquidez a sus inversiones.

En todo momento, debe contarse con las inversiones suficientes para cubrir las reservas técnicas, acorde al régimen de inversión estatutario.

Capital Mínimo de Garantía

El requerimiento bruto de solvencia (RBS) es el monto de recursos que una Aseguradora debe mantener para enfrentar la exposición a:

- desviaciones en la siniestralidad esperada
- fluctuaciones adversas en el valor de los activos que respaldan a las obligaciones contratadas con los asegurados y
- posibles quebrantos por insolvencia de los aseguradores

Este requerimiento se cubre en dos fuentes de recursos: Reserva de Previsión (hasta el 50% del RBS) y Recursos de Capital de la Empresa. La parte de recursos de capital empleada para cubrir el RBS, se denomina Capital Mínimo de Garantía.

Sistema Estadístico

Las compañías deberán tener un sistema estadístico que permita reflejar el comportamiento de siniestralidad de este ramo, cuyas experiencias todavía son muy pobres y se necesita la contribución de todas estas compañías para tener una mejor evaluación del riesgo.

Reaseguro

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.

Para obtener este registro, debe contar con una calificación adecuada otorgada por una Agencia Calificadora Internacional.

Operación y Comercialización

En la elaboración y comercialización de sus planes las ISES deberán incorporar criterios de integralidad (fomento, prevención, terapéuticas y rehabilitación), al menos un plan donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a los de la red, mediante el pago diferencial entre el tabulador de la institución y el costo del servicio. Reembolso del costo de servicios médicos no brindados por la ISES en casos de urgencia, por causas de saturación, falta de disponibilidad o error diagnóstico e informar si existe o no renovación obligatoria, edad máxima de renovación, alcance cuando se considera que un padecimiento es preexistente, etc.

Deberán señalar términos bajo los cuales las ISES estarán obligadas a cumplir con la prestación de los servicios, una vez que haya terminado la vigencia del contrato, siempre y cuando la eventualidad se haya suscitado dentro de la vigencia. Terminará al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través de la alta médica, o al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o al concluir el término que para estos efectos se haya pactada para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años a partir del fin de vigencia

Régimen Transitorio y de Regulación

Las Instituciones que no siendo aseguradoras que deseaban convertirse en ISES contaban con un plazo de 365 días (1 enero de 2001) para presentar su solicitud a la SHCP, cumpliendo con todos los requisitos contenidos en las Reglas de Operación.

Las Aseguradoras con autorización del ramo de salud deberán *escindirse, crear nueva sociedad o traspasar cartera*.

- Separación contable para elaboración de estados financieros y consolidación.
- Manejo independiente de capital mínimo pagado, reservas técnicas, CMG, en general, activos, pasivos y resultados.
- Inversiones en cuentas separadas, contratos de inversión independientes, estados de cuenta separados, etc.

Deberán diseñar e implantar el sistema estadístico, ajustar registros de nota técnica y documentación contractual y solicitar a la SSA la ratificación del Contralor Médico.

Finalmente, deberán *tramitar ante la SSA la obtención del dictamen anual y presentarlo ante la CNSF junto con la información financiera del ejercicio correspondiente al año*.

Ambiciosas Metas

De acuerdo a los proyectos presentados por las propias ISES, mediante este nuevo producto de Salud se podría captar hasta 600 mil nuevos asegurados.

Del gasto privado de salud menos de 10 por ciento se otorga mediante los seguros, pero con esta regulación podría llegar a 16 por ciento en los próximos cinco años.

Capítulo 4

Aspectos Generales del Seguro de Salud

Una vez analizado y revisado lo importante que es implementar y desarrollar un seguro de salud en México, así como la regulación que permitirá la una correcta práctica de su administración y control, a fin de obtener los mejores resultados, en este capítulo se hablará de las cuestiones técnicas, operativas y conceptuales del producto que rige este seguro.

4.1 Gestión del Ramo

El Ramo de Salud es más complejo de lo que podemos suponer, y el éxito o fracaso en el mismo pasa por una buena gestión. Hay algunos aspectos referidos a la gestión particularmente importantes que a continuación trataremos.

Establecimiento correcto de la Prima de Riesgo:

En todo Ramo de Seguros es básico partir de primas técnicamente suficientes. Lo que ocurre es que en Salud quizá es más difícil llegar a su elaboración ya que en estos seguros no es posible basarse en el puro azar del siniestro.

Por otro lado, en México es francamente difícil llegar a disponer de datos históricos del Ramo debido a la falta de tecnificación que este tenía y aún tiene. Por ello las compañías de seguros deberán ir construyendo sus propias muestras al durante un buen tiempo, y tendrán que actuar con prudencia para evitar:

- Salirse del mercado en precios
- Estrangular técnicamente el futuro del seguro en el seno de nuestra Entidad

Selección de Riesgos:

Es esta sin duda la parte más importante para las Aseguradoras.

Son elementos principales del riesgo en estos seguros tanto los parámetros objetivos: sexo, edad, situación económica y estado de salud comprobable por vía analítica, como los subjetivos tales como tratamiento o comportamiento de una enfermedad o prevención de las enfermedades.

Una correcta elaboración del cuestionario de salud, una selección médica de los clientes y un seguimiento posterior de la siniestralidad, influirá decisoriamente en el futuro equilibrio técnico del seguro especialmente en Países como México en el que aún, como ya hemos visto, no está delimitada ni definida la colaboración de Seguro Público Seguro Privado.

Control de los gastos de gestión

Una gestión correcta en el Ramo pasa por un equilibrio en los gastos, elemento del precio del seguro que permitirá a las Compañías ser competitivas. Para ello se exige:

Un Desarrollo Informático Específico que no implique un sistema paralelo al de otros seguros pues, si hablamos de futuro, es preciso mantener vigente la idea de reducción de costes a través de las economías de escala para la absorción de costes fijos.

En realidad es activar, dentro de un sistema informático general, una aplicación específica que permita:

- Seleccionar riesgos mediante sistemas de rechazo de cuestionarios de salud.
- Proporcionar al prestador del servicio sanitario un sistema por el que pueda:
 - Identificar al cliente.
 - Determinar los derechos que le asisten por el Seguro.
 - Facturar sus servicios sin necesidad de actuación manual posterior del asegurado salvo la necesaria para controlar.
- Incorporar información detallada de la siniestralidad. Esto proporcionará datos suficientes para detectar a tiempo la utilización incorrecta del seguro, y las desviaciones técnicas que se originan.

Configuración de un organigrama interno que pase por la creación de un departamento nuevo integrado en el de Salud. Es decir una Gerencia Médica que aporte a la Empresa:

- Conocimientos para la Selección de Riesgos
- Criterios de actuación ante los prestadores
- Medidas de reducción de costes

4.2 Bases Técnicas

La base técnica que constituye el Seguro de Salud, es radicalmente distinta a la de seguros de vida donde el riesgo está bien definido y la frecuencia con que se da el fenómeno (probabilidad), también lo está. Así mismo, en el caso que nos ocupa, nos enfrentamos a un fenómeno muy dinámico en sus formas de manifestación y en la variabilidad de la magnitud del riesgo.

Los factores principales que se consideran en la tarificación del costo del Seguro de Salud son:

- La Frecuencia o Tasa de Morbilidad y
- El Costo Promedio de las Reclamaciones o Pérdida Esperada

Tasa de Morbilidad

En el seguro de Salud, la tasa de morbilidad q_x nos da en forma aproximada, la probabilidad de que una persona de edad x^1 y sexo g (masculino o femenino), sufra un accidente o enfermedad que le amerite atención médica (que se derive de una Cobertura, Riesgo o Servicio) y le cause una visita a su médico de cabecera con la posibilidad de que éste último lo canalice con su médico especialista dependiendo de lo grave o específico que sea el accidente o enfermedad, ó lo envíe a que le practiquen exámenes de laboratorio o gabinete, o requiera una terapia o tratamiento específico, o quizás la necesidad de internarse en un hospital, añadiendo a todo esto el suministro de medicamentos.

Una característica principal de las tasas de morbilidad de estos seguros es que a pesar de depender de la edad de las personas, no varía sustancialmente de una edad a otra, razón por la cual, se estila establecer tasas por rangos de edad que generalmente son quinquenales.

Otro factor importante en las tasas de morbilidad, es el sexo, lo cual ha llevado a considerar, para fines de tarificación de estos seguros, tasas de morbilidad por sexo. La experiencia muestra que las mujeres tienen niveles de morbilidad superiores a los de los hombres, sobre todo en edades reproductivas. En edades tempranas así como en edades mayores las primas no dependen mucho del sexo, son iguales tanto para hombres como para mujeres. Estos fenómenos se deben a la naturaleza genética de la mujer y su condición de procreadora de la especie, esto guarda una relación con la vulnerabilidad especial de este sexo a accidentes y enfermedades que en el otro sexo resultan menos graves.

Sin embargo esto no quiere decir que el costo de la siniestralidad en personas del sexo femenino sea superior, por el contrario algunos estudios demuestran que en promedio el costo de los siniestros en mujeres son con frecuencia inferiores al de los hombres.

Esto puede atribuirse a que el hombre recibe atención médica por siniestros que por regularidad son más graves de los que les ocurren a las mujeres, consecuencia natural de una mayor resistencia masculina a ciertos tipos de siniestros como son accidentes y enfermedades comunes.

Una inspección muy rápida de las tasas de morbilidad nos permite apreciar el comportamiento de las tasas en función de la edad, en particular, en el primer rango de edad podemos ver una alta tasa de morbilidad causada en su mayor parte por el estado natural enfermizo de las personas menores aunado a la alta frecuencia de accidentes.

Otro aspecto es que la diferencia tan marcada entre los niveles de siniestralidad masculina y femenina va disminuyendo a medida que la edad avanza. Finalmente se sabe que en edades avanzadas los papeles se invierten y la fatalidad de la muerte ocurre con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres.

De acuerdo a algunos estudios de la Secretaria de Salud, hablar del gasto que realiza una persona de edad avanzada para el mantenimiento de su salud, es equivalente a pensar en el cincuenta por ciento de lo que gasta toda su vida.

La Pérdida Esperada

La magnitud de la pérdida económica del Asegurado, en caso de un accidente o enfermedad, es una variable aleatoria que depende de una serie de factores, como son las limitantes (el riesgo, copago, suma asegurada o período de beneficio máximo), la edad, el costo de los servicios médicos, el costo de medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete, entre otros.

Uno de los componentes más importantes que constituyen la prima de riesgo de estos seguros es el valor esperado de la pérdida, mejor conocida en el sector asegurador como "Costo Promedio".

Copago. Participación económica a cargo del asegurado al utilizar los servicios, la cual puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o una cantidad fija. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o Servicio de Salud.

Suma Asegurada o Monto Máximo Asegurado, correspondiente al límite de responsabilidad de la Institución Aseguradora. Toda cantidad en exceso a este límite de responsabilidad, queda a cargo del Asegurado.

La selección de la función de densidad de probabilidad adecuada para expresar la forma de distribución de los siniestros, constituye el problema de mayor interés desde el punto de vista actuarial. Para buscar dicha probabilidad se puede partir de la frecuencia relativa a datos observados dentro de una muestra o colectividad y obtener así la función correspondiente. Es decir, distribuyendo los siniestros según el monto del daño se obtendrá directamente la función de distribución $F(x)$, y a partir de esta la función de densidad $f(x)$.

Para poder establecer el nivel de responsabilidad de la compañía aseguradora, en primer término es necesario definir el nivel de participación del asegurado en la siniestralidad.

En términos analíticos, si denominamos a $PA^k(s)$ como la participación del Asegurado en la pérdida s , con Copago Co en monto o porcentaje k y Suma Asegurada B , se puede decir que:

Si el Copago aplica como una cantidad fija (monto m):

$$PA^m(s) = \begin{cases} s & s \leq Co \\ Co & Co < s \leq B \\ Co + s - B & s > B \end{cases}$$

Si el copago aplica como un porcentaje (p) de la reclamación:

$$PA^p(s) = \begin{cases} s & s \leq Co \\ s * Co & Co < s \leq B \\ (B * Co) + (s - B) & s > B \end{cases}$$

Las expresiones anteriores son válidas generalmente para coberturas de carácter "correctivo".

Cabe resaltar el hecho de que en el caso de las coberturas de carácter "preventivo", se rompe un poco con el principio de aleatoriedad toda vez que los planes que se comercializan, por lo general establecen por ejemplo un máximo de visitas del médico de cabecera, en ese sentido, la prima se calcula como el número de visitas por el costo de las mismas.

Con base en la terminología antes mencionada, podemos tomar el siguiente ejemplo para identificar los factores que influyen en el nivel de participación del Asegurado.

$$Co = \$ 100.00$$

$$B = \$ 300,000.00$$

s	Co	Excedente	PA (s)
50	100	0	50
100	100	0	100
200	100	0	100
1,000	100	0	100
1,500	100	0	100
2,000	100	0	100
2,500	100	0	100
3,000	100	0	100
4,000	100	0	100
5,000	100	0	100
10,000	100	0	100
20,000	100	0	100
30,000	100	0	100
40,000	100	0	100
50,000	100	0	100
100,000	100	0	100
150,000	100	0	100
200,000	100	0	100
350,000	100	50,000	50,100
400,000	100	100,000	100,100

Es así que la participación del Asegurado en la pérdida depende del valor de la Suma Asegurada y el Copago.

Si la participación del Asegurado se comporta como una variable aleatoria (misma que generalmente se trata de riesgos de carácter "correctivo") con una función de densidad de la pérdida $f(s)$, el valor esperado de la participación del Asegurado, queda dada por la siguiente expresión:

En el caso de que el Copago aplique como una cantidad fija:

$$E(PA^m(s)) = \int_0^{Co} sf(s)ds + \int_{Co}^B Cof(s)ds + \int_B^{\infty} [Co + s - B]f(s)ds$$

Mientras que si el Copago aplica como un porcentaje de la reclamación:

$$E(PA^p(s)) = \int_0^{Co} sf(s)ds + \int_{Co}^B sCof(s)ds + \int_B^{\infty} [(BCo) + (s - B)]f(s)ds$$

En forma análoga, la participación de la Institución Aseguradora, en el costo del siniestro, queda dada por:

Si el Copago aplica como una cantidad fija:

$$PI^m(s) = \begin{cases} 0 & s \leq Co \\ s - Co & Co < s \leq B \\ B - Co & s > B \end{cases}$$

Si el copago aplica como un porcentaje de la reclamación:

$$PI^p(s) = \begin{cases} 0 & s \leq Co \\ s * (1 - Co) & Co < s \leq B \\ B * (1 - Co) & s > B \end{cases}$$

El codominio de dicha función es $0 \leq PF(s) \leq B$, de donde se puede afirmar que

$$E(PF(s)) \leq E^p(B),$$

ya que la compañía no pagará más allá del monto máximo del beneficio establecido en la póliza.

Por tanto, el valor esperado de la participación está dada por:

En el caso de que el Copago se aplique como una cantidad fija:

$$\begin{aligned} E(PI^m(s)) &= \int_{Co}^B (s - Co)f(s)ds + \int_B^{\infty} (B - Co)f(s)ds \\ &= \int_{Co}^B sf(s)ds - \int_{Co}^B Cof(s)ds + \int_B^{\infty} Bf(s)ds - \int_B^{\infty} Cof(s)ds \\ &= \int_{Co}^B sf(s)ds + B \int_B^{\infty} f(s)ds - Co \int_{Co}^{\infty} f(s)ds \end{aligned} \quad (1)$$

Mientras que si el copago se aplica como un porcentaje de la reclamación:

$$\begin{aligned}
 E(PI^p(s)) &= \int_{Co}^B [s(1-Co)]f(s)ds + \int_B^{\infty} [Bf(s)]ds \\
 &= (1-Co) \left[\int_{Co}^B sf(s)ds + \int_B^{\infty} Bf(s)ds \right] \\
 &= (1-Co) \left[\int_{Co}^B sf(s)ds + B \int_B^{\infty} f(s)ds \right] \quad (2)
 \end{aligned}$$

En las ecuaciones (1) y (2) podemos reconocer las siguientes propiedades probabilísticas:

$$\int_{Co}^B sf(s)ds = E_{Co}^B(s)$$

donde $E_{Co}^B(s)$ representa el valor esperado de los siniestros s tales que $Co < s \leq B$

Sea $F^k(P)$ la función de distribución de la variable aleatoria de pérdida s , asociada al copago Co en monto o porcentaje k cuando el monto máximo del siniestro está acotado por el límite P .

$$\int_B^{\infty} f(s)ds = 1 - F^k(B)$$

$$\int_{Co}^{\infty} f(s)ds = 1 - F^k(Co)$$

Lo cual nos lleva a que:

$$E(PI^m(s)) = [E_{Co}^B(s) + B(1 - F^m(B)) - Co(1 - F^m(Co))] \quad (3)$$

Si a la ecuación (3) le imponemos la condición de que $Co < s \leq B$, y además que s sean siniestros netos, entonces se convierte en:

$$E(PI^m(s)) = E(s)$$

Donde $E(s)$ es el valor esperado de la siniestralidad, Es importante que la condición anterior es con frecuencia adoptada por la práctica. La primera $Co < s$, por el hecho de que cuando una persona tiene un siniestro cuyo monto es inferior al copago, no realiza la

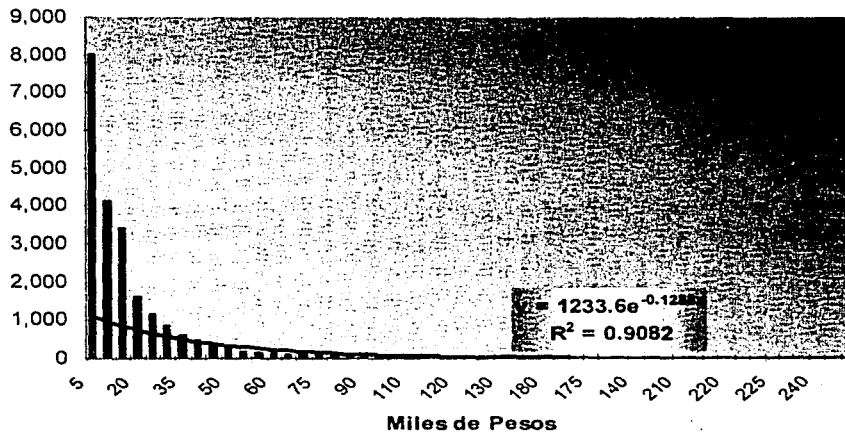
reclamación, la segunda $s < B$ es menos frecuente, sin embargo, a menudo ocurre que la suma asegurada es de un monto tal que ningún siniestro es superior a este valor.

De aquí que una institución evalúa el costo de los siniestros (costo promedio), como la simple medida de la distribución de los siniestros registrados durante el ejercicio.

Para analizar la distribución de los siniestros, es conveniente graficar los datos estadísticos disponibles y buscar a continuación la curva teórica que ajuste mejor a los mismos. Finalmente se deben calcular los parámetros que se aplicarán a la función de la curva elegida con el fin de obtener la fórmula analítica adecuada.

A manera de ejemplo se han graficado los datos reportados por una compañía del sector asegurador mexicano (Anexos); una vez analizados los datos estadísticos, se observa que se comportan como una función exponencial negativa, de donde se puede inferir que el monto de los siniestros se asimila a dicha función, el resultado gráfico se muestra a continuación.

HISTOGRAMA



Gráfica #12

La edad y el costo de siniestralidad

Como mencionamos al comenzar este tema, uno de los factores que intervienen en el cálculo de la pérdida esperada es la edad, si se tiene un número suficientemente grande de Asegurados, entonces se puede establecer una relación entre la edad de los Asegurados y el costo promedio de la siniestralidad.

Queremos decir que si pudiésemos agrupar por edades los riesgos asegurados y observamos la magnitud de las pérdidas ocurridas en cada grupo de edad, se puede evidenciar esta relación.

Considerando la misma terminología que la sección anterior, ahora nombramos $s(x)$ como una función de x como el valor esperado en función de la edad del Asegurado.

Es así que la ecuación (3) queda dada como:

$$E(PI^m(s(x))) = [E(s(x))]$$

Además de la edad, ha podido ser evidenciada una fuerte relación entre la siniestralidad y el sexo, es decir s depende de x y g donde g representa el sexo de la persona asegurada.

La relación entre la siniestralidad y el sexo, nos hace adoptar la expresión $s(x,g)$ para denotar la variable aleatoria que muestra el monto de los siniestros, para una persona de edad x y sexo g , donde g es el indicador del sexo que puede ser masculino m o femenino f .

De esta suerte, los valores expuestos, corresponden al valor que toma la esperanza de la variable aleatoria $PI^m(s(x,g))$, es decir, el valor esperado de la participación de la Institución Aseguradora, en siniestros que corresponde a personas de edad x y sexo g .

$$E(PI^m(s(x,g))) = s(x,g)$$

es decir:

$$E(PI^m(s(x,g))) = [E_{Co}^B(s(x,g)) + B(1 - F_x(B)) - Co(1 - F_x(Co))]$$

Como se mencionó anteriormente, todas las expresiones anteriores, corresponden generalmente a coberturas de carácter "correctivo", mientras que para las coberturas preventivas el costo de la siniestralidad corresponde directamente a la tasa de morbilidad o de utilización del servicio, multiplicada por el costo del mismo servicio (Anexo), es decir:

$$CS(x,g) = M(x,g) Cs$$

Donde:

$CS(x,g)$ = Costo de la siniestralidad del Servicio para un asegurado de edad x y sexo g

$M(x,g)$ = Tasa de Morbilidad

Cs = Costo del Servicio

La Prima de Riesgo

La prima de Riesgo es el costo que tiene el Seguro de Salud y depende principalmente de los factores que se han analizado en las secciones anteriores: Copago, Suma Asegurada, Edad y Sexo.

Si el copago aplica como una cantidad fija:

$$E(PI^m(s(x, g))) = [E_{Co}^B(s(x, g)) + B(1 - F_x(B)) - Co(1 - F_x(Co))]$$

Y como un porcentaje:

$$E(PI^p(s(x, g))) = (1 - Co)[E_{Co}^B(s(x, g)) + B(1 - F_x(B))]$$

Nótese que este costo no depende de la edad, si no se refiere al valor esperado de la participación de la Institución Aseguradora en la siniestralidad de la cartera en general, considerando sólo el Copago.

Finalmente se puede establecer que la prima de Riesgo para un Seguro de Salud está definida por tres conceptos a saber:

- la frecuencia de los siniestros
- el monto promedio de las reclamaciones y
- el factor por regionalización

En general la forma en que se construye la prima de un Seguro de Salud, considerando los Riesgos, Cobertura o Servicios de carácter generalmente "preventivo" y tomando en cuenta si el Copago opera como una cantidad fija o como un porcentaje del Servicio, es la siguiente:

$$F'_s(x, g) = nF_s(x, g) + 1.96\sigma$$

$${}_{\%}P_A = F'_s(x, g)CU_s[(1 + \frac{i}{2})/1000]F_u$$

$${}_{CF}P_A = [F'_s(x, g)CU_s[(1 + \frac{i}{2})/1000]F_u$$

$${}_{\%}PN_A = {}_{\%}P_A(1 - Co_s)$$

$${}_{CF}PN_A = {}_{CF}P_A - Co_s$$

$$\text{con } Co_s \geq 0$$

Donde:

$F_s(x,S)$	=	Frecuencia del Servicio o tasa de utilización en el rango de edad $(x,x+n)$ (con n generalmente igual a 4 para determinar rango de edades quinquenales) y sexo g (hombre o mujer). Corresponde al número esperado de incidencias del Servicio, por cada 1000 Asegurados, en un período de una año.
$F'_s(x,S)$	=	Frecuencia del Servicio o tasa de utilización en el rango de edad $(x,x+n)$ (con n generalmente igual a 4 para determinar rango de edades quinquenales) y sexo g (hombre o mujer). Corresponde al número esperado de incidencias del Servicio, por cada 1000 Asegurados, en un período de una año, ajustado mediante la desviación estándar de la distribución Normal, para asegurar a una confianza del 95%.
σ	=	Desviación Estándar de una distribución Normal con Media μ y Varianza σ^2
CU_s	=	Costo Unitario Promedio del Servicio. Son los costos promedio convenidos previamente con los proveedores de cada Servicio Médico en convenio, acuerdo o compra de Servicios.
$\%PA$	=	Prima Anual por Asegurado del Servicio cuyo Copago se aplica como un porcentaje del Servicio, Riesgo o Cobertura. Es el costo anual por Asegurado del mismo
$CFPA$	=	Prima Anual por Asegurado del Servicio cuyo Copago se aplica como una cantidad fija del Servicio. Es el costo Anual por Asegurado del Servicio, Riesgo o Cobertura
i	=	Tasa de inflación Anual esperada para los Servicios, Riesgos o Coberturas.
F_u	=	Factor de ajuste o de tendencias. Son aquellos que se consideran para posibles desviaciones en la frecuencia o en el costo promedio unitario.
$\%PNA$	=	Prima Neta Ajustada. Es la Prima Neta Anual por Asegurado del Servicio(s) sujeto a Copago como un porcentaje del mismo, después de haber aplicado el Copago al(los) Servicio(s)
$CFPNA$	=	Prima Neta Ajustada. Es la Prima Neta Anual por Asegurado del Servicio(s) cuyo Copago se establece como una cantidad fija.
Co_s	=	Copago del Servicio. Cantidad previamente establecida que el Asegurado pagará por recibir un Servicio específico, en el momento mismo de solicitarlo o recibirlo, directamente al prestador del mismo.
n	=	Número de Asegurados (1000)

Finalmente, la Prima Bruta (PB) se calcula como:

$$PB = \sum_{t=1}^m \%PN_{At} + \sum_{u=1}^l CFPN_{Au}$$

Siendo l el número de coberturas contratadas con Copago como una cantidad fija y m como el número de coberturas contratadas como un porcentaje.

4.3 Conceptos

Accidente. Es el acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño (s) corporal (es). No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado. Es la persona o personas sobre las que recae el riesgo asegurado, cuyos nombres aparecen en la solicitud y que fueron aceptados como tales por la compañía, mediante la mención de su nombre en la carátula de la póliza o en los endosos.

Asegurado Principal. La persona cuyo nombre aparece como Titular en la póliza.

Antigüedad. Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en un seguro con la misma Aseguradora.

Ayudante. Persona médica que asiste, al médico o cirujano durante el desarrollo de una intervención quirúrgica que se aplica a algún asegurado.

Cancelación. En caso de Cancelación del Contrato, antes de que termine la vigencia, la Aseguradora estará obligada a devolver el 60% de la prima no devengada.

Cancelación Automática del contrato. El contrato se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho u obligación por cualesquiera de las partes, una vez transcurridos 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento del recibo correspondiente.

Cirugía Programada. Consiste en aquellas intervenciones quirúrgicas que se realizarán a futuro y en las que la Aseguradora ha tenido previo conocimiento de la misma.

Competencia. En caso de controversia, el Asegurado o la Aseguradora deberán presentarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (oficinas centrales o de legaciones regionales), en los términos del Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Si este Organismo no es designado como árbitro, podrán entonces dirigirse a los tribunales competentes del domicilio de la Aseguradora.

Contratante. Persona física o moral responsable del pago de la prima de seguro a la aseguradora.

Contrato. La póliza, la solicitud, la cláusulas, los endoso que se agreguen, así como las declaraciones escritas proporcionadas por el contratante y asegurado, son prueba del contrato de Seguro celebrado entre el contratante y la aseguradora. Todos los asegurados que integran la póliza quedan amparados por este contrato.

Copago. Participación económica a cargo del asegurado al utilizar los servicios, la cual puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o una cantidad fija. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o Servicio de Salud.

Dependientes Económicos. El cónyuge del asegurado Principal y sus hijos menores de 25 años, siempre y cuando no reciban ingresos propios como remuneración de trabajo. Si

4. Aspectos Generales del Seguro de Salud

el Asegurado Principal es soltero, sus padres serán considerados como dependientes económicos siempre y cuando cumpla con los requisitos de aceptación.

Edad. Se considerará como edad de aceptación o renovación la que el Asegurado y sus dependientes económicos tengan al momento de la celebración del Contrato.

Edad de contratación o inclusión. Los límites de edad de aceptación para el Contrato son desde el nacimiento hasta los 64 años.

La Aseguradora podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los Asegurados: acta de nacimiento, pasaporte o credencial para votar. Solamente podrá exigir pruebas o documentos adicionales si comprueba que los primeros son falsos o de origen dudoso.

Si por su edad algún asegurado queda fuera de los límites fijados por el Contrato, los beneficios de la póliza quedarán anulados para este Asegurado. La Aseguradora devolverá el 60% de la Prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza. La Aseguradora ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, la Aseguradora devolverá al contratante el 60% de la prima de exceso de hubiese pagado. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de edad real, la Aseguradora solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Por este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del Contrato (Artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Emergencia Médica. Cualquier evento que ponga en peligro la vida del asegurado y/o la viabilidad de cualquiera de sus órganos, siempre que éste sea imprevisto y que se requiera de atención médica inmediata.

Endoso. Documento que forma parte del Contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones.

Enfermedad. Cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite algún servicio médico.

Enfermedad Infecciosa. Cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacteria u hongos.

Enfermedad Congénita. Se entiende como congénita la enfermedad con la que se nace o que se contrae en el seno del útero materno.

Forma de Pago. El contratante podrá optar por el pago de la prima en forma fraccionada. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactado.

Hospitalización. Es la estancia justificada y continua del asegurado mayor a 24 horas en un clínica, hospital o sanatorio para la atención de algún padecimiento asegurado. El tiempo de estancia se mide a partir del momento en que el asegurado ingresa como paciente interno a la institución y hasta que sale o deja de permanecer en calidad de paciente interno.

Inicio de Cobertura. La fecha en que el asegurado es dado de alta en una póliza de Seguro de Salud.

Inicio de los Servicios. La fecha de inicio de los servicios será a los tres días hábiles siguientes de la fecha de solicitud y de haber recibido el pago de la prima correspondiente, por parte del Asegurado.

Bajo ninguna circunstancia se otorgará ningún tipo de servicio si el Asegurado no se encuentra al corriente de sus pagos.

Interés Moratorio. Si la Aseguradora, una vez que ha recibido los documentos e información que le permitan dictaminar sobre reclamación presentada, no paga la indemnización, capital o renta correspondiente (Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro), estará obligada a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio.

Médico de Cabecera. Es el médico que proporciona los servicios de salud a los asegurados, a través de clínicas propias o bien con proveedores pertenecientes a la red médica.

Médico Especialista. Es el médico que ejerce una especialidad certificada por el consejo correspondiente.

Modificaciones y notificaciones. Las modificaciones generales de la póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo por el Contratante y la Aseguradora. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizado por la aseguradora, no podrá hacer modificaciones ni concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no cumplen con la oferta inicial, el Asegurado podrá solicitar rectificación dentro de los primeros 30 días después de recibida la póliza. Vencido este plazo, se considera que el Asegurado ha aceptado el contenido y/o las modificaciones de la póliza (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier notificación relacionada con el Contrato, deberá enviarse por escrito, precisamente al domicilio social de la Compañía.

Moneda. Todos los pagos derivados del Contrato, tanto el Asegurado como la Aseguradora, serán en Moneda Nacional.

Los Gastos que se originen en el extranjero y que procedan conforme a las condiciones del Contrato, se reembolsarán de acuerdo con el tipo de cambio a la venta, estipulado por el Banco de México, vigente para la moneda y la fecha en que se erogaron dichos gastos.

Movimientos de asegurados. Los hijos de los Asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas. Para ello es requisito indispensable que la Aseguradora haya sido notificada dentro de los primeros 30 días después del nacimiento y que la madre tenga al menos el tiempo continuo de cobertura en la póliza para cubrir el período de espera establecido en el contrato al momento de dar a luz.

Si no cumple con cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del nuevo Asegurado estará sujeta a la aprobación por parte de la Aseguradora, una vez presentados la solicitud y cuestionario médico del nuevo Asegurado.

Si el Asegurado contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la póliza siempre y cuando la Asegurada haya sido notificada dentro de los primeros 30 días después del matrimonio y que la Aseguradora apruebe la solicitud y el cuestionario médico del nuevo Asegurado.

Las notificaciones deberán ir acompañadas por el acta de nacimiento o acta de matrimonio respectivas.

Una vez que la Aseguradora acepta incluir el nuevo Asegurado, deberá pagarse la prima correspondiente.

Ocupación. Si el Asegurado cambia a una ocupación más peligrosa, deberá avisar por escrito a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si la Aseguradora acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los eventos médicos derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a la Aseguradora, ésta no tendrá obligación de proporcionar servicios, ni cubrir gastos por reclamaciones que se derive de la nueva ocupación.

Omisiones o inexactas declaraciones. Contratante y Asegurados tienen obligación de declarar por escrito a la Aseguradora, en la solicitud y cuestionarios respectivos, los hechos importantes que conozcan o deban conocer al momento de celebrar el Contrato, que permitan a la Aseguradora apreciar el riesgo a cubrir.

En caso de omisión o inexacta declaración por parte del Contratante y/o Asegurado al momento de llenar la solicitud y cuestionarios, la Aseguradora podrá rescindir de pleno derecho el Contrato, aun cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del evento médico. (Artículo 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Otros Seguros. Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en la póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en la misma o en otra Aseguradora, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar

fotocopia de pagos, comprobantes y finiquitos que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

Pago Directo. Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al prestador de servicios por la atención médica de enfermedades o accidentes cubiertos la Asegurado en el Contrato.

Padecimiento. Es una alteración de la salud del asegurado, provocada por una causa anormal, interna o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico definitivo.

Padecimientos Preexistentes. Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes de la cobertura del asegurado, se encuentren o no declarados en la solicitud de la póliza, o aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado algún diagnóstico que señale que dichos síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación del seguro de cada asegurado, cualquiera que sea su causa o complicación.

Período de Beneficio. Si la póliza se renueva anualmente sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad o accidente sin que aplique un período máximo de cobertura para estos pagos.

Si la póliza se cancela o no se hace la renovación anual, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, aún cuando la reclamación haya iniciado dentro del período de vigencia.

Período de Espera. Tiempo necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada asegurado, a fin de que los padecimientos indicados expresamente puedan ser cubiertos por el seguro.

Prescripción. Todas las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescriben a los 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen (Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), salvo las excepciones consignadas en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, si no también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado en el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Prima. El monto de la prima es la suma de las primas correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su ocupación, sexo y edad en la fecha de inicio de vigencia. La prima cubre un período de 12 meses.

Prima Neta. Es la prima anual sin incluir la tasa de financiamiento por el pago fraccionado, derecho de póliza e impuestos.

Prima Neta Devengada. Es la parte proporcional de la prima neta pagada correspondiente al tiempo transcurrido entre la fecha de inicio hasta el momento actual.

Prima Neta no Devengada. Es la diferencia entre la prima neta pagada y la prima neta devengada.

Prima a Prorrata. Es la parte proporcional de la prima de tarifa anual correspondiente a un período menor al cual cubre el recibo.

Prima de riesgo. Es el costo que tiene el seguro, neta de los gastos por concepto de recargos para gastos y utilidad.

Reembolso. Pago de gastos erogados previamente por el asegurado a consecuencia de una emergencia médica.

Rehabilitación. El asegurado podrá reactivar el servicio de su póliza cuando este haya sido cancelado, siempre y cuando se presente el cuestionario médico de reactivación de contrato.

La compañía se reserva el derecho de rechazar la aceptación del Asegurado de acuerdo a los resultados del cuestionario médico de reactivación de contrato.

Red Médica. Es un conjunto de proveedores de servicios médicos especializados (médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, y casa de ortopedia, entre otros) que dan servicio para la atención a las necesidades de salud de los asegurados.

Renovación. Expedición consecutiva de la póliza por un período igual, en las condiciones contractuales vigentes en el momento en el que inicia su nueva vigencia.

Reporte Hospitalario. Es el reporte que se hace cuando el asegurado ha sido ingresado en una clínica, hospital o sanatorio, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, a fin de que la Aseguradora tome contacto directo con la Institución y dictamine si cubre o no el evento.

Residencia. Para efectos del Contrato solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. Los Asegurados tienen la obligación de notificar a la Aseguradora el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando estos no vivan en el mismo domicilio del titular.

Si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a la Aseguradora y pagar una extraprima. Si el Asegurado no cumple con esta disposición, cualquier evento médico que ocurra durante ese período en el extranjero, no estará cubierto.

Si la estancia del Asegurado en el extranjero supera 12 meses continuos, se cancelará el certificado correspondiente.

Servicio. Es la atención médica conjuntada de manera integral que se proporciona al asegurado para el mantenimiento o recuperación de la salud.

Suma Asegurada o Monto Máximo Asegurado, correspondiente al límite de responsabilidad de la Institución Aseguradora. Toda cantidad en exceso a este límite de responsabilidad, queda a cargo del Asegurado.

Tratamiento Médico. Es el conjunto de procedimientos o acciones médicas o quirúrgicas destinadas a curar o mejorar la salud de una persona que tenga una enfermedad o haya sufrido alguna lesión.

Vigencia. Período de validez del Contrato.

Conclusión

Las coberturas de salud son muy importantes para el fomento de ahorro en México y tienen un gran potencial de crecimiento. Significan una de las opciones más importantes para que las compañías aseguradoras puedan minimizar los impactos negativos en situaciones de menor crecimiento económico del país. Es indispensable un serio esfuerzo de promoción y comunicación por parte de las aseguradoras así como un profundo análisis de sus propias fortalezas y debilidades. Debe admitirse, así mismo, que crear conciencia entre la población es un proceso, no un evento instantáneo.

El seguro debe verse como un instrumento financiero de ahorro, y en particular, las coberturas de salud pueden permitir el crecimiento del ahorro en nuestro país. Este seguro en México ha estado incluido en otras líneas de seguro, lo que le ha impedido encontrar por sí sólo los causes seguidos en otras economías.

Para que el seguro de salud alcance los niveles deseados, es necesario que el sector asegurador reconozca que el negocio de la salud tiene gran potencial de crecimiento. En 1980 el mercado de seguros de salud fue de 300 millones de pesos en primas y para el 2003 la expectativa es que llegue a 10,000 millones de pesos, aunque esta previsión no considera la iniciativa de la ley, la reforma fiscal aprobada para aplicar a partir del año 2002, que en el artículo 76 de la Ley del Impuesto sobre la renta Fracción VI incluye la deducibilidad de la compra de seguros de gastos médicos a nivel individual, lo que elevaría dos o tres veces el potencial de ese mercado. Pero tenemos otras condicionantes que nos ayuden al crecimiento de este seguro que se traducen en los grandes retos de cualquier sistema de salud en cualquier parte del mundo.

Debe haber nuevos y mejores productos de aseguramiento, más accesibles y que respondan a las expectativas del mercado en general. Las aseguradoras deben ser receptivas para que junto con el comprador y a través de análisis actuariales puedan entender los riesgos a los que está sometida la población y así vender y comprar de acuerdo a ese riesgo. Es por ello que el Actuario juega un papel importante en el desarrollo de este seguro, aplicar las correctas evaluaciones y bases técnicas para el cálculo de las primas en base al comportamiento y la experiencia siniestral que se vaya teniendo en este rubro, harán que el producto sea lo suficientemente competitivo y suficiente para cubrir las necesidades de la población requiere.

Que las compañías de seguros incidan más en educar a la población acerca de los beneficios de invertir en un esquema financiero para prevenir el riesgo de tener una pérdida económica por enfermedad, lo que transforma al seguro en un mecanismo de ahorro, pero también de inversión. Crear conciencia de previsión, el verdadero reto para las aseguradoras es ser creativas para desarrollar nuevos y mejores productos adaptados a las expectativas de la población y sobre todo a las circunstancias económicas del país.

Las compañías deben ser más pro-activas en términos de qué hacer con relación a la comunidad. En este sentido hay un campo virgen y deben establecer una verdadera estrategia de comunicación que difunda el "Quién soy yo como compañía de seguros; qué

ventajas tengo, como beneficios a la población; cómo puedo crear una lealtad en mi consumidor”.

En los retos intrínsecos de las compañías aseguradoras, están los que tienen que ser más eficientes en el manejo de sus recursos y de sus mecanismos cotidianos de operación y gestión interna.

Deben modernizar sus plataformas de sistemas de información y comunicaciones. Internet puede favorecer la información rápida y simple a usuarios que facilite los procesos, no que los sustituya. Es necesario la aplicación de la tecnología, informática para que la fuerza de ventas tenga tarifas, costos e información en línea para evaluar a los prospectos. Estas acciones van a producir un aumento en la eficiencia y un abaratamiento de los costos de comercialización, de adquisición y administración. Las compañías que lo hagan tendrán la posibilidad de decidir qué hacer con ese ahorro, tal como quedárselo o trasladar una parte al consumidor, lo que finalmente les reedituará en más negocios.

Las compañías que ofrecen el seguro de salud están hoy más que nunca, obligadas a fortalecer sus relaciones externas. Deben entrar en una franca estrategia de mayor acercamiento con sus proveedores (médicos y hospitales, clínicas y laboratorios), para que puedan hacerse compatibles sus intereses y converjan en un solo punto. Actualmente, no hay una buena relación y ambas partes tienen sus propias razones. Existe un círculo vicioso de mutua desconfianza. La aseguradora debe tomar el liderazgo para tener mejor relación con sus proveedores.

El reto es dar un mejor acceso a servicios de calidad, en donde la efectividad de las acciones médicas sea manifiesta, y donde los costos de producción sean adecuadamente manejados y controlados, de tal manera que el incremento de los precios de las pólizas no sea tan dramático. Un costo controlado hará que el incremento de las pólizas sea más lento y más gente tendrá acceso a los servicios. Los médicos por su parte, deben estar conscientes de que los costos de la atención deben darse bajo un contexto de eficiencia.

Una regulación dinámica que considere mejores prácticas. Las políticas públicas deben buscar favorecer los cuatro elementos de la buena medicina: mayor acceso a servicios de mejor calidad en donde se le asegure al consumidor efectividad en la acción médica y que todo se dé bajo un manejo apropiado de recursos y control de costos.

Además son necesarias políticas reguladoras que favorezcan, y no entorpezcan el que las aseguradoras puedan desarrollar mejores productos, pero que también les den certidumbre a las compañías de que los hospitales están certificados, en donde se va a dar una buena atención de la salud y va a haber menos errores médicos, y que también el consumidor tenga los incentivos fiscales para tener un mejor reordenamiento de su gasto de salud.

Las acciones del gobierno federal en cuanto a la creación de las ISES y la inclusión de la deducibilidad de los seguros de Gastos Médicos en la iniciativa de reforma fiscal por ejemplo, son un paso hacia delante, pero sólo es el inicio, y hay confianza en que el gobierno federal sea lo suficientemente sensible para escuchar a todos los grupos de interés y entender como se ven afectados o beneficiados. Esta legislación debe ser dinámica, que esté constantemente mejorándose y se monitoreen las consecuencias de

una política pública y evaluarlas constantemente y, en su caso, reorientarlas para lograr este bien común.

Todas estas acciones reeditarán a las aseguradoras importantes beneficios. Entre ellos una mayor presencia del mercado, mayor penetración, mayor identificación del consumidor y, en consecuencia, más lealtad hacia la aseguradora. La fuerza de ventas tendrá un esquema con más certidumbre en la gestión de los productos que van a vender. Las compañías tendrán mejor relación con sus grupos médicos de tal forma que éstos tendrán la certeza de que las aseguradoras no los están castigando.

El mercado de los servicios de salud en México equivale a 25 mil millones de dólares anuales, y poco más de la mitad es gasto privado. De este gasto, solamente alrededor de mil millones de dólares se da a través de seguros médicos privados individuales, grupales y colectivos.

Un último punto, es que las aseguradoras sean pro-activas. Debe empezar a cambiar la mentalidad para hacer medicina tradicionalmente considerada como curativa, a una mayor promoción de la salud de la población, es decir, que se cuestionen las empresas como pueden hacer para mantener poblaciones sanas.

Así, lo anterior debe ser el enfoque financiero, actuarial y organizacional hacia el cual deben evolucionar los nuevos esquemas y sistemas de salud. El seguro de Salud puede venderse en un esquema financiero a futuro. Como aseguradora ganará más, mientras mantenga más sana a la población. Por lo tanto, las aseguradoras van a verse obligadas a manejar, como los consumidores lo están pidiendo, seguros de cobertura más amplia, en donde se identifiquen plenamente los factores de riesgo, donde la intervención de los actuarios tendrá una repercusión trascendental para el logro de estos objetivos.

Bibliografía

Investigadores Grupo Ragalen. *Modelo Sistémico para realizar el Servicio en el Sector Asegurador. "El caso del Seguro de Gastos Médicos Mayores"*

Jornada sobre el seguro de Salud en México
Serie Documentos de Trabajo CNSF

Mejía Tapia Pedro. *Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México*
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Documento de Trabajo No. 11

Act. Joaquín Angulo Meade. *Gastos Médicos Mayores en México, Pasado, Presente y Futuro.*
Edit. Pravo, S.A. de C.V.

Comportamiento Quinquenal de Seguros y Fianzas
Publicación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Fernando Solís Soberón. *Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo de Gastos Médicos Mayores de Experiencia Propia.*
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Documento de Trabajo No. 25

Estadistic AMIS. Revista Trimestral

Miguel Angel Beltrán Prado. *Aspectos Técnicos para la Determinación de la Prima de Riesgo en el Seguro de Gastos Médicos Mayores*
Serie Documentos de Trabajo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Dra. Leonor Magenties. *Medicina prepagada historia y evolución en América Latina*

Mercedes Vázquez de Padura. *Los Seguros de Salud y la Sanidad Privada*
Cuadernos de la Fundación No. 12. Febrero 1993

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. *Ley sobre el Contrato del Seguro*

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.*

Diario Oficial de la Federación. Circulares S-24.1, S-24.1.1, S-24.2, S-24.2.1, S-24.3, S-24.4

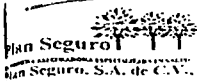
Páginas de internet:

www.cnsf.gob.mx
www.amis.com.mx

Anexos

Anexo I

Carátula de una póliza de un Seguro de Salud



Individual/Familiar

Póliza de seguro de salud
número: 001336

CONTRATANTE

Nombre: FRANCISCO JAVIER RUIZ SAMPER R.F.C.: RUPSG309125PA
 Domicilio: DIVISION DEL NORTE N° 815 - 301 Col. DEL VALLE
 MEXICO 03100, DISTRITO FEDERAL
 Teléfono: 4 88 01 83

DATOS DE LA POLIZA

Prima Neta NS\$177.92	Forma de Pago TRIMESTRAL	Financiamiento NS\$505.55	Gastos de Expedición NS\$130.43	I.V.A. NS872.09	Prima Total NS\$6,686.00	
Agencia desde las 2:00 Hrs.	Día 04 Mes 04 Año 1998	Hasta las 12:00 Hrs. Día 04 Mes 04 Año 1999	Fecha de Emisión	Día 04 Mes 04 Año 1998	Moneda NACIONAL	Plan de Salud SALUD 100 Tabulador: BASE 0

ASEGURADOS

Nombre: FRANCISCO JAVIER RUIZ SAMPER Parentesco: CONTRATANTE Sexo: MASCULINO Fecha de Nacimiento: 12/09/63 Fecha de Ingreso: 04/04/98

COBERTURAS

aseguro conforme a la siguiente relación:

Suma Asegurada: **ILIMITADA**

TIPO DE BENEFICIO	BENEFICIOS	% DE COBERTURA		TOPES	
		PLAN SEGURO	COASEGURO	No. ACCIONES	MONTO \$
AMBULATORIA	CONTROL PREVENTIVO	100			
AMBULATORIA	MEDICINA PREVENTIVA	100			
AMBULATORIA	CONSULTA GENERAL	70	30		
AMBULATORIA	CONSULTA ESPECIALISTA	70	30		
AMBULATORIA	LABORATORIO	70	30		
AMBULATORIA	IMAGENOLOGIA	70	30		
AMBULATORIA	PROCEDIMIENTOS	70	30		
AMBULATORIA	REVISION CLINICA	100		1	
HOSPITALARIA	HONORARIOS CONSULTA	100			
HOSPITALARIA	HOSPITALIZACION	100			
HOSPITALARIA	LABORATORIO	100			
HOSPITALARIA	IMAGENOLOGIA	100			
HOSPITALARIA	PROCEDIMIENTOS	100			
HOSPITALARIA	HONORARIOS QUIRURGICOS	100			
HOSPITALARIA	MED.INS. Y MAT. CURACION	100			
HOSPITALARIA	QUIROFANO	100			
OTROS	PROTESIS (SIN DENTARIAS)	70	30		\$10,000
OTROS	FISIOTERAPIA	70	30	20	
OTROS	AMBULACIA	70	30		
OTROS	URGENCIAS	70	30		
OTROS	ACCIDENTES	100			

ENDOSOS A LA POLIZA (● = Endoso activo en la póliza)

Calendario de Pagos ● Exclusiones ● Aceptación con sobreprima ● Eliminación de tiempos de espera ●

Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros en lo sucesivo Plan Seguro, otorgará el servicio de salud a la personas relacionadas en la póliza, de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endosos que correspondan.

En testimonio de esta póliza, Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros firma en México, D.F., a 22 de Abril de 1998.

En la ciudad de México, D.F., a 22 de Abril de 1998. P. R. C. DES 070302 E14

Anexo II

Cuestionario médico para suscripción de un Seguro de Salud



**Médica
Integral
GNP**

Médica Integral GNP, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1685, 2do. piso.
Col. Guadalupe Inn
C.P. 01070, México, D.F.
R.F.C. MIG-980924 HA

Cuestionario de Selección Médica

FOLIO										Número de Solicitud									

Apellido Paterno															Nombre del solicitante															Apellido Materno														
Nombre(s)															Sexo					Peso (Kg)					Estatura (m)					Fecha de Nacimiento														
															M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										día mes año																			

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste en forma veraz y precisa cada uno de los puntos. Utilice letra de molde con tinta de un solo tipo y color (azul o negra). No deje preguntas sin contestar. Recuerde que este cuestionario es un documento contractual, por lo que no deberá tener tachaduras y/o enmendaduras. En caso de que el cuestionario no se encuentre completamente resuelto, faltase la firma del solicitante o presentara tachaduras y/o enmendaduras será motivo para suspender el trámite de emisión y suscripción de la póliza, cesando cualquier obligación para la compañía.

1 ¿Padece, ha padecido o le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo especifique la fecha en que le fue diagnosticada así como su estado actual.

Cardiopatía coronaria (infarto, angina de pecho, isquemia)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Depresión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades de las válvulas cardíacas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Demencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipertensión pulmonar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Secuelas de meningitis o encefalitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hemofilia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anemia (especifique)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades de Médula Osea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accidente vascular cerebral (hemorragia, trombosis, infarto)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hemiplejía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuadriplejía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Retraso mental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hidrocefalia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down (mongolismo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Psicosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Glomerulonefritis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades renales crónicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lupus	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Emfisema pulmonar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SIDA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fibrosis pulmonar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insuficiencia Respiratoria crónica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Pancreatitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirrosis hepática	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Especificar diagnóstico (en dónde): _____

Fecha(s): _____

2 ¿Padece, ha padecido o le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo especifique la fecha en que le fue diagnosticada así como su estado actual.

Hipertensión arterial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mielomeningocele	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Obesidad moderada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Problemas digestivos (gastritis, colitis, úlceras, etc)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatías congénitas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Várices en las piernas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemas de los discos de la columna	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hemorroides	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desviaciones de la columna vertebral (escoliosis, lordosis)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cálculos en vías urinarias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pie plano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desviación de tabique nasal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemas de rodillas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Sinusitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Luxación congénita de la cadera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Gota o hiperuricemia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Labio leporino	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hiper o hipotiroidismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Alergias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Menopausia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Asma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Especificar padecimiento: _____

Fecha de inicio de padecimiento: _____ Tratamiento recibido: _____

Estado actual de los padecimientos referidos: _____

Anexo III

Circulares



SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

COMISION NACIONAL
DE SEGUROS Y FIANZAS

200 MAY 17 AM 9:20

PRESIDENCIA

México, D.F., 16 de mayo de 2000

CIRCULAR: S-24.1

ASUNTO: Se dan a conocer las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

**A LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES
MUTUALISTAS DE SEGUROS**

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante Oficio No. 366-IV-2771 de 15 de mayo del año en curso, solicitó a esta Comisión que por medio de Circular, sin perjuicio de que en su momento se publiquen en el Diario Oficial de la Federación, se sirva hacer del conocimiento de esas instituciones y sociedades, las Reglas para la Operación del Ramo de Salud. En tal virtud, anexo encontrarán un ejemplar de las citadas Reglas.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente
Sufragio Efectivo. No Reelección.
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
El Presidente

LIC. MANUEL S. AGUILERA VERDUZCO

ANEXO



SECRETARIA
DE
HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

REGLAS PARA LA OPERACIÓN DEL RAMO DE SALUD

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, conocida originalmente con el nombre de Ley General de Instituciones de Seguros, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación del 31 de agosto de 1935. A partir de entonces y hasta la fecha ha tenido diversas modificaciones a fin de adecuar sus disposiciones conforme a la evolución del sector financiero del país, dentro del cual la actividad aseguradora tiene una relevante participación.

Las modificaciones a la citada Ley en los últimos diez años, si bien se han orientado a desregular la actividad de las aseguradoras, a liberalizarlas con fines de autogestión, también han tenido como propósito fundamental el mantener adecuadas regulaciones prudenciales que protejan los intereses de los usuarios y una supervisión que cuide el estricto cumplimiento de las normas técnicas y del régimen de solvencia que deben mantener las aseguradoras.

El Gobierno Federal consciente de la importancia que representa para la sociedad la actividad aseguradora, a través del Plan Nacional de Desarrollo, se ha trazado como uno de sus objetivos lograr su promoción con el fin de ampliar sus funciones de protección a las personas y a sus bienes ante los riesgos a los que se encuentran expuestas, así como a promover su contribución a la generación del ahorro interno.

En ese sentido, en los últimos tres años el H. Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como han sido las contenidas en los Decretos publicados en el Diario Oficial de la Federación del 3 de enero de 1997 y 31 de diciembre de 1999.

...



En el primero de ellos, se reconoce la importancia que representa para el país el hecho de que un mayor número de mexicanos cuenta con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos, por lo cual la operación de seguros de accidentes y enfermedades se dividió en los ramos de: accidentes personales, gastos médicos y salud.

El ramo de salud constituye la base para que las sociedades u organizaciones conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada, se transformen en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

En el segundo de los Decretos, se describe al 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 y se precisa que aún cuando esta actividad se lleve a cabo con recursos e instalaciones propios será considerada como una operación activa de seguros, por lo que su práctica sólo puede autorizarse a Instituciones de seguros, a las que adicionalmente se les puede facultar a manejar el ramo de gastos médicos.

Es conveniente resaltar que la prestación de servicios de salud sólo puede considerarse como operación activa de seguros si esos servicios se comercializan a futuro y el cumplimiento de la obligación de prestarlos depende de un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes, ya sea que dicha prestación de servicios se satisfaga con recursos e instalaciones propias o no propias del obligado.

En consecuencia, no constituye operación activa de seguros la prestación de servicios de salud cuyo costo de cada servicio se cubra por el usuario, directamente o a través de un tercero, sin que se asuma el compromiso y la contingencia financiera derivados de no cubrir el costo de cada servicio que se preste, sino únicamente el costo en función de la probabilidad de llegar a prestarlo en caso de sobrevenir el acontecimiento futuro e incierto previsto por las partes.

* * *



Por lo tanto, no se considerará operación activa de seguros la comercialización de un servicio o conjunto de servicios de salud predeterminados y ciertos, cuyo costo total sea cubierto por el usuario en una o varias exhibiciones, antes, durante o después de prestado el servicio. Sin embargo, sí se considerará operación activa de seguros cuando la prestación de servicios de salud predeterminados y ciertos se ofrezca de manera conjunta con la prestación de servicios de salud supeditados a la realización de acontecimientos futuros e inciertos.

Con el fin de lograr una vigilancia integral de las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros encomienda la supervisión de las mismas a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud.

En efecto, la Secretaría de Salud está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud; asimismo para emitir los dictámenes (provisional, definitivo y anual) a través de los cuales se hará constar que la institución de seguros cuenta con los elementos necesarios para ofrecer estándares de calidad en materia de salud.

Junto con el dictamen provisional emitido por la Secretaría de Salud, se podrá solicitar a esta Secretaría la autorización para operar, como Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, debiendo agregar los documentos necesarios que garanticen la viabilidad financiera.

La fundamentación para la emisión de las presentes Reglas se encuentra en el artículo 7o. de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en donde se prevé que la operación y desarrollo del ramo de salud se sujetará a las disposiciones de carácter general que emita esta Secretaría, con la previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud, a lo cual se le ha dado cumplimiento; así como a los compromisos asumidos en el Protocolo de Entendimiento

...
REV. SACENSA



SECRETARÍA
DE
HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO

suscrito por esta Secretaría con los C.C. Senadores de la República, para establecer en las Reglas criterios generales de carácter médico, técnico y financiero, derivado de las inquietudes y comentarios formulados por diversos grupos de la sociedad ante la H. Cámara de Senadores.

También, al contenido de las presentes Reglas se le ha dado congruencia con uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, consistente en garantizar, en este caso, a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, al fijar una serie de requisitos de carácter médico con el fin de atender adecuadamente las demandas de los usuarios y se exige que los servicios médicos sean de alta calidad, a través de una adecuada integración en su infraestructura y equipamiento.

Para efectos de las presentes Reglas se entiende por Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), la o las instituciones autorizadas por esta Secretaría para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud, facultándolas a la venta de seguros privados o voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio.

En seguros, la práctica del ramo de salud presenta ciertas características distintas a las de los otros dos ramos de la operación de accidentes y enfermedades (accidentes personales y gastos médicos), por lo siguiente:

a).- Su origen no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de un accidente o enfermedad que afecte la salud del asegurado sino que parte del objetivo de mantener la salud de éste, mediante acciones tanto de prevención como de restauración;

...
•••



SECRETARÍA
DE
HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

- 5 -

b).- El objeto de los seguros privados o voluntarios en el ramo de salud, es prestar servicios mediante la administración y articulación de recursos tanto propios o directos, como contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos, a diferencia de los otros ramos cuyo propósito es el cubrir o reembolsar los gastos necesarios en que incurre el asegurado; y

c).- El ramo de salud contempla los servicios dirigidos a prevenir la salud de los asegurados mediante las acciones de fomento, a través de la detección temprana de enfermedades, por medio de pruebas con base en factores de riesgo epidemiológico, así como el seguimiento a la salud de los asegurados, particularmente en el caso de enfermedades crónicas, donde su control oportuno permita evitar el surgimiento de complicaciones posteriores; finalmente, y con objeto de facilitar la prestación de los servicios en el ramo de salud podrá encargarse a un profesional de la salud dar continuidad y coordinar las acciones de salud conjuntamente con otros prestadores que se requieren, siempre en beneficio del asegurado.

Las Reglas disponen que esta Secretaría será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos todo lo relacionado con las mismas, para lo cual podrá solicitar la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud, las que en ejercicio de sus facultades, podrán determinar la forma y términos en que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud deberán informarles y comprobarles todo lo concerniente a la práctica de estos seguros y se les faculta a establecer procedimientos de consulta con los diferentes participantes del mercado para contar con información que coadyuve a procurar un desarrollo equilibrado del sistema.

Como instituciones de seguros, el funcionamiento y operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud se regirá fundamentalmente por lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Ley sobre el Contrato de Seguro, así como en las presentes Reglas, las que en lo conducente, hacen referencia a la Ley General de Salud y a las Normas Oficiales Mexicanas en



SECRETARÍA
DE
HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

- 6 -

Salud, estas últimas las deberán observar las instituciones cuando presten sus servicios con recursos propios y cuando las realicen a través de contratos celebrados con terceros, éstos tendrán que cumplir con la Norma Oficial Mexicana aplicable.

Las Reglas en complemento a lo dispuesto por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, señalan la documentación y el plan de actividades necesarios que se deben presentar, junto con la solicitud de autorización, a esta Secretaría, para organizar y constituir una Institución de Seguros Especializadas en Salud, además se incluye un dictamen provisional expedido por la Secretaría de Salud para verificar que se cuenta con los elementos necesarios y criterios médicos suficientes para prestar directamente, a través de contratos con terceros, o una combinación de ambos, los servicios de salud que se deriven de los contratos de seguros respectivos.

Para dar inicio a sus operaciones, la institución deberá contar con un dictamen favorable de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como resultado de la visita de inspección que le practique para evaluar que cuenta con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, así como con la ratificación por parte de la Secretaría de Salud del nombramiento del Contralor Médico.

De conformidad con lo previsto en el artículo 29, fracción 1, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a las presentes Reglas, las ISES deberán contar con un capital mínimo pagado, cuyo monto expresado en UDIS, lo dará a conocer esta Secretaría durante el primer trimestre de cada año. En el Diario Oficial de la Federación del 3 de abril del año en curso se publicó el Acuerdo sobre el capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo, fijándose para la operación de accidentes y enfermedades en alguno o algunos de sus ramos 1'704,243 UDIS.

En el Acuerdo se prevé que el importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de

...



las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), podrá computarse en forma conjunta hasta el 60% del capital mínimo pagado. En el caso de la constitución de una nueva aseguradora en el ramo de salud el capital mínimo pagado deberá estar totalmente suscrito y pagado en la fecha en que esta Secretaría otorgue la autorización correspondiente.

Conforme a las Reglas los asegurados podrán acceder a planes de salud que comprendan servicios ofrecidos por redes médicas y hospitalarias, propias o contratadas, donde se dará seguimiento a su salud tanto en aspectos preventivos como curativos, con esquemas de referencia y contrarreferencia cuya oportunidad permitirá dar énfasis al mantenimiento de la salud.

Para este efecto, como ya se mencionó la participación de la Secretaría de Salud en la organización constitución y funcionamiento de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), será determinante. Esa Dependencia con base en lo establecido por los artículos 16, 105 y 106 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en las presentes Reglas, cuenta con amplias y exclusivas facultades para la supervisión en el aspecto médico a estas instituciones de seguros. Al respecto se destacan tres mecanismos por medio de los cuales la Secretaría de Salud realizará sus labores de supervisión y vigilancia sobre las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud, como son:

a).- La emisión de los dictámenes provisional, definitivo y anual para corroborar que las instituciones cumplen satisfactoriamente con los elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud que se deriven de los contratos de seguros y que constituyen requisitos indispensables para recibir y mantener la autorización para operar. A partir de que se reciba la autorización de la Secretaría, la institución de seguros de salud cuenta con tres meses para presentar el dictamen definitivo emitido por la Secretaría de Salud y posteriormente deberá presentar junto con sus estados financieros un dictamen anual expedido por la propia Secretaría de Salud a fin de que acredite que mantiene los elementos necesarios para otorgar los servicios de salud a sus asegurados.

...



Las Reglas señalan los criterios generales sobre los cuales las instituciones deberán cumplir satisfactoriamente en materia médica para poder obtener los dictámenes, para lo cual, además, la Secretaría de Salud establecerá, con base en estos criterios, los requisitos específicos mediante disposiciones de carácter general.

Para la obtención de los mencionados dictámenes se debe cumplir satisfactoriamente, entre otros elementos: que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros o la combinación de ambos, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a los usuarios a asegurar; que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios objeto de los contratos de seguros privados respectivos, garanticen una oferta adecuada en cuanto a su calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica; que se cuente con los mecanismos necesarios para comunicar a los asegurados de los cambios en la infraestructura con la que la institución cuenta para prestar sus servicios; que se cuente con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados; etc.

b).- La facultad de supervisar a las instituciones autorizadas para la práctica del ramo de salud, exclusivamente sobre los servicios y productos de salud materia de los contratos de seguros privados que celebren; y

c).- Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), con independencia del responsable del área médica, que tenga a su cargo las políticas y mecanismos de carácter médico, deberá contar con un Contralor Médico, nombrado por el consejo de administración, a cuyas sesiones deberá asistir participando, en todo caso, con voz pero sin voto, quien requerirá ser ratificado por la Secretaría de Salud a través de un Comité interno de la misma que analice su idoneidad.

Entre otras funciones el Contralor Médico tendrá la responsabilidad de supervisar el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que se cumpla adecuadamente con los



SECRETARÍA
DE
HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

requisitos de suficiencia, buen desempeño de los médicos y hospitales, calidad en la atención, utilización de los servicios, manejo de consultas y reclamaciones y el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en Salud.

Las Reglas garantizan la honorabilidad e independencia del Contralor Médico, así como los posibles conflictos de interés, incluyendo medidas estrictas como el no tener relación de parentesco o nexo patrimonial con la institución, ni con sus prestadores, por lo cual se debe hacer de su conocimiento los contratos previo a su celebración. De no llevar a cabo sus funciones apropiadamente el Contralor Médico puede ser sujeto a remoción o suspensión por parte de las autoridades.

El Contralor Médico permitirá a las instituciones prevenir y, en su caso, detectar y corregir oportunamente cualquier desviación que encuentre, mediante las recomendaciones que deberá formular a la administración de la institución y se le obliga a remitir a la Secretaría de Salud y a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas un reporte cuatrimestral relativo al cumplimiento de sus obligaciones y cuando detecte anomalías trascendentes, deberá emitir un reporte especial en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que las hubiere determinado.

En las Reglas se destacan como derechos de los pacientes, entre otros: acceso expedito a los servicios; un trato respetuoso tanto en los servicios, como a su privacidad; decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro; comunicación en todo momento con su familia; seguridad personal durante su atención tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias; a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que lo atienden y el responsable del equipo; a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas.

...



A los médicos se les exige que cuenten con cédula profesional a fin acreditar sus conocimientos técnicos, y en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener la otorgada por los mismos. A su vez, los hospitales deberán contar, además de las autorizaciones y permisos necesarios, con la certificación del Consejo de Salubridad General en reconocimiento a su calidad.

En virtud de que el proceso de certificación está sujeto a programas que actualmente se están instrumentando, se establece que la Secretaría de Salud a solicitud de la institución y en consideración a las circunstancias específicas, en cada caso, podrá otorgar un período de regularización entre seis meses y dos años.

Además, en beneficio de los asegurados las instituciones mantendrán en forma permanente la adecuada atención médica, mediante la instrumentación de los siguientes programas:

a).- El programa para el control de la utilización de los servicios médicos en el cual se deberán incluir mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos; y

b).- El programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención, el fomento a la enseñanza y la investigación médica y el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de las instituciones.

La Secretaría de Salud emitirá las disposiciones de carácter general bajo las cuales deberán apegarse las instituciones en la elaboración e instrumentación de dichos programas.

...



SECRETARIA
DE
HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Con la finalidad de que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud puedan hacer frente a las obligaciones futuras que surgirán, derivadas de los contratos de seguros de salud, deberán constituir, incrementar e invertir las reservas técnicas en los términos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de las disposiciones generales que derivan de la misma y de las presentes Reglas. Estas reservas incluyen la de riesgos en curso de pago para hacer frente a los eventuales riesgos de las pólizas en vigor; la de obligaciones pendientes de cumplir para cubrir los siniestros ocurridos pendientes de liquidación; y la de previsión para cubrir las posibles pérdidas por desviaciones estadísticas en su experiencia de siniestralidad.

Como parte de los recursos propios de las aseguradoras, el capital mínimo de garantía fortalece su patrimonio y su desarrollo a fin de que, de acuerdo con el volumen de sus operaciones, la tendencia siniestral, sus prácticas de reaseguro y de composición de inversiones, se mantengan de manera permanente en niveles suficientes para hacer frente a las variaciones adversas por lo que respecta al cumplimiento de las obligaciones que contraigan con los asegurados, reduciendo los posibles desequilibrios económico-financieros que se pudieran producir en su operación. De esta manera se preserva su viabilidad financiera y consolida su estabilidad y seguridad patrimonial.

La determinación del capital mínimo de garantía se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en las Reglas para el Capital Mínimo de Garantía de las Instituciones de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1999; por tal motivo la inversión de los activos computables a dicho capital se realizará como lo disponen las citadas Reglas.

Las instituciones contarán con un Comité de Inversiones, que deberá sesionar por lo menos una vez al mes y dejar constancia de la metodología aplicable para cerciorarse que se observen adecuados niveles de riesgo y en el caso de valores emitidos por empresas privadas, las

...



SECRETARÍA
DE
HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

- 12 -

instituciones sólo podrán adquirirlos cuando cuenten con la debida calificación de una institución calificadoradora de valores autorizada.

Por lo que hace a la entrega de información de las instituciones a las autoridades, las Reglas establecen, que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas fungirá como ventanilla única para su recepción, con la responsabilidad de comunicarla a la Secretaría de Salud para los efectos conducentes, particularmente como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a su cargo.

Para llevar a cabo su contabilidad y establecer la base de datos así como el sistema estadístico respectivo, las instituciones deberán sujetarse a lo dispuesto por las disposiciones administrativas que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, además, deberán presentar ante la propia Comisión las notas técnicas en que se sustenten cada una de sus coberturas, planes y primas así como los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de los servicios. Adicionalmente, deberán registrar los contratos de adhesión que ofrezcan al público en general en que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de seguros privados de salud.

La publicidad de las instituciones, se deberá expresar en forma clara y precisa a efecto de que no exista confusión entre el público usuario. Para ello, la publicidad se sujetará a las disposiciones administrativas que dicte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que, a su vez, tendrá las facultades para modificar o suspender la propaganda o publicidad.

Con objeto que el asegurado esté informado, de manera clara y precisa, sobre los alcances de su póliza, las instituciones deberán entregar, junto con ésta, un folleto explicativo que incluya una descripción del plan de seguros, los beneficios contratados, coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, periodos de espera, entre otros. Así mismo, deberá contener la forma para acceder a los servicios médicos, incluyendo todas las clínicas, hospitales y médicos empleados por la institución, detallando información de relevancia de cada uno de ellos.

...



Para hacer transparente la operación y comercialización de los contratos de seguros privados de salud y de precisar ciertas disposiciones a fin de otorgar una mayor protección al público usuario, las Reglas establecen una serie de requisitos que las instituciones deberán observar en la elaboración y suscripción de sus planes y contratos así como en la operación y comercialización de los mismos.

Con base en lo anterior, en la elaboración de planes las instituciones deberán procurar incorporar criterios de integralidad para que las coberturas ofrecidas contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, los cuales serán evaluados por la Secretaría de Salud, la que podrá hacer recomendaciones para que se cumpla el objetivo de atención integral del asegurado.

A fin de facilitar la libertad de elección del asegurado las Reglas disponen, la obligación de las instituciones de ofrecer, al menos, algunos planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos de la red que haya conformado, mediante el pago diferencial entre el tabulador de la institución y el costo del servicio que preste el médico. Estos planes serán, en todo momento, del conocimiento del público usuario ya que la institución deberá describirlos en el folleto explicativo de cualquier plan de seguros que se pretenda contratar.

El acceso oportuno a los servicios se refuerza mediante diversas disposiciones tales como el requerimiento de que las redes de servicios que conformen las instituciones tengan una distribución territorial congruente con los lugares donde se comercialicen y suscriban los contratos de seguros. Además, deberán de informar a los asegurados por escrito de los cambios que tuviera la red de infraestructura hospitalaria y, en el caso de que por razones de saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico el asegurado necesitara de servicios fuera de la red cuando se presenten urgencias médicas, la institución deberá reembolsar el costo en que haya incurrido.



SECRETARIA
DE
HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

En las presentes Reglas se establece con claridad para efectos del alcance de los contratos de seguros de salud cuando se considerará que un padecimiento es preexistente. Igualmente se señalan los términos bajo los cuales las instituciones estarán obligadas a cumplir con la prestación de los servicios, una vez que se haya terminado la vigencia del contrato, siempre y cuando la eventualidad se haya suscitado dentro de la vigencia del mismo.

Para tal fin se señala que en los contratos de seguros se dispondrá que la obligación de las instituciones a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud, a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato dentro de su vigencia, terminará: al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través de la alta médica; o al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes; o 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 contados a partir de la fecha en que concluya la vigencia del contrato.

Por otra parte, en protección de los propios asegurados se indica en las Reglas que las instituciones deben establecer en las pólizas si existe o no la renovación obligatoria y la edad máxima de renovación. En estos casos no se podrán utilizar criterios arbitrarios para la renovación de los planes que permitan la discriminación selectiva de asegurados.

Para las consultas y reclamaciones, el público tendrá a su disposición los mecanismos y facultades que dispone la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Con objeto de facilitar al usuario la realización de consultas o, en su caso, reclamaciones, las instituciones deberán detallar en el folleto que entreguen al asegurado, junto con la póliza, la política y mecanismo interno de las propias instituciones así como su manera de acceso.

...



Las infracciones a las presentes Reglas, se sancionarán en los términos previstos por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Por otra parte, en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se prevén como causales de revocación a la autorización, entre otras: si una institución de seguros autorizada en el ramo de salud, no presenta a esta Secretaría el dictamen definitivo, o si no presenta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas el dictamen anual; o si en cualquier momento esta Secretaría o la citada Comisión tienen conocimiento de que la institución no mantiene los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos de seguros correspondientes.

Como ya se indicó las empresas u organizaciones de medicina prepagada que por su actividad se ubican en el concepto de operación activa de seguros deberán constituirse en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud y, en el caso de aquellas aseguradoras que actualmente se encuentran autorizadas para operar el ramo de salud junto con otras operaciones y ramos de seguros, las Reglas especifican las acciones y los tiempos a fin de que se apeguen a los lineamientos operativos previstos en las presentes Reglas relacionados con la contabilidad de operaciones, reservas e inversiones, el sistema estadístico, tramitación de los registros de nota técnica y documentación contractual, solicitud de ratificación del Contralor Médico y tramitación del dictamen anual de la Secretaría de Salud, entre otros aspectos.

En el caso de usuarios que tengan contratados seguros de gastos médicos y que las instituciones de seguros propongan sustituirlos por contratos de seguros de salud, las Reglas establecen un proceso claro y transparente que garantice los intereses del asegurado, incluyendo la continuación de los derechos adquiridos como los relativos a la antigüedad y preexistencia.

...



SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

COMISION NACIONAL
DE SEGUROS Y FIANZAS

2001 ABR 16 AN 10-08

PRESIDENCIA

México, D.F., 11 de abril de 2001

CIRCULAR S-24.1.1

ASUNTO: Se da a conocer el Acuerdo que adiciona a las reglas transitorias de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

**A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS
AUTORIZADAS PARA OPERAR EL
RAMO DE SALUD.**

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante oficio número 366-IV-1167 de 30 de marzo pasado, solicitó a esta Comisión que por medio de Circular, y sin perjuicio de que en su momento se publique en el Diario Oficial de la Federación, se sirva hacer del conocimiento de esas instituciones el Acuerdo por el que esa Secretaría de conformidad con el artículo 6º, fracción XXXIV de su Reglamento Interior y después de escuchar la opinión de esta Comisión, con fundamento en los artículos 2º, 5º, 7º, 8º, fracción V, 33-B, 76 y 76-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros adiciona con un numeral 8 la Segunda Transitoria, así como una Sexta Transitoria a las Reglas para la Operación del Ramo de Salud; en los términos que a continuación se transcriben :

***ACUERDO POR EL QUE SE ADICIONA CON UN NUMERAL 8 LA SEGUNDA TRANSITORIA, ASÍ COMO CON UNA SEXTA TRANSITORIA A LAS REGLAS PARA LA OPERACIÓN DEL RAMO DE SALUD, PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 24 DE MAYO DEL 2000.**

***SEGUNDA TRANSITORIA.....**

***1. a 7.....**

***8. Las instituciones contarán con un plazo de hasta doce meses a partir del 30 de septiembre del 2000, para adecuar los contratos que las mismas hayan celebrado con terceros, para efectos de lo dispuesto en la Décima Sexta, Vigésima**

Segunda, Vigésima Sexta, Vigésima Novena, Quincuagésima Novena y Sexagésima Tercera de las presentes Reglas. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en la Tercera y Cuarta Transitorias de las presentes Reglas.

*Esas instituciones deberán presentar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas un programa de trabajo y cronograma, explicando la manera en que darán cumplimiento al párrafo anterior. Por su parte, el Contralor Médico de esas instituciones deberá reportar a la citada Comisión, en sus informes cuatrimestrales, el avance y cumplimiento de dicho programa y cronograma.

***SEXTA TRANSITORIA.-** Las empresas a las que se refiere el artículo Tercero Transitorio del Decreto por el que se reforma la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, contarán con un plazo de hasta nueve meses a partir de que hayan obtenido la autorización respectiva de esta Secretaría para operar como institución de seguros en el ramo de salud, para adecuar los contratos que estas empresas hayan celebrado con terceros, para los efectos de lo dispuesto en la Décima Sexta, Vigésima Segunda, Vigésima Sexta, Vigésima Novena, Quincuagésima Novena y Sexagésima Tercera de las presentes Reglas. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en la Tercera y Cuarta Transitorias de las presentes Reglas.

*Esas empresas en un plazo de diez días hábiles posteriores a la obtención de su autorización para operar como instituciones de seguros en el ramo de salud, deberán presentar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el programa de trabajo y cronograma explicando la manera en que darán cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo anterior. Asimismo, su Contralor Médico deberá reportar a la citada Comisión, en sus informes cuatrimestrales el avance y cumplimiento del programa de trabajo y cronograma citados.

* T R A N S I T O R I O S

***PRIMERO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

"SEGUNDO.- En términos del presente Acuerdo se adiciona con un numeral 8 la Segunda Transitoria, así como con una Sexta Transitoria a las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo del 2000.

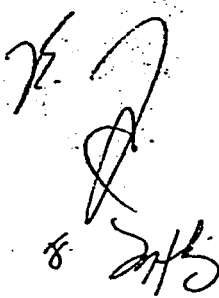
"TERCERO.- En relación con el numeral 8 de la Segunda Transitoria, la entrega del programa y cronograma referidos se deberá realizar en un plazo de diez días hábiles posteriores a la entrada en vigor de este Acuerdo."

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
EL PRESIDENTE



LIC. MANUEL S. AGUILERA VERDUZCO



Fuente:	DOF	Categoría:	Circular Seguros 24. Salud
Fecha:	26/09/2000	Fecha de publicación en DOF:	29/09/2000
Título:	CIRCULAR S-24.2, mediante la cual se comunica la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, y se da a conocer la forma y términos para su entrega a las Instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.		

CIRCULAR S-24.2, mediante la cual se comunica la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, y se da a conocer la forma y términos para su entrega a las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CIRCULAR S-24.2

Asunto: Se comunica la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, y se da a conocer la forma y términos para su entrega.

A las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.

Con el propósito de contar con la información estadística 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 y análisis de su evolución, y de conformidad con el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como con la Quincuagésima Octava, Quincuagésima Novena y Sexagésima de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, esta Comisión establece las siguientes disposiciones generales para precisar las definiciones de las variables que integran la base de datos estadística, así como la estructura del Sistema Estadístico, que deberán preservar las Instituciones de Seguros autorizadas para operar el Ramo de Salud.

PRIMERA.- La estructura del Sistema Estadístico es la siguiente:

I. Consideraciones Generales

El Sistema Estadístico del Seguro de Salud consiste en una base de datos que deberá integrarse con la información de los archivos de las Instituciones de Seguros autorizadas para operar el Ramo de Salud. La periodicidad de entrega de esta base de datos será anual.

Deberá reportarse la información de cada integrante de todas aquellas pólizas que hayan estado en vigor o que hayan tenido alguno de los estatus que se describen a continuación, del 1° de enero al 31 de diciembre del año que corresponda.

- **Expirada:** Es aquella póliza en la que su periodo de vigencia terminó y no se renovó.
- **Cancelada:** Es la póliza en la cual el derecho a los servicios del plan ha terminado por cualquier causa para todos los integrantes del grupo familiar.
- **Rehabilitada:** Es aquella póliza que venció en cualquier momento de su vigencia y que posteriormente fue puesta en vigor.

Para facilitar el manejo de las variables que componen la base de datos, se establecen a continuación las siguientes definiciones:

- **Contratante:** Se refiere a la persona física o moral que solicita la celebración de la póliza del plan de Salud para sí o para terceras personas y además se compromete a pagar las primas.
- **Titular del Seguro:** Es el asegurado principal del grupo familiar, es decir, la persona física por cuya previsión y cobertura se expide la póliza, en la cual aparece su nombre como asegurado principal.

- **Beneficiario:** Se refiere a cada uno de los dependientes del titular o a cada uno de los demás integrantes del grupo familiar que tendrán derecho a los beneficios del plan de salud y que aparecen especificados en cada una de las pólizas del seguro individual y en cada uno de los certificados de los seguros de grupo y colectivo.
- **Integrante del Grupo Familiar:** Se refiere tanto al titular como a cada uno de los beneficiarios en un plan de Salud.
- **Registro:** Es el renglón completo de la base de datos que se abre para cada integrante del grupo familiar y que contiene toda la información requerida.
- **Baja:** Se refiere a la salida de la póliza y pérdida de derecho a servicios del plan de Salud de cualquier integrante del grupo familiar.
- **Evento hospitalario:** Se refiere a la actividad realizada para la restauración de la salud, que involucra un internamiento o un evento ambulatorio.
- **Internamiento:** Se refiere al servicio que requiere el uso de una cama censable para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.
- **Evento ambulatorio:** Se refiere al servicio que requiere de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.
- **Monto:** Se refiere al monto monetario o importe pagado que se requirió para cubrir los gastos de atención que se especifiquen, ya sea mediante recursos propios o de terceros. Este monto deberá incluir el importe pagado por la Institución de Seguros y el importe correspondiente al copago o coaseguro. La suma del total de las variables de monto en la base estadística representa el monto total en atención médica o servicios de salud en que se incurrió en beneficio del integrante del grupo familiar. Por lo que los montos deberán ser reportados en una sola variable para evitar duplicidad en el registro.
- **Infección nosocomial:** Es la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en el periodo de incubación o en el momento de ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 horas hasta las 72 horas del ingreso del paciente al hospital, o en el periodo que hay evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento de base.
- **Consulta externa:** Se refiere a la atención médica que se imparte tanto en el consultorio, como en el domicilio del paciente, sin la utilización de cama hospitalaria. En las consultas externas se incluyen tanto las de primer contacto como las de especialidad. Cuando la consulta externa se derive de un padecimiento o enfermedad, estos términos se utilizarán indistintamente a lo largo de la presente Circular.
- **Consulta externa de primer contacto:** Se refiere a la atención que ejecuta el médico general, familiar, pediatra, ginecólogo o internista, siempre que la consulta no se realice por referencia de una consulta de primer contacto, que coordine las acciones de salud en beneficio del asegurado a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o a domicilio, con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos.
- **Consulta externa de especialidad:** Es la atención que imparten los médicos especialistas, con excepción de los definidos anteriormente, a pacientes ambulatorios, incluyendo los casos referidos por médicos en consultas de primer contacto.
- **Examen de laboratorio clínico:** Se refiere al análisis físico, químico y biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano e incluye servicios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa, cuyos resultados coadyuvan en el diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos.
- **Exámenes de imagenología:** Se refieren a exámenes auxiliares de diagnóstico, en los que se utilizan las siguientes técnicas: rayos X, ultrasonografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, espect y similares.
- **Estudios de gabinete:** Se refiere a los estudios de diagnóstico en los que se utilizan los siguientes procedimientos: electrocardiograma, audiología, espirometría, electroencefalograma, pruebas electrofisiológicas, medicina nuclear y similares.

Con relación a las variables correspondientes al número de consultas externas, tanto preventivas como de atención a padecimientos, se deberán reportar las consultas externas que hayan sido

pagadas en su totalidad en el año de reporte, incluyendo:

- Las consultas externas a las que el integrante del grupo familiar haya acudido en el año de reporte que sean de conocimiento de la Institución de Seguros.
- Las consultas externas a las que el integrante del grupo familiar haya acudido en ejercicios anteriores, de las cuales la Institución de Seguros tuvo conocimiento en el año de reporte.

Para las variables correspondientes al número de exámenes de laboratorio clínico e imagenología y de estudios de gabinete, relacionados a consultas externas tanto preventivas como de atención a padecimientos, se deberán reportar aquéllos que hayan sido pagados en su totalidad en el año de reporte, incluyendo:

- Los exámenes de laboratorio clínico e imagenología y estudios de gabinete practicados al integrante del grupo familiar en el año de reporte que sean de conocimiento de la Institución de Seguros.
- Los exámenes de laboratorio clínico e imagenología y estudios de gabinete practicados al integrante del grupo familiar en ejercicios anteriores, de los cuales la Institución de Seguros tuvo conocimiento en el año de reporte.

II. Lista de Variables

En esta lista se resumen las principales características de cada uno de los campos que conforman la base de datos del Sistema Estadístico del Seguro de Salud. Se identifica el nombre de cada campo, el tipo de cada campo (si es numérico -N- o alfanumérico -A-), el valor que puede tomar dicha variable, la longitud del campo, la posición inicial y final que guardan en la base y el catálogo correspondiente.

El manejo de las variables contenidas en la base de datos deberá ajustarse a los siguientes criterios:

- Las variables de tipo alfanumérico deberán aparecer justificadas hacia la izquierda en cada campo de la base de datos.
- Cuando la longitud de un campo alfanumérico sea superior a la requerida por el dato que se captura, los espacios de la derecha restantes deberán ser llenados con espacios en blanco, excepto en aquellas variables donde se dé alguna otra especificación.
- Los ceros contenidos en las claves de los catálogos no deberán omitirse.
- Las variables de tipo numérico deberán aparecer justificadas hacia la derecha. Los espacios de la izquierda restantes, serán llenados con ceros.
- Todos los importes deberán reportarse en pesos.
- Cuando se trate de cantidades en pesos, deberá especificarse si se trata de una cifra positiva o negativa, capturando en la última posición de la derecha del campo correspondiente, un 0 o un 1, respectivamente.

Dichas cantidades deberán reportarse sin punto decimal, para lo cual, la cifra que se desea reportar se multiplicará por 100.

Ejemplo:

Si se quiere reportar la cantidad -2526.18 en un campo numérico de longitud 10, esta cifra deberá aparecer como 0002526181

LISTA DE VARIABLES

CAMPOS	NOMBRE	TIPO	VALOR	LONGITU D	POSI NIC
--------	--------	------	-------	--------------	-------------



SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

México, D.F., 12 de marzo de 2001

CIRCULAR S-24.2.1

ASUNTO: Se comunica modificación a la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud.

COMISIÓN NACIONAL
DE SEGUROS Y FIANZAS

2001 MAR 14 AM 9:18

PRESIDENCIA

A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS
AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO DE
SALUD.

Con fundamento en el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y en la Quincuagésima Octava, Quincuagésima Novena y Sexagésima de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, esta Comisión mediante la emisión de la Circular S-24.2 del 26 de septiembre de 2000, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año, comunicó la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud y dio a conocer la forma y términos para su entrega, con el propósito de contar con la información estadística 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 y el análisis de su evolución.

Debido a la necesidad de modificar la longitud de algunos campos que integran la base estadística del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, es indispensable actualizar la información descrita en el párrafo anterior, por lo que se modifica la Disposición Primera de la Circular S-24.2, en lo que respecta a los puntos: II. Lista de Variables y III. Definición de Variables.

Las modificaciones efectuadas en el punto II. Lista de Variables se presentan en los apartados Datos Generales y Eventos Hospitalarios. En el apartado de Datos Generales, las modificaciones consisten en incrementar las longitudes de los campos C003 y C005, de 10 a 12 caracteres, debido a que estos campos se deberán llenar de acuerdo al algoritmo del identificador único que dará a conocer esta Comisión, el cual tiene una longitud de 12 caracteres. Por otra parte, en el apartado de Eventos Hospitalarios se incrementan las longitudes de los campos C026, C037 y C048, de 12 a 15 caracteres, para efectos de utilizar el catálogo que dará a conocer esta Comisión. Por lo anterior, las posiciones iniciales y finales de la Lista de Variables se modifican.

Con relación a las modificaciones efectuadas en el punto III. Definición de Variables respecto al apartado de Eventos Hospitalarios, se actualizan las definiciones de los campos C026, C037 y C048, de acuerdo a los incrementos en las longitudes de estos campos.

F. Rivas

[Firma manuscrita]

Adjunto a la presente se encuentran las modificaciones realizadas a la Circular S-24.2.

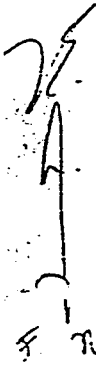
La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
EL PRESIDENTE



LIC. MANUEL S. AGUILERA VERDUZCO



ANEXOS



II. Lista de Variables

LISTA DE VARIABLES							
CAMPOS	NOMBRE	TIPO	VALOR	LONGITUD	POSICION INICIAL	POSICION FINAL	No. DE CATALOGO
DATOS GENERALES							
C001	NUMERO DE COMPANIA	N	9999	4	1	4	
C002	FECHA DE REPORTE	N	AAAAAMDD	8	5	12	
C003	IDENTIFICADOR UNICO TITULAR	A	XXXXXXXXXXXX	12	13	24	
C004	DESCRIPCION DEL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR	A	XX	2	25	26	1
C005	IDENTIFICADOR UNICO BENEFICIARIOS	A	XXXXXXXXXXXX	12	27	38	
C006	FECHA DE NACIMIENTO	N	AAAAAMDD	8	39	46	
C007	SEXO	A	X	1	47	47	
C008	LUGAR DE RESIDENCIA	A	XXXXX	5	48	52	CIT INEGL
C009	ESTADO CIVIL	A	X	1	53	53	2
C010	NACIONALIDAD	A	X	1	54	54	3
C011	ACTIVIDAD ECONOMICA	A	XXXX	4	55	58	4
C012	NUMERO DE POLIZA	A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	18	59	74	
C013	ESTATUS DE LA POLIZA	A	X	1	75	75	5
C014	TIPO DE SEGURO	A	X	1	76	76	6
C015	FECHA INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA	N	AAAAAMDD	8	77	84	6
C016	ANTIGUEDAD	N	99	2	85	86	
C017	FECHA DE LA BAJA	N	AAAAAMDD	8	87	94	
C018	CAUSA DE MUERTE	A	XXXX	4	95	98	
C019	FECHA DE MUERTE	N	AAAAAMDD	8	99	106	
C020	PRIMA EMITIDA	N	9999999999999999	17	107	123	
C021	LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD	N	9999999999999999	17	124	140	
EVENTOS HOSPITALARIOS							
C022	TIPO DE EVENTO HOSPITALARIO 1	A	X	1	141	141	7
C023	FECHA DE INGRESO EVENTO HOSPITALARIO 1	N	AAAAAMDD	8	142	149	
C024	PROCEDENCIA DE INGRESO EVENTO HOSPITALARIO 1	A	X	1	150	150	8
C025	DIAGNOSTICOS DE EGRESO EVENTO HOSPITALARIO 1	A	XXXXXXXXXXXX	12	151	162	
C026	PROCEDIMIENTOS EVENTO HOSPITALARIO 1	A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	15	163	177	
C027	MOTIVO DE EGRESO EVENTO HOSPITALARIO 1	A	X	1	178	178	9
C028	MONTO DE HOSPITALIZACION EVENTO HOSPITALARIO 1	N	9999999999999999	17	179	195	
C029	MONTO DE HONORARIOS MEDICOS EVENTO HOSPITALARIO 1	N	9999999999999999	17	196	212	
C030	DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA EVENTO 1	N	999	3	213	215	
C031	NUMERO DE HOSPITAL O CENTRO AMBULATORIO EVENTO HOSPITALARIO 1	A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	15	216	230	DUMEF
C032	CASO DE INFECCION NOSOCOMIAL EVENTO HOSPITALARIO 1	A	XXXX	4	231	234	
C033	TIPO DE EVENTO HOSPITALARIO 2	A	X	1	235	235	7
C034	FECHA DE INGRESO EVENTO HOSPITALARIO 2	N	AAAAAMDD	8	236	243	
C035	PROCEDENCIA DE INGRESO EVENTO HOSPITALARIO 2	A	X	1	244	244	8
C036	DIAGNOSTICOS DE EGRESO DE EVENTO HOSPITALARIO 2	A	XXXXXXXXXXXX	12	245	256	
C037	PROCEDIMIENTOS EVENTO HOSPITALARIO 2	A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	15	257	271	
C038	MOTIVO DE EGRESO EVENTO HOSPITALARIO 2	A	X	1	272	272	9
C039	MONTO DE HOSPITALIZACION EVENTO HOSPITALARIO 2	N	9999999999999999	17	273	289	
C040	MONTO DE HONORARIOS MEDICOS EVENTO HOSPITALARIO 2	N	9999999999999999	17	290	306	
C041	DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA EVENTO 2	N	999	3	307	309	
C042	NUMERO DE HOSPITAL O CENTRO AMBULATORIO EVENTO HOSPITALARIO 2	A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	15	310	324	DUMEF
C043	CASO DE INFECCION NOSOCOMIAL EVENTO HOSPITALARIO 2	A	XXXX	4	325	328	



SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

México, D.F., 26 de septiembre de 2000.

CIRCULAR S-24.3

COMISIÓN NACIONAL
DE SEGUROS Y FIANZAS

2000 SEP 28 AM 9:32

PRESIDENCIA

ASUNTO: FORMATOS DE VALUACIÓN DE RESERVAS TÉCNICAS.- Se da a conocer a las instituciones de seguros especializadas en Salud, la forma y términos en que deberán presentar la valuación de sus reservas técnicas.

A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES)

Con fundamento en el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con lo establecido en la Trigésima Tercera de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, esta Comisión emite las siguientes disposiciones a efecto de hacer del conocimiento de esas instituciones, la forma y términos en que deberán presentar a esta Comisión la información relativa a la valuación de las reservas técnicas del ramo de Salud, así como la correspondiente al ramo de Gastos Médicos, en caso de haber sido autorizadas para practicar de manera adicional dicho ramo, de acuerdo a lo establecido por el artículo 7º de la citada Ley.

PRIMERA.- Esas instituciones, de conformidad con la Trigésima Cuarta de las Reglas mencionadas, dentro de los primeros 20 días naturales siguientes al cierre de cada trimestre y dentro de los 30 días naturales posteriores al cierre del ejercicio, deberán presentar a esta Comisión en dos tantos en forma impresa y en archivo magnético, un resumen de los resultados de la valuación de las reservas técnicas de la cartera de pólizas en vigor al cierre del trimestre en cuestión, correspondientes a las operaciones del ramo de Salud y, en su caso, a las de Gastos Médicos, conforme a los formatos que se anexan a la presente Circular.

En el caso de que el último día de entrega de esta información sea inhábil, el plazo para la entrega será el día hábil inmediato siguiente.

RR
MBC

SEGUNDA. - La entrega de la información deberá incluir una carta de presentación en original y copia, que contenga lo siguiente:

- a) Membrete oficial de la institución de que se trate.
- b) Domicilio para oír y recibir notificaciones: calle, número, colonia, código postal.
- c) Firma de visto bueno del encargado, responsable o director del área técnica de la compañía.
- d) Teléfono y fax del responsable de la valuación.

La información que sea entregada en medio magnético deberá presentarse en hoja electrónica de cálculo de Excel versión 97 o inferior, ordenada conforme a los formatos anexos a la presente Circular, identificando el nombre del archivo con el nombre de la compañía.

TERCERA. - La valuación de las reservas técnicas al cierre del trimestre de que se trate, deberá presentarse en moneda nacional, mostrando las cifras en pesos.

CUARTA. - De conformidad con la Trigésima Segunda de las Reglas señaladas, la valuación de las reservas técnicas deberá contener el nombre y firma del actuario responsable, así como el número de su cédula profesional que lo acredite como actuario o equivalente en 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. El actuario deberá certificar en los formatos que se anexan a la presente Circular, que la valuación se realizó de acuerdo a los procedimientos técnicos y disposiciones legales vigentes.

QUINTA. - Esas instituciones deberán mantener el detalle de la valuación de las reservas de sus planes en vigor en medios de fácil acceso, tanto impresos como magnéticos, de manera que permitan la verificación y validación de las reservas técnicas, cuando a juicio de esta Comisión resulte necesario.

En el caso específico del detalle de la valuación de la reserva de riesgos en curso, se deberá contar, para cada una de las pólizas en vigor de la cartera, al menos con la siguiente información:

- a) **Número de póliza:** De acuerdo a los controles de la compañía.
- b) **Ramo:** Especificar si se trata del ramo de Salud o, en su caso, de Gastos Médicos.
- c) **Endosos:** Se identificarán los endosos que correspondan a cada póliza, en su caso.
- d) **Fecha de inicio de vigencia:** Se identificará la fecha en que entró en vigor la póliza y, en su caso, sus endosos.

- e) **Fecha de término de vigencia:** Corresponderá a la fecha en que vencerá la vigencia de la póliza y, en su caso, los endosos.
- f) **Prima de tarifa** Se identificará el monto de la prima de tarifa correspondiente a la póliza y, en su caso, a los endosos en cuestión.
- g) **Porcentaje de Costo de Adquisición:** Se identificará el porcentaje de costo de adquisición que se haya aplicado para efectos de la valuación de la reserva, conforme a las normas vigentes.
- h) **Porcentaje de Prima cedida:** Se identificará el porcentaje que represente la prima cedida de la prima total, para efectos de determinar la reserva de riesgos en curso a retención de la institución.
- i) **Reserva de riesgos en curso:** Corresponderá al monto de la reserva de retención constituida por la póliza en cuestión.

SEXTA.- El llenado de los formatos denominados "Anexos", deberá hacerse conforme al siguiente instructivo, el cual tiene como finalidad definir los diferentes conceptos que se consideran en los formatos de reporte de la valuación de las reservas técnicas, los cuales constituyen la información mínima necesaria que para efectos de inspección y vigilancia requiere esta Comisión.

Para tal efecto, en cada formato deberá incluirse el nombre, firma y número de cédula profesional del actuario responsable de la valuación de la reserva de que se trate, conforme a lo establecido en la disposición Cuarta de la presente Circular.

La abreviatura "CVAES" indica "Anexos al cuaderno de valuación de reservas técnicas para las instituciones de seguros especializadas en Salud".

ANEXO CVAES-01: Resumen de la Reserva de Riesgos en Curso

En este formato se debe reportar el resumen de los resultados de la valuación de la reserva de riesgos en curso a retención del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos, de conformidad con las siguientes definiciones:

- a) **Reserva de retención del seguro directo:** se refiere a las reservas de riesgos en curso del seguro directo, descontadas de la reserva de riesgos en curso cedida en reaseguro.
- b) **Reserva de retención del reaseguro tomado:** se refiere a las reservas de riesgos en curso del reaseguro tomado, descontadas de la reserva de riesgos en curso cedida en reaseguro.

Para tal efecto, se entenderá por reserva de riesgos en curso cedida en reaseguro, a la porción de la reserva de riesgos en curso del seguro directo o del reaseguro tomado cedida a los reaseguradores, conforme a las disposiciones legales vigentes.

SR
MRS

MRS

- c) Reserva de riesgos en curso de retención total: se refiere a la reserva de riesgos en curso retenida tanto del seguro directo como del reaseguro tomado, por lo que corresponde a la suma de los incisos a) y b) anteriores.
- d) Número de pólizas en vigor: Se refiere al número de pólizas vigentes a la fecha de la valuación que corresponda.

Los datos anteriores, deberán desglosarse para las pólizas con vigencia menor o igual a un año y para las pólizas con vigencia multianual.

ANEXO CVAES-02: Información adicional de la Reserva de riesgos en curso

- a) Reserva de riesgos en curso en moneda nacional: se refiere a la reserva de riesgos en curso de retención tanto del seguro directo como del reaseguro tomado, correspondiente a planes contratados en moneda nacional.
- b) Reserva de riesgos en curso en moneda extranjera: se refiere a la reserva de riesgos en curso de retención tanto del seguro directo como del reaseguro tomado, correspondiente a planes contratados en moneda extranjera.
- c) Reserva de riesgos en curso de planes indexados: se refiere a la reserva de riesgos en curso de retención tanto del seguro directo como del reaseguro tomado, correspondiente a planes indexados a índices inflacionarios o unidades monetarias que se actualizan con la inflación.
- d) Deudor por prima: se refiere al monto de las primas totales pendientes de cobro de pólizas en vigor al momento de la valuación y que se encuentren dentro del plazo de 45 días posteriores al inicio de vigencia de dichas pólizas.
- e) Porcentaje de costo de adquisición: se refiere al porcentaje de costo de adquisición aplicado por la institución para la valuación de la reserva de riesgos en curso de acuerdo a la normatividad vigente. En caso de haber aplicado el costo de adquisición realmente pagado por póliza y endoso, indicarlo así al pie del anexo.

ANEXO CVAES-03: Resumen de la Reserva de Previsión

En este formato se debe reportar el resumen de los resultados de la valuación de la reserva de previsión del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos, al cierre del trimestre de que se trate. Los conceptos incluidos en este formato corresponden a los que establecen las Reglas para la Constitución e Incremento de la Reserva de Previsión de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 4 de julio de 1997.

22/7/97

[Handwritten signature]

ANEXO CVAES-04: Resumen de la Reserva para obligaciones pendientes de cumplir.

En este formato se debe reportar el resumen de los resultados de la valuación de los diferentes conceptos que integran esta reserva, para el ramo de Salud y, en su caso, para Gastos Médicos, sin considerar las reservas para siniestros ocurridos y no reportados (SONR) y de gastos de ajuste asignados al siniestro (GAAS).

- a) Siniestros pendientes de pago: se refiere al importe de los siniestros que se encuentran en trámite de pago.
- b) Reserva de dividendos: se refiere a la provisión constituida para el pago de dividendos sobre pólizas, de acuerdo a los procedimientos que para tal efecto se hayan establecido en las notas técnicas correspondientes.
- c) Dividendos por pagar: se refiere al importe de los dividendos vencidos pendientes de pago.

ANEXO CVAES-05: Resumen de la Reserva por siniestros ocurridos y no reportados y gastos de ajuste asignados al siniestro.

En este formato se debe reportar el resumen de los resultados de la valuación de la reserva por siniestros ocurridos y no reportados (SONR) y gastos de ajuste asignados al siniestro (GAAS), del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos, de acuerdo a las siguientes definiciones.

- a) SONR de retención: se refiere al monto de la reserva por siniestros ocurridos y no reportados que haya resultado de la valuación, de conformidad con la nota técnica que para tal efecto tenga registrada la institución de que se trate, descontada de la parte cedida en reaseguro.
- b) Participación por reaseguro cedido en la SONR: se refiere a la porción de la reserva por siniestros ocurridos y no reportados cedida a los reaseguradores, conforme a las disposiciones legales vigentes y retenida por la institución de seguros.
- c) Reserva total SONR: se refiere al monto total constituido por concepto de la reserva por siniestros ocurridos y no reportados al cierre del trimestre de que se trate.
- d) GAAS de retención: se refiere al monto de la reserva por gastos de ajuste asignados al siniestro que haya resultado de la valuación, de conformidad con la nota técnica que para tal efecto tenga registrada la institución de que se trate, descontada de la parte cedida en reaseguro.
- e) Participación por reaseguro cedido en GAAS: se refiere a la porción de la reserva por gastos de ajuste asignados al siniestro, cedida a los reaseguradores, conforme a las disposiciones legales vigentes y retenida por la institución de seguros.

- f) Reserva total GAAS: se refiere al monto total constituido por concepto de la reserva por gastos de ajuste asignados al siniestro al cierre del trimestre de que se trate.

Si de conformidad con la Circular S-10.6.3 del 24 de noviembre de 1998 emitida por esta Comisión, la institución efectuó la valuación de estas reservas para el ramo de Salud utilizando la información conjunta de los planes de tipo Individual, Grupo y Colectivo, por no contar con la estadística suficiente para realizar dichos cálculos por cada uno de estos tipos de planes en forma independiente, únicamente deberá llenar el renglón denominado "Salud".

Cabe señalar que este formato es únicamente un resumen general, por lo que no excluye a esas instituciones de entregar a esta Comisión la valuación de las reservas en cuestión, entendiéndose por valuación el detalle de los diversos cálculos que efectúe la institución, con el objeto de determinar el monto de las citadas reservas. Lo anterior, de conformidad con la Séptima y la Décima Tercera de las Reglas para la Constitución y Valuación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir por Siniestros Ocurredos y No Reportados y de la Reserva de Gastos de Ajuste Asignados al Siniestro de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1998 y dadas a conocer por esta Comisión a través de la Circular S-10.6 del 19 de octubre de 1998.

SEPTIMA.- La presentación a esta Comisión de información incompleta o errónea dará lugar a la devolución de la documentación, la cual se considerará como no presentada para los efectos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

OCTAVA.- Las instituciones de seguros especializadas en Salud sólo deberán presentar los anexos a que se refiere la presente Circular, por lo que deberán omitir la entrega de los anexos que se establecieron para la operación de Accidentes y Enfermedades en la Circular S-10.1.1 del 16 de diciembre de 1998 sobre la reserva de riesgos en curso, así como del anexo para la reserva por siniestros ocurridos y no reportados y gastos de ajuste asignados al siniestro, establecido en la Circular S-10.6.4 del 16 de julio de 1999, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de agosto de 1999.

TRANSITORIAS

PRIMERA.- La presente Circular entrará en vigor a partir del día siguiente a su publicación en el Diario Oficial de la Federación y será aplicable para la entrega de la valuación de reservas técnicas a partir del cuarto trimestre del 2000.

SEGUNDA - Los anexos y archivos magnéticos referentes a la valuación de las reservas técnicas de las instituciones de seguros especializadas en el ramo de Salud a los que se refiere la presente Circular, deberán entregarse en la Dirección de Vigilancia del Seguro de Pensiones, sita en Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre Norte, 1er. Piso, Colonia Guadalupe Inn o, en su caso, en la unidad administrativa que en su oportunidad determine el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la Ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

**ATENTAMENTE,
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
EL PRESIDENTE**


LIC. MANUEL S. AGUILERA VERDUZCO


ANEXOS



COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

ANEXO CVAES-01

VALUACION DE LA RESERVA DE RIESGOS EN CURSO DE LA INSTITUCION DE SEGUROS ESPECIALIZADA EN SALUD

INSTITUCION:
TRIMESTRE:

	Reserva de retención		Reserva de Riesgos en	Número de Pólizas
			Curso de Retención Total	en vigor
	Seguro Directo	Reaseguro Tomado		
SALUD				
Individual				
Hasta 1 año				
Multianuales				
Grupo				
Hasta 1 año				
Multianuales				
Colectivo				
Hasta 1 año				
Multianuales				
GASTOS HOSPITALARIOS				
Individual				
Hasta 1 año				
Multianuales				
Grupo				
Hasta 1 año				
Multianuales				
Colectivo				
Hasta 1 año				
Multianuales				
TOTAL				

FIRMA _____
NOMBRE _____
CEDULA _____



SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

México, D.F., 2 de agosto de 2001

CIRCULAR S-24.4 /

ASUNTO: Se dan a conocer los requisitos que deberán cumplir para su certificación las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de Salud.

COMISIÓN NACIONAL
DE SEGUROS Y FIANZAS

2001 AGO -6 AM 9:35

PRESIDENCIA

**A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS
AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO DE SALUD**

Esta Comisión, con fundamento en los artículos 106, 107 y 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como en la Décima de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, ha resuelto emitir las presentes disposiciones de carácter administrativo, con la finalidad de dar a conocer los requisitos que deberán cumplir esas instituciones para que este Organismo emita el dictamen favorable para el inicio de sus operaciones.

DE LA ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Las instituciones de seguros autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el ramo de Salud, deberán acreditar a esta Comisión durante la visita de Inspección con la documentación y soportes respectivos, lo siguiente:

PRIMERA.- Que cuentan con la estructura organizacional señalada en la solicitud de autorización presentada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, considerando la descripción de puestos que precisen las responsabilidades en el proceso de operación del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.

SEGUNDA.- Las acciones tomadas para constituir el Comité de Inversiones al que se refiere la Quincuagésima Primera de las Reglas mencionadas, debiendo remitir a esta Comisión, en su oportunidad, copia del acta de designación respectiva.

TERCERA.- Que cuentan con la ratificación del Contralor Médico por parte de la Secretaría de Salud, de conformidad con la Décima Novena de las Reglas citadas.

CUARTA.- Que tienen previsto el espacio físico, así como la política y procedimientos de contratación, capacitación y actualización del personal y de los agentes, necesarios para el inicio de operaciones.

[Handwritten signatures]

[Handwritten mark]

QUINTA.- Que cuentan con redes de servicios con una distribución territorial congruente con los lugares donde se comercialicen y suscriban los seguros de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.

SEXTA.- Que tienen establecido un mecanismo para la atención de quejas de los asegurados.

SÉPTIMA.- Que cuentan con infraestructura propia o contratada para prestar los servicios relacionados con los contratos de seguros que celebre la institución, así como procedimientos precisos y claros para que los asegurados tengan acceso oportuno a dichos servicios.

OCTAVA.- Que cuentan con un mecanismo o modalidad para respaldar la responsabilidad civil que la institución pudiera llegar a incurrir en el desempeño de sus actividades.

DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS

NOVENA.- Esas instituciones deberán comprobar a esta Comisión durante la visita de inspección lo siguiente:

1. Sistemas estadísticos

- a) Que el sistema permite el registro, control y elaboración de reportes estadísticos relativos a los seguros de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.
- b) Que el sistema genera y almacena reportes estadísticos, así como la información que se enviará para la base de datos estadísticos, conforme a los requerimientos establecidos por esta Comisión.
- c) Que cuentan con controles que centralicen la información estadística y sea posible generar el archivo de texto que requiere esta Comisión.

2. Sistemas de emisión de pólizas y endosos

- a) Que existe un mecanismo de selección de riesgos.
- b) Que cuentan con modelos de solicitudes, consentimientos, cuestionarios médicos, pólizas, endosos, así como del folleto explicativo al que se refiere la Cuadragésima Quinta de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.
- c) Que el sistema permite la emisión de pólizas y endosos, considerando la venta directa o a través de agentes. Dicho sistema debe incluir procedimientos de control para la entrega oportuna de estos documentos a los asegurados.

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signatures]

[Handwritten mark]

3. Sistemas contables y financieros

- a) Que el sistema de contabilidad permita el registro de todas las operaciones realizadas por la institución en los términos de los artículos 101 y 102 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como de las disposiciones administrativas contenidas en las Circulares S-16.1 y S-17.1 vigentes, relativas al Catálogo de Cuentas Unificado y a los libros, registros y auxiliares de contabilidad obligatorios, respectivamente.
- b) Procedimiento de asignación de costos y gastos indirectos relativos a la operación del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos, de conformidad con las disposiciones de la Circular S-18.1 vigente.
- c) Que el sistema de contabilidad permita la elaboración de los Estados Financieros en los términos de la Circular S-18.2 vigente, así como la elaboración de los distintos reportes e información financiera que solicita esta Comisión periódicamente.
- d) Procedimiento para la administración, control y registro contable de los siniestros ocurridos para el ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.

4. Sistema de agentes

Que cuenta con un sistema que permita controlar el pago de comisiones a sus agentes.

5. Sistemas de Reservas técnicas

Los sistemas de valuación de reservas técnicas del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos, deberán contener las circunstancias técnicas e información establecida en las disposiciones legales vigentes para la valuación, constitución y reporte de las siguientes reservas:

- a) Reserva de riesgos en curso
- b) Reservas para obligaciones pendientes de cumplir, incluyendo la reserva por siniestros ocurridos y no reportados, así como la reserva para gastos de ajuste asignados al siniestro.
- c) Reserva de previsión

Asimismo, se deberá acreditar que la institución cuenta con actuario responsable de la certificación de la valuación de reservas técnicas.

6. Sistema de reaseguro

Para aquellas instituciones que tengan prevista la realización de operaciones de reaseguro, conforme a lo señalado en sus correspondientes solicitudes de autorización, el sistema deberá considerar por lo menos lo siguiente:

- a) Registro y control de las operaciones de reaseguro por contratos automáticos y facultativos.
- b) El registro y control de las cesiones y aceptaciones de reaseguro facultativo, debe incluir cuando menos, la siguiente información: número de póliza, asegurado, ramo, vigencia, suma asegurada, prima cedida y costo pagado al reasegurador, en su caso forma de intermediación, fecha de colocación y confirmación, nombre y participación del reasegurador.
- c) Control y registro de pagos de la cedente y recuperaciones a cargo de los reaseguradores, que deberán realizarse bajo las condiciones establecidas en los contratos de reaseguro o en las negociaciones facultativas.
- d) Mecanismos de control de la documentación soporte de las operaciones de reaseguro cedido, que debe incluir las ofertas de reaseguro, confirmaciones de los reaseguradores y/o intermediarios de reaseguro, los contratos de reaseguro, las notas de cobertura y los slips, entre otros.

En el caso de aquellas instituciones cuyo origen se deriva de una institución de seguros que se encontraba en alguno de los supuestos previstos por la Transitoria Segunda de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, dadas a conocer mediante Circular S-24.1 de fecha 16 de mayo de 2000, además de observar lo señalado en los incisos anteriores, deberán comprobar el cumplimiento, en su caso, de la separación contable de la operación de reaseguro que tengan vigente y señalar si contarán con operaciones de reaseguro propias para la ISES o bien forma de administración de contratos conjuntos.

7. Sistema de proveedores de servicios

Que cuenta con un catálogo de prestadores de servicios con los cuales tenga convenio, acorde a los productos que pretenda operar. Asimismo, que cuenta con procedimientos claros y eficaces para el pago de reclamaciones, es decir, para el pago a terceros por los servicios médicos prestados.

DECIMA.- En la visita de inspección se comprobará que cuentan con equipo de cómputo, sistemas automatizados, procedimientos operativos de control, consulta, resguardo, organización y mantenimiento de la información, así como personal capacitado para poder operar los sistemas relativos a la operación de los seguros de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos. Para lo anterior, esas instituciones deberán remitir a esta Comisión, por escrito y de manera previa a la visita de inspección, la documentación soporte de los puntos que se mencionan a continuación, en el entendido de que si parte de esta información fue remitida para efectos de su autorización ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o a esta Comisión, deberán indicar este hecho y enviar, en su caso, la información actualizada:

1. Desarrollo de sistemas propios o adquiridos.

Para los sistemas señalados en la disposición anterior, deberán remitir una breve descripción del sistema, que considere los módulos que lo integran, tipo de soporte y diagramas de flujo a primer nivel.

2. Seguridad de la información de los sistemas

Deberán remitir una breve descripción de las normas y procedimientos de seguridad de la información previstos para los sistemas señalados en la disposición anterior, así como de los procesos que atenderá directamente la institución y los que, en su caso, serán a través de terceros.

3. Soporte técnico, operativo y de respaldo

Deberán remitir una breve descripción de las normas y procedimientos para el soporte a los sistemas señalados en la disposición anterior, indicando las políticas de respaldo y proporcionando copia de los contratos de mantenimiento de equipo de cómputo, comunicaciones y software.

4. Equipos

Deberán remitir una breve evaluación de la capacidad de sus equipos para la operación de los sistemas señalados en la disposición anterior. Dicha descripción deberá contener, cuando menos, los siguientes elementos:

- a) Justificación de que la institución cuenta con los equipos de cómputo suficientes para atender las estimaciones de operación.
- b) Equipo de cómputo y comunicaciones a nivel central y en sucursales:
 - i. Número de equipos asignados al proyecto.
 - ii. Equipos compartidos con otros procesos y porcentaje de infraestructura asignado a la operación de la institución, o bien, impacto de crecimiento.
 - iii. Características técnicas.
 - iv. Crecimiento estimado (en los próximos cinco años).
- c) Equipos de Seguridad para garantizar la continua operación, describiendo los procedimientos contingentes para restablecer la operación de los equipos en caso de interrupción de la energía, falla de las comunicaciones o de los equipos, etc.

DECIMA PRIMERA.- La visita de inspección a que se refiere la Décima de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, será practicada a la institución de seguros especializada en salud a partir de que manifieste por escrito a esta Comisión estar en condiciones de acreditar los puntos señalados en la presente Circular, adjuntando la información previa a la visita de inspección que se establece en la misma, en el entendido de que dicha manifestación no podrá exceder de 15 días hábiles posteriores a la fecha de recepción del oficio de autorización que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

DECIMA SEGUNDA.- Para los efectos del envío de información previa a la visita de inspección que se establece en la presente Circular, las instituciones deberán entregar a esta Comisión la información requerida en las oficinas de la Dirección General de Supervisión del Seguro de Salud, ubicadas en Av. Insurgentes Sur 1971, Torre Sur, 1er piso, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01030, México, D.F.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la Ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

**ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
EL PRESIDENTE**



LIC. MANUEL S. AGUILERA VERDUZCO

75

MAS



18

Anexo IV

Tabulador de convenios en los honorarios por padecimiento de la red de un Seguro de Salud

CPT	PROCESO PROBI	Descripción	PLAN BARRIO
2600	PROBI	Tamponado del tapon anterior de pie	850
2610	PROBI	Con punto (punto de tapon de pie)	130
2620	PROBI	Tamponado del tapon	1200
2625	PROBI	Tamponado del tapon	650
2630	PROBI	Operación por coartada de artulación metatarsal con o sin tendones	700
2635	PROBI	Intersticial	120
2640	PROBI	Corrección de hueso sesgus, con o sin osteotomías	1200
2645	PROBI	Corrección de hueso sesgus, con osteotomía de metatarsos	3300
2650	PROBI	Corrección del tobillo, con o sin sistema de tendones	3200
2655	PROBI	Corrección de la aplanca	2870
2660	PROBI	Corrección metatarsal de base o distal con o sin intersticial, para corrección de artulación o tendones o ambas cosas	2200
2665	PROBI	Corrección por coartada angular o rotacional de la base o proximal primer tarso	80
2670	PROBI	OTROS casos	110
2675	PROBI	Corrección de coartada angular en caso (limitado) de los tendones	800
2680	PROBI	Reestructuración de pie, intersticial	1200
FRACTURAS/REUNION DE PIE			
2685	NO PROBI	Fractura/Reunión de pie. Reducción cerrada de fractura sin coartada sin manipulación	700
2690	NO PROBI	con manipulación	110
2695	NO PROBI	con incisión quirúrgica percutánea y manipulación	1210
2700	PROBI	Reducción de art. de fractura de tobillo, con o sin sistema de tendones	3000
2705	NO PROBI	Reducción cerrada de fractura de astrágalo, sin manipulación	700
2710	NO PROBI	con manipulación	100
2715	NO PROBI	con incisión quirúrgica percutánea y manipulación	1200
2720	PROBI	Reducción de art. de fractura de astrágalo con o sin sistema de tendones	2500
2725	NO PROBI	Reducción de fractura de hueso tarsale (excepto astrágalo y calcáneo) con manipulación	800
2730	NO PROBI	Reducción de art. de fractura de hueso tarsale (excepto astrágalo y calcáneo) con o sin sistema de tendones	1700
2735	NO PROBI	Reducción cerrada de fractura metatarsal, sin manipulación	600
2740	NO PROBI	con manipulación	700
2745	NO PROBI	con incisión quirúrgica percutánea y manipulación	1200
2750	PROBI	Reducción de art. de fractura metatarsal con o sin sistema de tendones	3000
2755	NO PROBI	Reducción cerrada de fractura de tarso y metatarsos, con manipulación	1310
2760	NO PROBI	Reducción cerrada de fractura de artulación metatarsal sin sistema	600
2765	NO PROBI	con sistema	700
ARTROSCOPIA DE PIE			
2770	PROBI	Artroscopia de pie. Artroscopia de tobillo	3200
2775	PROBI	de la de	420
2780	PROBI	Artroscopia reducida (revisión) con alineamiento de tendón	3200
2785	PROBI	Artroscopia para artroscopia	2070
2790	PROBI	Intersticial	1200
AMPUTACION DE PIE			
2800	PROBI	Amputación de pie, distal	3200
2805	PROBI	Amputación proximal	1310
2810	PROBI	Amputación en artulación metatarsal	800
2815	PROBI	Artroscopia de amputación de pie	700
YESOS Y TRONCOS Y EXPLANTACION DE YESOS			
2820	NO PROBI	Yeso en tarso y artroscopia superior. En corcha	800
2825	NO PROBI	Aplicación de yeso en tarso a la base	200
2830	NO PROBI	de la base	200
2835	NO PROBI	en el tarso	300
2840	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2845	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2850	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2855	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2860	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2865	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2870	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2875	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2880	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2885	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2890	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2895	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2900	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2905	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2910	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2915	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2920	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2925	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2930	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2935	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2940	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2945	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2950	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2955	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2960	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2965	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2970	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2975	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2980	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2985	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2990	NO PROBI	en el tarso y la base	300
2995	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3000	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3005	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3010	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3015	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3020	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3025	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3030	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3035	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3040	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3045	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3050	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3055	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3060	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3065	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3070	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3075	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3080	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3085	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3090	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3095	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3100	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3105	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3110	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3115	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3120	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3125	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3130	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3135	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3140	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3145	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3150	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3155	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3160	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3165	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3170	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3175	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3180	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3185	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3190	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3195	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3200	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3205	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3210	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3215	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3220	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3225	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3230	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3235	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3240	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3245	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3250	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3255	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3260	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3265	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3270	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3275	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3280	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3285	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3290	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3295	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3300	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3305	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3310	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3315	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3320	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3325	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3330	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3335	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3340	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3345	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3350	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3355	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3360	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3365	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3370	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3375	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3380	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3385	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3390	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3395	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3400	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3405	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3410	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3415	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3420	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3425	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3430	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3435	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3440	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3445	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3450	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3455	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3460	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3465	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3470	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3475	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3480	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3485	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3490	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3495	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3500	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3505	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3510	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3515	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3520	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3525	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3530	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3535	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3540	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3545	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3550	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3555	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3560	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3565	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3570	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3575	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3580	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3585	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3590	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3595	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3600	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3605	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3610	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3615	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3620	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3625	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3630	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3635	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3640	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3645	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3650	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3655	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3660	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3665	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3670	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3675	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3680	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3685	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3690	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3695	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3700	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3705	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3710	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3715	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3720	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3725	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3730	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3735	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3740	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3745	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3750	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3755	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3760	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3765	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3770	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3775	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3780	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3785	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3790	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3795	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3800	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3805	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3810	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3815	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3820	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3825	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3830	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3835	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3840	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3845	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3850	NO PROBI	en el tarso y la base	300
3855	NO PROBI	en el tarso y la base	300

CPT	PROGRAMA PROGO	Descripción	PLAN BASICO
33400	PROGO	Reemplazo de válvula mitral, con bypass	10,888
33400	PROGO	VALVULA TRICUSPIDEA	
33400	PROGO	Válvula tricúspide. Ventrículo, de válvula tricúspide, con bypass	9,628
33401	PROGO	VALVULA MITRAL	10,378
33406	PROGO	Reemplazo de válvula tricúspide, con bypass	9,873
33406	PROGO	VALVULA PULMONAR	
33470	PROGO	Válvula pulmonar, Ventrículo, a corazón cerrado, transcatéter	7,452
33471	PROGO	- por arteria pulmonar	8,132
33472	PROGO	Ventrículo de válvula pulmonar a corazón abierto	8,505
33474	PROGO	- con bypass	9,253
33478	PROGO	Reemplazo de válvula pulmonar	10,288
33478	PROGO	Reacción ventricular derecha a pu esteles infundibular con o sin corrección	10,121
33500	PROGO	ARTERIAS CORONARIAS	
33500	PROGO	Corrección de fístula coronaria (arteriovenosa o arteriofistocárdica), con fístula coronariocoronaria	8,840
33501	PROGO	- sin bypass circulatorio	9,112
33502	PROGO	Reparación de arteria coronaria aneurismal por ligadura	6,840
33503	PROGO	- con injerto sin bypass circulatorio	7,348
33504	PROGO	- sin injerto, con bypass circulatorio	8,008
33505	PROGO	- con corrección de fístula de arteria infundibular (procedimiento Takayashi)	10,200
33506	PROGO	- por implantación de arteria pulmonar a aorta	10,304
33510	PROGO	INJERTO VENOSO PARA BYPASS DE ARTERIA CORONARIA	
33510	PROGO	Injerto venoso para bypass de arteria coronaria. Injerto venoso único	10,121
33511	PROGO	- una vena venosa coronaria	10,805
33512	PROGO	- tres injertos venosos coronarios	11,547
33513	PROGO	- cuatro venas coronarias	12,284
33514	PROGO	- cinco injertos venosos coronarios	12,878
33515	PROGO	- seis o más injertos venosos coronarios	13,473
33520	PROGO	INJERTO ARTERIAL PARA BYPASS DE ARTERIA CORONARIA	
33520	PROGO	Injerto arterial para bypass de arteria coronaria. Bypass de arteria coronaria usando injerto arterial único	7,247
33521	PROGO	- uno injerto de arteria coronaria	8,443
33523	PROGO	- tres injertos de arteria coronaria	9,009
33525	PROGO	- cuatro o más injertos de arteria coronaria	9,743
33530	PROGO	PROCEDIMIENTOS POSTINFARTO	
33540	PROGO	Procedimientos postinfarto. Reacción miocárdica (Egip. aneurisma miocárdico)	6,321
33570	PROGO	Resección coronaria (endarterectomía o con o sin gas, implante o anastomosis arteriales) con bypass	8,211
33575	PROGO	- combinado con vascularización	8,010
33600	PROGO	ANOMALIAS CARDIACAS	
33600	PROGO	Anomalias cardíacas. Cierre de válvula aurículo ventricular (mitral o tricúspide) por sutura o parche	7,847
33602	PROGO	Cierre de válvula aurículo ventricular (mitral o pulmonar) por sutura o parche	7,821
33603	PROGO	Anastomosis de arteria pulmonar a aorta (procedimiento de Darius Kavli-Elanoff)	10,742
33610	PROGO	Corrección de anomalías cardíacas complejas, a válvulas único con o sin injerto subaórtico	10,742
33615	PROGO	Corrección de anomalías cardíacas complejas (sin tricúspide), por cierre de conducto aurículo ventricular y anastomosis de la aorta a vena cava o a la arteria pulmonar e implante de injerto de arteria única con distribución bifurca o trifurcada de la aorta o, sin injerto de arteria única con o sin corrección de la aorta	11,297
33618	PROGO	- con injerto de arteria única con o sin corrección de la aorta	13,444
33620	PROGO	DEFECTO SEPTAL	
33641	PROGO	Defecto septal. Corrección de defecto septal auricular, con bypass circulatorio, con o sin injerto	8,132
33642	PROGO	Cierre de septo ventoso derecho o con parche con o sin injerto anómico de vena pulmonar	8,842
33647	PROGO	Corrección de defecto septal auricular y defecto septal ventricular, con injerto directo o parche anastomótico con	6,879
33648	PROGO	Corrección de defecto septal auricular de tipo secundario con o sin corrección de válvula anastomótica con	10,464
33649	PROGO	Cierre de defecto septal ventricular, con o sin parche	8,005
33654	PROGO	Con anastomosis pulmonar o resección aneurismal	12,331
33657	PROGO	Corrección completa de tetralogía de Fallot sin arteria pulmonar	13,664
33664	PROGO	- con parche transaórtico	10,742
33668	PROGO	- con cierre de derivación grave	10,742
33672	PROGO	Corrección completa de tetralogía de Fallot, con arteria pulmonar incluyendo construcción de conducto de vena pulmonar a aorta o de la arteria ventricular	11,958
33688	PROGO	- sin cierre de derivación grave	11,221
33700	PROGO	DERIVACIONES	
33700	PROGO	Derivaciones, Septectomía o resección aneurismal, a corazón cerrado	8,210
33708	PROGO	- a corazón abierto, con bypass circulatorio	7,402
33727	PROGO	- a corazón abierto, con oclusión de la circulación	7,402
33750	PROGO	Derivación de aorta a arteria pulmonar	7,200
33756	PROGO	- de aorta ascendente a arteria pulmonar	7,200
33766	PROGO	- de vena cava superior a arteria pulmonar, para circulación de una pulmonar	7,200
33767	PROGO	- de vena cava superior a arteria pulmonar, para circulación de ambas pulmonares	7,821
33800	PROGO	Reparación de conducto estenoso persistente	5,083
33840	PROGO	Oclusión de conducto de la aorta con o sin defecto de conducto arterial asociado con aneurismos	7,142
33876	PROGO	Injerto de vena torácica dividida con o sin bypass	12,166
34000	PROGO	VENAS Y ARTERIAS	
34000	PROGO	Endarterectomía o trombectomía con o sin catéter, de la vena femoral y subclavia	2,303
34001	PROGO	Endarterectomía o trombectomía con o sin catéter, de la arteria femoral posterior o aorta aorta	3,406
34005	PROGO	Trombectomía directa o con catéter de vena cava, a aorta	2,891
34021	PROGO	- vena cava, aorta, femoropoplítea, por injerto en pieles	2,718
34041	PROGO	- vena cava, aorta, femoropoplítea, por injerto en pieles y subclavia	5,086
34050	PROGO	Reparación de aneurisma por ruptura de arteria carótida, y subclavia	8,147

CPT	PROGRAMA PROGO	Descripción	PLAN BASICO
38010	PROGO	Reparación de aneurisma por ruptura de vena cava de plano torácico	8,824
38012	PROGO	Reparación de aneurisma por ruptura de vena cava abdominal y aneurismal	5,647
38020	PROGO	Reparación de aneurisma de aorta abdominal	8,824
38112	PROGO	Reparación de aneurisma por ruptura de arteria aórtica	0,789
38142	PROGO	Reparación de aneurisma por ruptura de arteria femoral (profunda y superficial)	5,278
38152	PROGO	Reparación de aneurisma por ruptura de arteria poplítea	6,147
38188	PROGO	Corrección de fístula arteriovenosa en brazo y abdomen	7,821
38190	PROGO	Corrección de fístula arteriovenosa en extremidades	6,278
38200	PROGO	Reparación de vasos en cuello	6,207
38208	PROGO	Reparación de vasos en extremidades superiores	5,107
38216	PROGO	Reparación de vasos infraclaviculares, sin bypass	5,309
38221	PROGO	Reparación de vasos infraclaviculares	4,579
38228	PROGO	Reparación de vasos en extremidades inferiores	3,648
38268	PROGO	Reparación de vasos en extremidades superiores con injerto	4,361
38301	PROGO	Tromboendarterectomía de carótida, vertebral y subclavia, por injerto en cuello	6,642
38311	PROGO	- subclavia, infundida con injerto torácico	1,595
38321	PROGO	- aorta-abdominal	4,284
38331	PROGO	- aorta-abdominal	1,900
38341	PROGO	- iliofemoral, cavaica o renal	8,235
38351	PROGO	- bazo	5,317
38361	PROGO	- aorta cava torácica	5,274
38371	PROGO	- de femoral profunda	4,505
38381	PROGO	- femoral y/o poplítea, y/o subclavicular	6,642
38386	PROGO	Bypass con injerto venoso carotídeo-subclava	4,179
38391	PROGO	Bypass con injerto venoso aorta-femoral	5,864
38401	PROGO	Bypass con injerto venoso aorta-cavaica, o aortopoplítea	6,332
38411	PROGO	Bypass con injerto venoso aorta-bazo	6,827
38421	PROGO	Bypass con injerto venoso aorta-femoral o abdominal	7,420
38431	PROGO	- femoropoplítea	8,216
38441	PROGO	- bazo-femoral	6,212
38451	PROGO	Bypass anastomótico a bazo con injerto venoso anastomótico	6,171
38500	NO PROGO	PROCEDIMIENTOS VASCULARES	
38500	NO PROGO	Procedimientos vasculares. Introducción de aguja o catéter, venoso	203
38505	NO PROGO	Venografía de contraste	774
38510	NO PROGO	Colocación de catéter venoso cava superior o inferior	884
38514	NO PROGO	Colocación de catéter intravenoso para 3 días	144
38520	NO PROGO	Introducción de catéter en arteria carótida o vertebral	1,280
38540	NO PROGO	Ventosección en miembros de un año	311
38545	NO PROGO	- en miembros de un año	262
38550	NO PROGO	Cateterización endovenosa	2,120
38560	NO PROGO	Escarotomías	237
38565	NO PROGO	Colocación de catéter en vena central (subclava, jugular y/o vena) para presión venosa central. Recombinación fibrinolítica o quimioterápica	418
38568	NO PROGO	- percutánea, en pacientes mayores de 2 años	448
38570	NO PROGO	- venoclavicular, en pacientes de 2 años o menos	460
38591	NO PROGO	- venoclavicular, en mayores de 2 años	718
38597	NO PROGO	Reemplazo de bomba de infusión por implante intravenoso a puerto de acceso	1,089
38610	NO PROGO	Ondas de choque	245
38620	NO PROGO	Reemplazo de una vena de acceso venosa con o sin injerto subclavicular (Punto Cava)	1,908
38630	PROGO	Colocación de catéter para hemodiálisis, u otro procedimiento de vena a vena	808
38640	PROGO	hemodiálisis (a vena arteriovenosa interna)	2,628
38671	PROGO	Anastomosis arteriovenosa	2,548
38710	PROGO	Anastomosis portocava	5,081
38720	PROGO	Colocación de vena intravascular, transcatéter percutánea (excepto coronaria)	6,886
38730	PROGO	Ligadura de vena pupilar	2,727
38740	PROGO	Ligadura de arterias carótidas	2,200
38750	PROGO	Interrupción parcial o completa de vena cava inferior, con sutura, ligadura o clip	4,424
38770	PROGO	Endarterectomía	2,881
38780	PROGO	- con oclusión radical de vena e injerto de piel y/o interrupción de vena con ligadura, con oclusión de vena	3,117
38790	PROGO	Ligadura radical o parcial de vena perforante, con o sin injerto de piel	6,008
38795	PROGO	Ligadura, directa y/o solución de vena varicosa, una vena	338

Anexo V

Distribución de siniestros de accidentes y enfermedades

DISTRIBUCION DE SINIESTROS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE

<i>Monto del Siniestro*</i>	<i>Número de Reclamaciones</i>	<i>Monto del Siniestro*</i>	<i>Número de Reclamaciones</i>	<i>Monto del Siniestro*</i>	<i>Número de Reclamaciones</i>
5	8,034	205	14	500	23
10	3,395	210	10	600	12
15	4,118	215	6	700	7
20	1,607	220	7	800	5
25	1,171	225	6	900	5
30	847	230	8	1,000	0
35	608	235	2	1,100	0
40	483	240	4	1,200	0
45	347	245	6	1,300	1
50	294	250	2	1,400	1
55	202	255	4	1,500	0
60	139	260	3	1,600	2
65	127	265	7	1,700	0
70	106	270	4	1,800	1
75	100	275	3	1,900	2
80	80	280	5	2,000	0
85	61	285	7	2,100	1
90	53	290	1	2,200	1
95	38	295	2	2,300	0
100	49	300	2	2,400	0
105	33	305	3	2,500	0
110	34	310	3	2,600	1
115	31	315	1	2,700	0
120	29	320	2	2,800	0
125	25	325	1	2,900	1
130	22	330	1	3,000	0
135	25	335	4	3,100	0
140	13	340	5	3,200	0
145	16	345	3	3,300	0
150	13	350	2	3,400	0
155	15	355	3	3,500	0
160	15	360	0	3,600	0
165	17	365	2	3,700	0
170	14	370	1	3,800	0
175	15	375	2	3,900	0
180	16	380	0	4,000	0
185	7	385	0	4,100	0
190	6	390	1	4,200	0
195	4	395	3	4,300	0
200	10	400	3	4,400	0
				4500 y más	1

*CIFRAS EN MILES DE PESOS