



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**“LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD Y SU
ADMINISTRACIÓN POR LAS INSTITUCIONES DE
SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES).”**

T E S I S

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

PRESENTA:

SALVADOR ROJAS MIRANDA



**FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM**

DIRECTOR DE TESIS:

ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES



2005

m. 348697

**FACULTAD DE CIENCIAS
SECCIÓN ESCOLAR**



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
AVENIDA DE
MÉXICO

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

"Los Seguros Privados de Salud y su Administración por las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)."

realizado por Salvador Rojas Miranda

con número de cuenta 09715509-4 , quien cubrió los créditos de la carrera de:

Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis Act. José Fabián González Flores
Propietario

Propietario Act. Carlos Fernando Lozano Nathal

Propietario Act. Jana Lorena Rubio Vázquez

Suplente Act. Ricardo Villegas Azcorra

Suplente Act. Ricardo Humberto Sevilla Aguilar

Consejo Departamental de Matemáticas

Act. Jaime Vázquez Alamilla

FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

Agradecimientos:

Dedico este trabajo a mi mamá Mercedes Miranda Barrera que me brindo la oportunidad de estudiar, a la memoria de mi padre que me crío y protegió.

A toda mi familia, Luz María por su paciencia consejos y cuidados y ejemplo, a Mario por el ejemplo y consejos que siempre me dio, a Rocío. A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México.

A mi director, profesor y amigo el Actuario José Fabián González Flores por su apoyo, consejos, enseñanzas, empuje y amistad, mi más grande y sincero agradecimiento Fabián. A todos los sinodales por su tiempo y comentarios respecto al tema de tesis.

A todas aquellas personas que han confiado en mi de manera profesional y que me han permitido aprender más de la Actuaría, que me permitieron colaborar a su lado en especial a la División de Riesgos Institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

A todos mis amigos a lo largo de la carrera, en especial a Liliana Rivera Flores por su amistad y alegría de la vida en todo momento y circunstancia, gracias.

INDICE

| | |
|--------------------|-----|
| INTRODUCCIÓN | 6-7 |
|--------------------|-----|

Capítulo I

Los sistemas privados en salud y el programa nacional de salud

| | |
|--|-------|
| 1.1.1 Los riesgos en salud y su implicación en la sociedad | |
| 1.1.2 Panorama y tendencia de la protección de riesgos en salud | 8-10 |
| 1.1.3 La organización mundial de la salud | 11 |
| 1.1.3.1 El esquema internacional de protección de riesgos en salud | 10 |
| 1.1.3.2 La organización panamericana de la salud | 12 |
| 1.1.4 El esquema nacional de protección de riesgos en salud | 12-14 |
| 1.1.4.1 Secretaría de salud | 14-15 |
| 1.1.4.2 Programa nacional de salud 2001-2006 | 15-16 |
| 1.1.4.3 Seguro popular de salud..... | 16-17 |
| 1.1.5 Instituto mexicano del seguro social..... | 17-18 |
| 1.1.5.1 Programa de prevención de salud PREVENIMSS | 18-19 |
| 1.1.6 La participación del sector privado en el sistema de seguros en salud..... | 19-20 |
| 1.1.6.1 Inequidad en el acceso a los sistemas de salud | 20-21 |
| 1.1.6.2 Instituciones de seguros especializadas en salud | 21-22 |
| 1.1.6.3 Otras instituciones que integran el esquema nacional de protección..... | 22-23 |
| 1.1.6.4 Plan mínimo de servicios de salud PABSS..... | 23-24 |
| 1.2 El sistema privado en salud y su regulación y supervisión aplicable | |
| 1.2.1.1 El seguro de salud | 26-27 |
| 1.2.1.2 Elementos del riesgo asegurable..... | 27-30 |
| 1.2.1.3 Marco legal aplicable al seguro de salud | 30 |
| 1.2.1.4 Aspectos regulados por la LGISMS y sus reglamentos aplicables..... | 31 |

| | |
|---|-------|
| 1.2.1.5 Características especiales de los contratos de seguros de salud. | 32 |
| 1.2.1.6 Los riesgos en salud y su forma de medición. | 33 |
| 1.2.1.7 Clasificación general de los riesgos en salud..... | 33-34 |
| 1.2.1.8 El proceso administrativo de los riesgos de salud | 34-36 |
| 1.2.1.9 Consideraciones para seleccionar la herramienta para la administración de los riesgos en salud..... | 36-37 |
| 1.2.2.1 Consideraciones adicionales sobre los contratos de seguros en salud..... | 37-38 |
| 1.2.2.3 Seguros de salud | 39-40 |
| 1.2.2.4 Análisis comparativo de las diferentes alternativas..... | 40-41 |

Capítulo II

Estructura Técnica y Actuarial de los sistemas privados en salud operados por las ISES

2.1 Las características de la población expuesta al riesgo

| | |
|---|-------|
| 2.1.1.1 Salud y grupos relacionados por diagnóstico..... | 42-44 |
| 2.1.1.2 Perfiles de la morbilidad en salud..... | 44-46 |
| 2.1.1.3 Método de proyección demográfica..... | 46-47 |
| 2.1.1.4 La transición demográfica en salud | 47-48 |
| 2.1.1.5 Proyecciones demográficas..... | 48-50 |
| 2.1.1.6 Generación actual de asegurados y contingencias | 52 |
| 2.1.1.7 Salud y expectativas de nuevos ingresantes..... | 52-53 |
| 2.1.1.8 Generaciones futuras..... | 53-54 |
| 2.1.1.9 Segmentación del riesgo | 54 |
| 2.1.2.1 Frecuencia esperada | 54-55 |
| 2.1.2.2 Monto medio..... | 55 |
| 2.1.2.3 Bases de frecuencia..... | 55-56 |
| 2.1.2.4 Bases de monto medio | 56-57 |
| 2.1.2.5 Factor de ajuste por copago | 57-58 |
| 2.1.2.6 Cálculo de factor de ajuste por copago..... | 58-60 |

2.2 Primas de tarifa y sistemas modificados de reserva

| | |
|--|-------|
| 2.2.1.1 Prima de riesgo | 61 |
| 2.2.1.2 Cálculo de la prima de riesgo..... | 61–62 |
| 2.2.1.4 Prima de tarifa..... | 62 |
| 2.2.1.5 Cálculo de la prima de tarifa..... | 63 |
| 2.2.1.7 Cálculo de las reservas técnicas..... | 63–64 |
| 2.2.1.8 Reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados | 64 |
| 2.2.1.9 Cálculo de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados | 64 |
| 2.2.2.1 Reserva de riesgos en curso..... | 64–66 |
| 2.2.2.2 Cálculo de la reserva de riesgos en curso | 66–67 |
| 2.2.2.3 Reserva de previsión..... | 67–68 |

Capítulo III

Desarrollo de los Sistemas Privados en Salud operados por las ISES y su implicación futura en el Programa Nacional de Salud

3.1 La participación del sector privado en el sistema nacional de protección de salud

| | |
|---|-------|
| 3.1.1.1 Cambios demográficos y epidemiológicos | 71–72 |
| 3.1.1.2 Accesibilidad..... | 72 |
| 3.1.1.3 Condición económica..... | 72–74 |
| 3.1.1.5 Características de los seguros | 76–78 |
| 3.1.1.6 Seguros individuales..... | 78 |
| 3.1.1.7 Selección adversa del riesgo en salud..... | 79 |
| 3.1.1.8 Ajustes permanentes a precio de cobertura en función de su balance actuarial | 80 |
| 3.1.1.9 Venta de Seguros complementarios en Salud..... | 80–81 |
| 3.1.2.1 Desarrollo tecnológico en el campo médico..... | 81–83 |
| 3.1.2.2 El estado como reasegurador en el caso de enfermos catastróficos y personas de la tercera edad..... | 84 |

3.2 Implicaciones de los sistemas privados en salud en el programa nacional de salud 2001-2006

| | |
|--|-------|
| 3.2.1.1 Tendencias en los sistemas privados de los seguros en salud..... | 84-85 |
| 3.2.1.2 Acceso a los servicios de salud a toda la población..... | 85 |
| 3.2.1.3 Formación de consorcios de los consumidores..... | 86 |
| 3.2.1.4 Los programas de prevención y promoción de la salud..... | 86 |
| 3.2.1.5 Volumen..... | 87-91 |
| 3.2.1.6 Mejora de la eficiencia..... | 92-93 |

| | |
|--------------------------|--------------|
| CONCLUSIONES..... | 94-97 |
|--------------------------|--------------|

| | |
|----------------------|---------------|
| GLOSARIO..... | 97-101 |
|----------------------|---------------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| BIBLIOGRAFIA..... | 103-5 |
|--------------------------|--------------|

INDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1 Entrega informada de cartillas de PREVENIMSS y coberturas nacionales según grupo de edad..... | 20 |
| Cuadro 2 Esquema de las ISES..... | 23 |
| Cuadro 3 Esquema de las ISES..... | 26 |
| Cuadro 4 Esquema de las ISES..... | 26 |
| Cuadro 5 GRD's de mayor gasto en el IMSS según categorías diagnósticas mayores de tipo médico 2001-2003..... | 44 |
| Cuadro 6 GRD's con mayor número de casos en el IMSS según categorías diagnósticas mayores de tipo médico, 2001-2003..... | 45 |
| Cuadro 7 Estructura por edades en el horizonte de la proyección..... | 50 |
| Cuadro 8 Pirámides de Población, 2000-2050..... | 52 |
| Cuadro 9 Distribución porcentual de la población, por sexo, según preferencia de servicios de salud..... | 54 |
| Cuadro 10 No de Compañías en operación..... | 76 |

| | |
|--|----|
| Cuadro 11 Suficiencia y Calidad del servicio..... | 78 |
| Cuadro 12 Primas emitidas de Salud, AP, GMM, A. y E. a diciembre de 1998..... | 93 |
| Cuadro 13 Instituciones que operaron Salud, GMM y AP en Diciembre de 1998..... | 93 |
| Cuadro 14 Suficiencia y calidad del servicio..... | 94 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Porcentaje del PIB de algunos países | 72 |
| Tabla 2 Participación en el mercado Operación de Accidentes y Enfermedades: Salud..... | 74 |
| Tabla 3 Participación en el mercado Operación de Accidentes y Enfermedades: Salud 2ª parte | 75 |
| Tabla 4 Prima Directa de las ISES junio de 2004..... | 88 |
| Tabla 5 Gastos Médicos: Participación en el Mercado Junio 2004 | 89 |
| Tabla 6 Accidentes Personales: Participación en el mercado Junio 2004 | 90 |
| Tabla 7 Salud : Participación en el Mercado Junio 2004..... | 91 |

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es evaluar los aspectos técnicos y actuariales de los Seguros Privados de Salud, su administración a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y su participación en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Actualmente el seguro privado de salud que ofrecen las ISES no está plenamente difundido, debido a su reciente creación, aún en el campo actuarial el conocimiento de este no es amplio, es por ello que la Actuaría tiene el compromiso de sentar las bases técnicas orientadas a la introducción de este servicio alternativo de salud, así como la difusión entre la sociedad como una forma de protección y prevención de la salud. Actualmente en el país existen 12 aseguradoras que brindan este servicio.

En el aspecto técnico se pretende hacer el cálculo de las reservas que pide la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para las ISES que son: Reserva de Obligaciones Pendientes de Cumplir por Siniestros Ocurredos y no reportados (SONR), Reserva de Riesgos en Curso (RRC) y la Reserva de Previsión. En el aspecto actuarial se muestra la segmentación del riesgo, la frecuencia esperada, el monto medio, las bases de frecuencia, las bases de montos medios, el desarrollo del cálculo de la prima de riesgo de toda la cartera, así como el desarrollo de la prima de tarifa.

En el capítulo I se definen los riesgos en salud, el panorama y la tendencia de la protección de los mismos, además se da un panorama del Programa Nacional de Salud 2001- 2006 (PNS); se hace mención del esquema de salud implementado por el gobierno federal y en ese sentido se ubica a los seguros privados de salud como una alternativa de protección y prevención para la población. Se dan los lineamientos y el marco legal que deben seguir las ISES, así como su funcionamiento y operación regulada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la CNSF y la Secretaría de Salud (SSA). Además se hace mención

sobre el seguro de gastos médicos, accidentes y enfermedades y una breve comparación del seguro de gastos médicos mayores y el seguro de salud.

En el capítulo II se enuncia la estructura técnica y actuarial de los sistemas privados en salud operados por las ISES. Se plantea la segmentación del riesgo, la frecuencia esperada, las bases de frecuencia, el monto medio y las bases de monto medio; además se hace el desarrollo del cálculo matemático de la prima de riesgo, así como la prima de tarifa y el cálculo de las reservas que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS); pide como requisito para la operación de las ISES en las Reglas para la Operación del Ramo en Salud.

El capítulo III se plantea el desarrollo de los sistemas privados de salud operados por las ISES y su implicación futura en el programa SNS 2001-2006, con lo cual se pretende mostrar la participación de las ISES en el esquema nacional de salud.

En esta investigación de tesis se mostrarán las bases técnicas y actuariales del seguro de salud, así como también la repercusión de estas en el sector salud y en el asegurador y su estado actual de este sector.

CAPÍTULO I.

LOS SISTEMAS PRIVADOS EN SALUD Y EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

1.1.1 Los riesgos en salud y su implicación en la sociedad

En algunas ocasiones, al presentarse una enfermedad, el costo del tratamiento médico puede ser muy elevado y crear en una familia dificultades financieras muy severas en su patrimonio. En ese sentido la implicación del riesgo de enfermedad que afecta a una familia en un entorno económico también afecta a la sociedad en general. En ese sentido, la SSA en enero del 2002 anunció que, de acuerdo a sus registros, en promedio 2.5 millones de familias se empobrecen al año por pagar emergencias médicas de su bolsillo.

Una sociedad sana se ve reflejada positivamente en el aspecto social, económico y cultural. No es posible tener una sociedad justa y equitativa si sus integrantes no se encuentran en su capacidad bio-psico-social total, ya que los integrantes saludables forman a una sociedad saludable. Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); publicó en su informe sobre el empleo en el mundo 2004-2005 señala “que pese a las reformas políticas y económicas, el mercado laboral mundial sigue afectado por un déficit de trabajo decente”. Al analizar en concreto el caso de México el mercado laboral se caracteriza por “tener un nivel de sueldos estancado o en declive, escasa seguridad laboral, inadecuada protección social y falta de formación”. En ese sentido la falta de seguridad social en nuestro país afecta la salud de la población que cuenta con trabajos informales y tiene que recurrir a subsidiar por sí misma la compra de medicamentos, consultas con doctores privados, y todo lo que conlleva a una visita al médico, lo cual puede mermar los gastos en alimentación, educación, vivienda y todos aquellos gastos básicos de una familia. En ese sentido los servicios médicos de prevención y curación

proporcionados por las ISES, en conjunto con todo el SNS podrán ayudar a elevar el nivel de salud de la población al elegir algunas de las alternativas.

Los principales riesgos de salud a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS); son aquellos relacionados con el régimen alimentario y la actividad física, entre ellas la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, que son enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Además el consumo de tabaco a nivel mundial unido a estos padecimientos aumenta su peligro.

1.1.2 Panorama y tendencia de la protección de riesgos en salud

Una de las tendencias más importantes que ha tenido lugar en el sector salud en muchos países latinoamericanos, durante los últimos años, ha sido la introducción de los seguros privados y la competencia en el sistema de seguros. Asimismo se observan mecanismos de compartir el riesgo entre aseguradores y prestadores.

Existen motivos para justificar la introducción del sector privado y de la competencia en el mercado del aseguramiento en salud, como son el mejoramiento de la eficiencia y la satisfacción de los consumidores.

Hasta principios de los ochentas, la mayoría de los países latinoamericanos, con excepción de una minoría enmarcada en la tradición "Bismarkiana" de multiseuros - caso Argentina y Uruguay-, contaban con una sola "gran" institución -o una muy predominante- para el manejo financiero de los recursos del sector. Estas, por lo general, administraban no sólo los recursos financieros sino también la provisión de los servicios de salud y, muy frecuentemente, se hacían también cargo del sistema de pensiones. Los seguros privados de salud eran prácticamente inexistentes en la región. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una tendencia de cambio en Latinoamérica hacia un sistema competitivo de seguros privados. Experiencias paradigmáticas son los casos de Chile y Colombia. Por otra parte, en aquellos casos en los que existía un modelo de múltiples seguros sociales cuasi-públicos, existe hoy también una clara tendencia hacia la introducción de competencia, Argentina por ejemplo.

Tal como se describió anteriormente, las reformas de mediados de los 80's y 90's, directa o indirectamente permitieron la introducción y/o un aumento significativo del sector privado en la provisión de seguros de salud. Este es el caso de las reformas chilenas de principios de los 1980, donde el Sistema Nacional de Salud (SNS) fue reemplazado por una combinación de un Fondo Nacional de Salud Público (FONASA) y compañías privadas de seguros (ISAPRES) que compitieron entre ellas. Como resultado, se produjo un aumento significativo de la provisión de servicios de salud privados.

A principios de los 90s, Colombia introdujo un modelo similar pero mejorado, a través de la Ley 100. Múltiples compañías de seguro privado reemplazaron el Fondo de Seguridad Social Colombiano (ICSS), así como el rol de administrador del financiamiento del Ministerio de Salud. La provisión privada en este caso, está aumentando también significativamente.

El "opt out" es un mecanismo donde los recursos que los asegurados destinan al sistema de seguridad social pueden ser transferidos a alguna compañía aseguradora que brinde un seguro de salud distinto al prestado por el estado.

Un fenómeno similar ha empezado a ocurrir en Perú y México. En el caso de Perú, se acaba de pasar a una legislación que permite el "opt out" parcial del Instituto Nacional de Seguridad Social (IPSS) hacia instituciones de seguro privados para coberturas solo para el nivel primario de atención. En México la Reversión de Cuotas permitirá a los asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) abandonar su contribución a este y comprar una cobertura en la institución de seguro privado de su elección.

Aún cuando la tradición "Bismariana" Argentina -en contraste con el modelo de otros países en América latina- ha incluido mercados de multi-seguros y multi- proveedores por décadas, las reformas recientes han introducido competencia entre los fondos de enfermedad cuasi-públicos (Obras Sociales Nacionales-OSN) y se espera que en el futuro cercano la hagan con las aseguradoras privadas de salud (Prepagadas). Costa Rica y Venezuela están actualmente debatiendo la posibilidad de introducir "opt-out" desde los

sistemas de seguridad social para contratar la cobertura de seguros privados de salud en competencia.

1.1.3 El esquema internacional de protección de riesgos en salud

En mayo de 2000 la 53ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS); adoptó una resolución en la que se adhería a la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles propuesta (WHA 53.17) por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud. La estrategia hacía hincapié en la prevención integrada a través del control de tres factores de riesgo, a saber, el consumo de tabaco, una dieta insalubre y la inactividad física.

En mayo de 2002 la 55a Asamblea Mundial de la Salud (AMS); examinó un informe presentado por la secretaria del organismo y reconoció la importancia del marco de actuación en materia de régimen alimentario y actividad física como parte de la prevención y el control integrados de las enfermedades no transmisibles. La resolución adoptada por la AMS pedía a la Directora General que elaborara una estrategia mundial en materia de régimen alimentario, actividad física y salud (WHAS5.23).

En su alocución ante los delegados en la 55a AMS, la directora general de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, dijo:

«La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, intensamente asociadas a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, también guardan estrecha relación con la ingesta excesiva de grasas, dulces y sal. Su peligro aumenta cuando se combinan con los efectos mortíferos del tabaco y el abuso del alcohol. La obesidad, resultado de un consumo malsano, entraña en sí misma un grave riesgo para la salud. Todos estos factores (tensión arterial, colesterol, tabaco, alcohol y obesidad) y las enfermedades a ellos vinculadas son bien conocidos en las sociedades prósperas. »

En consonancia con esas resoluciones y con la gravedad que representa el problema para la salud pública, la OMS participa en un proceso consultivo amplio y general que dará lugar a la formulación de estrategias mundiales sobre régimen alimentario, actividad física y salud. El objetivo general de

ésta estrategia consiste en mejorar la salud pública a través de la alimentación sana y la actividad física.

1.1.3. La Organización Mundial de la Salud

La OMS es el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó el 7 de abril de 1948 después de la 2da Guerra Mundial. Tal y como establece su constitución, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Los 192 estados miembros de la OMS gobiernan la organización por conducto de la AMS. La asamblea está compuesta por representantes de los estados miembros de la OMS. Los principales cometidos de la AMS son, aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para el siguiente bienio, y decidir las principales cuestiones relativas a las políticas.

La AMS es el órgano decisorio supremo de la OMS. Se reúne por lo general en Ginebra todos los años en mayo y asisten a ella delegaciones de los 192 estados miembros. Su principal función consiste en determinar las políticas de la organización. La asamblea nombra al director general, supervisa las políticas financieras de la organización y examina y aprueba el proyecto de presupuesto por programas. De modo análogo, examina los informes del consejo ejecutivo, al que da instrucciones en lo que respecta a los asuntos que pueden requerir la adopción de medidas, un estudio, una investigación o un informe.

1.1.3.2 La Organización Panamericana de la salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS); es un organismo internacional de salud pública con casi 100 años de experiencia, dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de América. Es parte del sistema de las naciones unidas y oficina regional para América de la OMS. La OPS es también la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano de la OEA (Organización de Estados Americanos).

La OPS / OMS lleva a cabo su misión en colaboración con los ministerios de salud, quienes pueden delegar la realización de iniciativas a otros organismos gubernamentales e

internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, organismos de seguridad social, grupos comunitarios y muchos otros.

1.1.4 El esquema nacional de protección de riesgos en salud.

El PNS 2001-2006, identifica a la protección financiera como uno de los tres grandes retos que enfrenta el SNS en México, además del objetivo de incrementar la calidad de los servicios de salud y alcanzar la equidad en la prestación de los mismos. Este reto surge del hecho de que anualmente 2.5 millones de familias del país enfrentan gastos excesivos en la atención a la salud, y casi la mitad de ellas, 1.2 millones, cruzan la línea de pobreza por esta razón¹.

Un problema adicional que busca resolver esta estrategia, es el peso enorme que tiene el pago de bolsillo en el gasto total en salud. Actualmente esta forma de financiar los servicios médicos (consultas, hospitalización, estudios y medicamentos) equivale 52% del gasto total², el pago de bolsillo es la forma más ineficiente de pagar por la salud. La capacidad de pago depende del ingreso de los hogares en el momento de requerir atención. Es difícil buscar el mejor precio de la salud, generalmente el paciente o algún miembro de la familia tienen que dejar de trabajar para atender el problema de salud, y es frecuente el desfinanciamiento familiar para cubrir los costos. Para muchas familias de bajos ingresos, el pago directo de medicamentos simples o consultas de primer nivel de atención puede representar un gasto catastrófico, ya que puede llegar a equivaler a más del 30% de sus ingresos disponibles. Frecuentemente, los altos costos provocan que los enfermos decidan postergar o inclusive, renunciar a la atención médica, o bien, tienen que sacrificar el precario patrimonio del que disponen.

Las acciones de protección financiera, consecuentemente, buscan sustituir el pago de bolsillo por pagos anticipados, a través de diferentes esquemas, dirigidos a segmentos de población específicos. Aunque existan diferencias sustanciales entre cada esquema, el común denominador es el pago anticipado -como en las ISES- el fortalecimiento de la atención preventiva y la incorporación de beneficios explícitos para los afiliados a cada esquema.

¹ Mauricio Bailón González Director de Protección Financiera de la Secretaría de Salud. México

² ENSA 2000

Además de los institutos de seguridad social, que ofrecen protección financiera en salud a sus derechohabientes existen otros esquemas de aseguramiento que se están impulsando a través de acciones, directas, o mediante la promoción y/o regulación.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares (2000), el 85% de la población que enfrenta gastos catastróficos no es beneficiaria, de alguna institución pública de seguridad social. Para brindar protección financiera a estas familias, SSA instrumentó el denominado Seguro Popular de Salud (SPS); con el propósito de reducir el número de hogares que, debido a los altos costos de la atención médica, postergan o renuncian a atender su condición de salud o se empobrecen al enfrentar gastos catastróficos.

El SPS es un esquema voluntario de aseguramiento que pretende fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas y al mismo tiempo fortalecer el sistema público de salud superando la brecha entre las familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud. Su financiamiento es fundamentalmente público cubierto mediante un subsidio federal y una aportación de las familias determinada según la capacidad de pago. La prestación de los servicios es a través de las unidades públicas de los servicios estatales de salud; y la diferencia fundamental entre las familias de población abierta que deciden incorporarse al programa y aquellas que no lo hacen, es que las familias afiliadas tienen garantizado el medicamento y no pagan cuotas de recuperación por los servicios recibidos.

Este programa ofrece inicialmente un paquete de 78 intervenciones y los medicamentos asociados. Esta cobertura asegura un nivel óptimo de eficiencia y equidad en la prestación. La implantación del SPS se hará en forma gradual, en la primera etapa se consideró su operación en cinco entidades federativas y en la segunda, que inició en el segundo semestre del 2002, se incorporaron gradualmente el resto de los estados.

Un esquema adicional de protección financiera buscará beneficiar a los migrantes mexicanos en los Estados Unidos y a sus familias en México. Debido a sus condiciones laborales los

migrantes frecuentemente están desprotegidos financieramente ante una eventual enfermedad. El programa dirigido a ofrecer alternativas para resolver este problema incluirá esfuerzos por informar a los migrantes sobre los diferentes planes de salud existentes en el estado donde viven, y por otra parte, a través, de diferentes mecanismos, se identificarán a sus familias que han quedado en México, para ofrecerles algún esquema de protección financiera

1.1.4.1 Secretaría de Salud

La SSA como dependencia del poder ejecutivo federal, tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confieren la ley orgánica de la administración pública federal, la ley general de salud, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del ejecutivo federal. Ésta, a través de sus unidades administrativas, conduce sus actividades en forma programada y con base en las políticas para el logro de los objetivos y prioridades del PNS, del SNS y de los programas a cargo de la SSA.

A la SSA, en el marco del SNS, le corresponde la concertación y conducción de las políticas de salud, a través de la presidencia del Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud y la ejecución de las políticas de salud y seguridad social del Gobierno Federal, con la participación del IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la integración de acciones interinstitucionales, a través de la presidencia de los siguientes órganos:

- Consejo Nacional contra las Adicciones*
- Consejo Nacional de Vacunación*
- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida*
- Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes;*
- Consejo Nacional de Trasplantes*
- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.*

Además también le corresponde la coordinación sectorial de las siguientes entidades:

- Institutos Nacionales de Salud*

- Hospital General de México
- Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México.
- Centros de Integración Juvenil

1.1.4.2 Programa Nacional de Salud 2001-2006

En el mes de abril de 2003 se aprueba una reforma a la ley general de salud que da origen al Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el SPS, que habrá de cubrir en un lapso de siete años, a los 48 millones de mexicanos hoy no asegurados³.

Para evitar ciertos desequilibrios, entre ellos, el destino de los recursos en salud se propuso y se aprobó la creación del SPS. Lo que se busca es crear una nueva estructura financiera para el sistema mexicano de salud basada en 3 seguros públicos de salud:

- *El seguro de enfermedades y maternidad del IMSS que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares.*
- *El seguro médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que protege a los asalariados del sector público de la economía formal*
- *El SPS que protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados.*

La propuesta es que los 3 seguros cuenten con una estructura financiera tripartita similar a la del IMSS. Es decir, el IMSS con las aportaciones del empleado, patrón y la cuota social; el ISSSTE con las aportaciones del empleado, gobierno federal y cuota social; el SPS con aportaciones de la familia, gobierno estatal, gobierno federal y cuota social.

Los Programas sectoriales especifican los objetivos primordiales y políticas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, que regirán el desempeño de las actividades propias del sector. A saber son 10 las principales estrategias en las cuales se basa el PNS.

³ Secretaría de Salud. México

- 1-*Vincular la salud con el desarrollo económico y social.*
- 2-*Reducir los rezagos.*
- 3-*Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades*
- 4-*Desplegar una cruzada por la calidad*
- 5-*Brindar protección financiera en materia de salud*
- 6-*Construir un federalismo cooperativo*
- 7-*Fortalecer el papel rector de la SSA*
- 8-*Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud*
- 9-*Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención*
- 10-*Fortalecer la inversión*

1.1.4.3 Seguro Popular de Salud

En abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó, con 92% de los votos del Senado y 73% de los votos de la Cámara de Diputados, una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia, que cubriría progresivamente a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (trabajadores por cuenta propia, desempleados, trabajadores del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral⁴). Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente la mitad de la población.

En México la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica. El país destina 5.75% (en 2003) del Producto Interno Bruto (PIB); a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican 7.2%, 9.6% y 10.9% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9%.

El desequilibrio en el origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. Con excepción de Estados Unidos de América, todos los países

⁴ A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3% de la población no asegurada. En los próximos años se espera integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal forma que en 2010 todos los mexicanos tendrán la oportunidad de contar con un seguro de salud.

desarrollados financian su salud con recursos predominantemente públicos. En México, en contraste, más de la mitad de los recursos destinados para la salud son privados y, además, provienen del bolsillo de las familias⁵.

Mediante el SPS se pretende que todas las personas como trabajadores no asalariados, autoempleados, y desempleados que no sean derechohabientes de las instituciones como el IMSS y el ISSSTE o alguna de carácter estatal puedan tener acceso a los servicios de salud, y a los medicamentos asociados a los tratamientos. Con ello el gobierno federal pretende que la condición socioeconómica no sea una limitante para acceder a la seguridad social.

Sin embargo se afirma que el catálogo de servicios del SPS no incluye servicios de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atención de tumores, cáncer y SIDA, que actualmente son las principales causas de empobrecimiento de las familias mexicanas.

El gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. Se calcula que anualmente dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud⁶ por ello las ISES se proponen como una forma de pago anticipado.

Los beneficios directos del SPS son que elimina cuotas de recuperación, reduce el pago de bolsillo, incrementa el acceso a medicamentos, amplía la oferta pública de servicios, evita injusticias y discriminación por razones económicas y elimina la discrecionalidad.

1.1.5 Instituto Mexicano del Seguro Social

Una de las finalidades esenciales de la Ley del Seguro Social es fortalecer el carácter amplio, integral y social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es la institución responsable de la organización y administración de la seguridad social de cerca de 55 millones de mexicanos. La Dirección de Planeación y Finanzas del IMSS es la responsable de diseñar, en

⁵ Salud pública de México / vol. 46, no. 6, noviembre-diciembre 2004

⁶ Los gastos catastróficos se definen como aquellos gastos en salud superiores a 30% de la capacidad de pago, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto en alimentación.

colaboración con otras dependencias institucionales, las acciones para mantener y consolidar el equilibrio financiero del IMSS en el corto, mediano y largo plazo, así como para determinar los recursos necesarios para cubrir tanto las prestaciones que se otorgan a los asegurados y a sus familias como los gastos administrativos que genera la operación.

En el año 2004 la población derechohabiente del IMSS asciende a 12,101,731 personas según datos de valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de diciembre de 2003. La valuación actuarial es una metodología mediante la cual es posible conocer con cierto grado de confiabilidad el comportamiento de los factores que afectan a una Institución de Seguridad Social.

1.1.5.1 Programa de Prevención de Salud (PREVENIMSS)

Dentro del proceso de mejora de atención médica, el Instituto ha diseñado e implantado la estrategia de programas integrados de salud, más conocida como PREVENIMSS y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes.

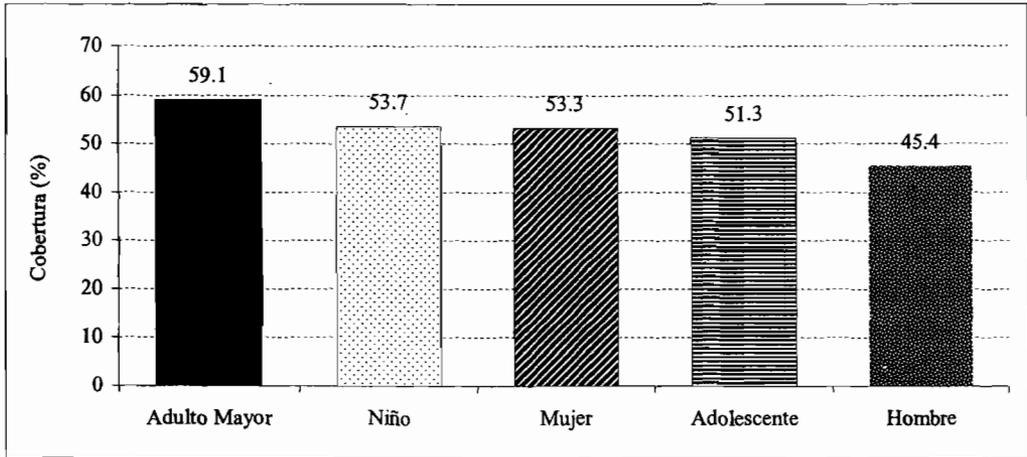
El modelo de atención a la salud que el IMSS ha desarrollado es con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Sin embargo, el énfasis principal siempre ha sido de curación, es decir, la atención del daño y no su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica (la cual se explica más adelante) se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo.

Las acciones del IMSS y del Sector Salud encaminadas a la prevención y reducción del VIH/SIDA, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial y Cáncer Cérvico Uterino son encaminadas a la medida más importante y menos costosa que es la prevención, por esta razón en 2002 se implementaron los denominados programas integrados de salud.

PREVENIMSS se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad: niños (menores de 10 años) adolescentes (de 10 a 19 años) mujeres (de 20 a 59 años) hombres (de 20 a 59 años) y adultos

mayores (de 60 y más años). Hasta diciembre de 2003 se habían incorporado a PREVENIMSS al 51.9 por ciento de la población derechohabiente adscrita a médico familiar – más de 17 millones de personas – mediante la entrega informada de la cartilla y de la guía para el cuidado de la salud, como se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1 Entrega informada de cartillas de PREVENIMSS y coberturas nacionales según grupo de edad



Fuente: IMSS. México. Diciembre 2003

La definición de estos grupos y el contenido de los programas de salud correspondientes, se hizo con base en la transición demográfica y epidemiológica, y en el cambio de enfoque los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.

Dentro de las acciones preventivas y educativas orientada al grupo de niños por ejemplo se tienen programas orientados a la promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, identificación oportuna de enfermedades, salud bucal, cartilla de vacunación, y otros aspectos de interés.

1.1.6 La participación del sector privado en el sistema de seguros en salud

En los próximos años, las ISES se constituirán como una opción más de aseguramiento, con una amplia cobertura de servicios, incluidos los servicios, preventivos, curativos, y de

rehabilitación. Estos esquemas de prepago privado serán complementarios a los servicios públicos sin embargo serán una alternativa para aquellas familias que cuentan con capacidad de pago y optan por servicios privados de salud.

El prepago privado constituye únicamente el 2% del gasto total en salud. Sin embargo, como otra de las líneas de acción de protección financiera, la SSA participa como supervisor de la calidad con la que se dan los servicios de administración de salud, protegiendo a afiliados, hospitales y médicos que participan en estos planes integrales de salud. Entre 1998 y 1999 las autoridades de la SHCP la CNSF y la SSA definieron un marco jurídico para crear la figura jurídica de las ISES.

La regulación de estos esquemas de salud prepagada se enmarca en las acciones de protección financiera en la medida en que reducen el pago de bolsillo, reduciendo la probabilidad de que los asegurados enfrenten gastos excesivos en salud y promueven el fortalecimiento de la atención preventiva. Asimismo ayudarán a extender la cultura del aseguramiento entre la población con capacidad de pago al reconocer que es más conveniente pagar de manera anticipada que pagar del bolsillo por cada evento que se presente.

1.1.6.1 Inequidad en el acceso a los sistemas de salud

Poco más de la mitad de la población mexicana no está asegurada por alguna institución de seguridad social, esto es el 55% según cifras de la SSA.

La equidad y la imparcialidad en salud suponen una relación equilibrada entre la medicina curativa y las actividades de salud pública, además de una relación equilibrada entre la atención de primer nivel y la atención de segundo y tercer nivel, atendiendo los siguientes aspectos como un uso eficiente de los recursos, criterios claros y explícitos para la distribución de recursos, una mínima cultura de “rendición de cuentas”, un cierto nivel de descentralización en la toma de decisiones, un cierto nivel de participación de los usuarios de los servicios de salud en el diseño e implantación de las políticas de salud y espacios para la manifestación de descontentos con los servicios recibidos.

La equidad es el grado en que los satisfactores se distribuyen de manera proporcional a las necesidades, de tal modo que todas las personas tengan las mismas oportunidades.

La equidad en salud puede definirse como el grado en que las oportunidades de acceso a los recursos y servicios corresponden a la distribución de los riesgos y daños a la salud de la población.

1.1.6.2 Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Las ISES son empresas autorizadas por la SSA, para realizar operaciones de seguros en el ramo de salud en el área de los servicios de prevención. Están reguladas por la SHCP, a través de la CNSF, y por la SSA, que se encargará de la supervisión operativa de las mismas.

Son una nueva figura legal dentro de la ley de seguros y fianzas, para la atención de la salud. Tienen el objetivo primordial de brindar la atención integral de salud y no sólo resarcir el daño económico, como es el caso de las pólizas de gastos médicos.

La modificación a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS); publicada en el Diario Oficial el 31 de diciembre de 1999, creó esta nueva figura legal, y en mayo de 2000 se publicaron las reglas para la operación de las ISES.

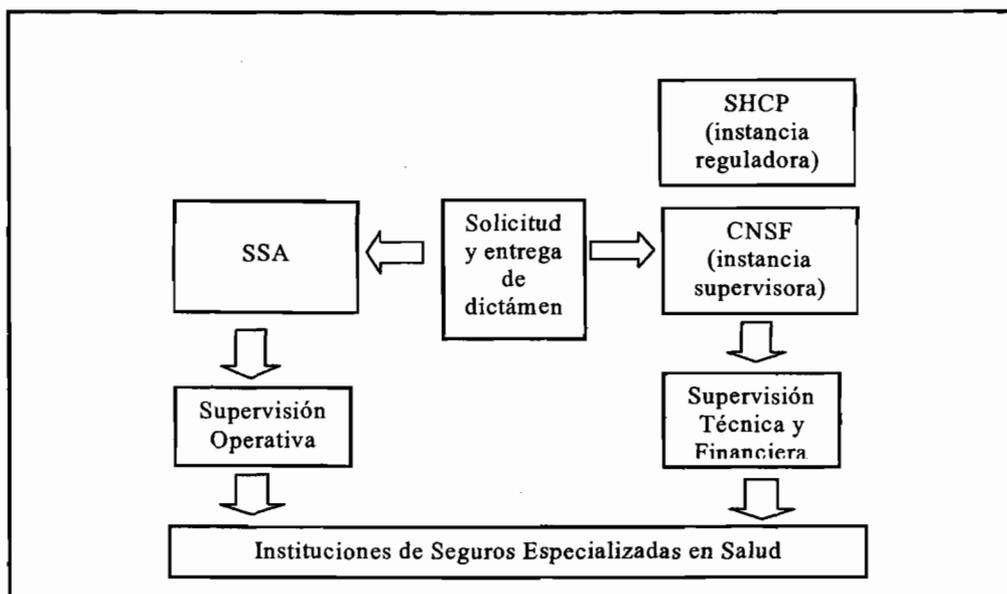
Actualmente hay 12 empresas autorizadas: Novamedic, Plan Seguro, Médica Integral GNP, Seguros Preventis, Inbursa Salud, Seguros Sanatorio Durango, ING Comercial América, General de Salud, Grupo Integra, Vita Médica, Centaurus y Nova Servicios Integrales de Salud. Algunas tienen cobertura nacional y otras únicamente local.

En los planes que cotizan los asegurados tienen derecho a los servicios de los tres niveles de atención médica, en los hospitales y con los médicos que les corresponda según el plan contratado, con las restricciones y exclusiones establecidas en la póliza.

En términos generales incluyen: consultas médicas, atención odontológica, estudios de laboratorio, gabinete y especialidades, en algunos casos servicio de ambulancia y en las pólizas más amplias en cobertura la hospitalización.

Las ISES están obligadas a contratar médicos con cédula profesional. La infraestructura hospitalaria, que ofrecen debe contar con la certificación del Consejo de Salubridad General. Además tienen obligación de presentar un programa de mejoramiento continuo que será evaluado por la SSA.

Cuadro 2 Esquema de las ISES



Fuente: CNSF México. 2000

1.1.6.3 Otras instituciones que integran el esquema nacional de protección

El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio, éste último conformado por las aportaciones que los trabajadores hacen por dos conceptos fundamentales que son el fondo de pensiones y el servicio médico y maternidad

Actualmente el ISSSTE ha celebrado convenios con gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados para ofrecer seguridad social a sus trabajadores. Atiende a más de dos millones de trabajadores y a más de cuatro derechohabientes por trabajador en promedio, con lo que en este momento son más de diez millones de mexicanos beneficiados.

Los principales fondos que integran al ISSSTE son administración, ahorro para el retiro, médico, pensiones, préstamos, préstamos personales, riesgos de trabajo, servicios sociales, culturales y vivienda.

Los fondos son los que cubren el conjunto de 21 seguros, prestaciones y servicios previstos por la ley del ISSSTE de los cuales en materia de salud se tienen los siguientes:

-Medicina preventiva. Garantiza, cuida y preserva la salud de los trabajadores y sus familiares, así como de los pensionados.

-Seguro de enfermedades y maternidad. Brinda atención médica de diagnóstico, quirúrgica y hospitalaria, así como farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad o embarazo de los trabajadores, familias y pensionados.

-Servicios de rehabilitación física y mental: Otorga atención a pacientes con algún tipo de enfermedad o discapacidad que afecte al sistema locomotor, así como a pacientes con afección o deficiencia mental.

1.1.6.4 Plan mínimo de Servicios de Salud (PABSS)

A fin de responder a uno de los desafíos más importantes que enfrenta la política social, la SSA asumió el compromiso de reforzar las funciones de coordinación, planeación, evaluación y seguimiento sobre las acciones que realicen los estados. Para asegurar el adecuado manejo de los recursos presupuestales, la dependencia también transfirió las atribuciones en materia de programación, registro y control del presupuesto, al tiempo que promovió la transformación del proceso bajo el cual se distribuye el gasto a las entidades federativas, a fin de adoptar una fórmula que permita favorecer en mayor medida a las entidades que más lo necesitan.

Ante la necesidad de atender a los grupos de población abierta con nulo o limitado acceso a los servicios básicos de salud, se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); cuyo eje de operación es el paquete básico de servicios de salud -PABSS-. Este paquete se constituye por 12 servicios esenciales del primer nivel de atención, que se desagregan en 55 acciones cuidadosamente seleccionadas por su bajo costo y alto impacto social, las cuales pueden complementarse con otras actividades de acuerdo a prioridades y demandas regionales. Los servicios que proporciona el PABSS son:

- Prevención y control de tuberculosis pulmonar*
- Prevención y control de hipertensión arterial y de diabetes mellitus.*
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, y*
- Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.*

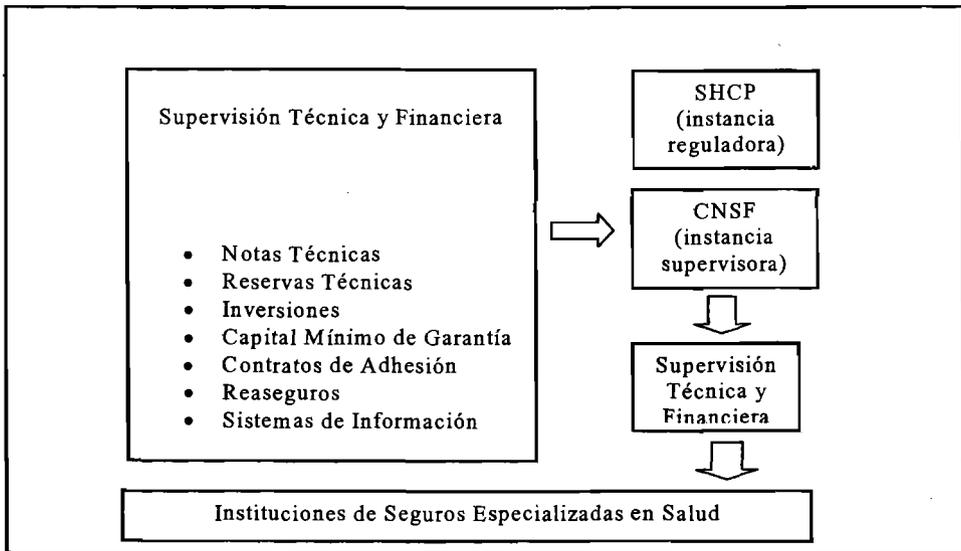
1.2.1 El sistema privado en salud y su regulación y supervisión aplicable

Como se menciono anteriormente el prepago privado constituye solamente el 2% del gasto total en salud. La SSA participa supervisando la calidad con la que se dan los servicios, verificando que el servicio médico sea el adecuado protegiendo así a los afiliados. Fue entre 1998 y 1999 cuando se creó un marco jurídico y de regulación para las ISES. Los objetivos de la regulación son:

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

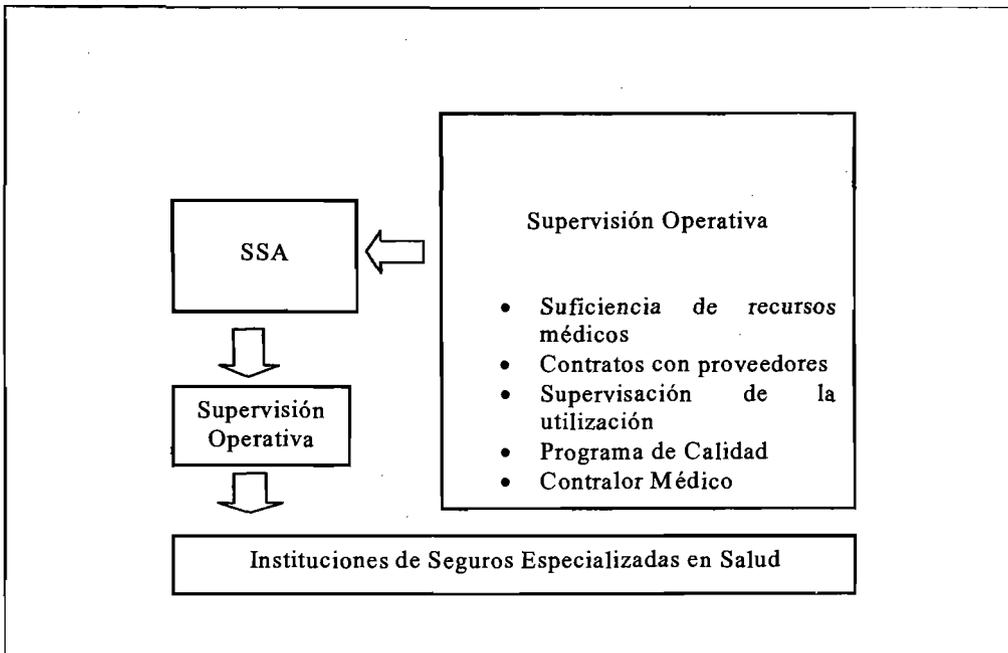
La SHCP funge como órgano regulador de estas actividades, tipificándolas por su naturaleza técnica de asunción de riesgos, como operaciones activas de seguros. La CNSF es el órgano supervisor aprovechando su experiencia tanto técnico-actuarial como financiera en materia de seguros. La SSA opera como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

Cuadro 3 Esquema de las ISES



Fuente: CNSF. México 2000.

Cuadro 4 Esquema de las ISES



Fuente: CNSF México. 2000.

1.2.1.1 El seguro de salud

El seguro de salud, el cual esta enfocado a la prevención, conservación, restauración y rehabilitación de la salud, entendiéndose por salud el completo estado de bienestar bio-sico-social y no solo la ausencia de enfermedad.

El Seguro de Gastos Médicos, cuya finalidad es otorgar servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención y en el cuidado preventivo para el mantenimiento de la salud de la persona.

Las ISES están obligadas a contar con mecanismos que preserven los derechos de los asegurados, dentro de los cuales podemos mencionar:

-Acceso expedito a los servicios

-Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal de la ISES

-La información debe ser confidencial y los servicios con respecto a la privacidad.

-Debe existir seguridad para el asegurado, sus acompañantes y sus pertenencias durante el servicio al que acuda.

-El asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de las personas que le presten el servicio.

-La información sobre el padecimiento, diagnóstico y alternativas de curación se le debe informar al asegurado en todo momento.

-El enfermo tendrá derecho a estar comunicado, en todo momento, con sus familiares.

-Se necesitará el consentimiento del paciente para cualquier acción terapéutica y debe participar en las decisiones relacionadas con el tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

-El asegurado tendrá derecho a pedir otra opinión sobre su padecimiento, de acuerdo al contrato de seguros.

-El usuario podrá no aceptar el tratamiento al que se le quiera someter, escoger el médico y hospital en el que se le trate y cambiar cuando lo considere pertinente, de acuerdo al contrato de seguros.

-Proporcionar un servicio ágil, adecuado, atento e idóneo de acuerdo a los planes que comercializan

-Mantener actualizados los directorios de prestadores de servicios y comunicar la actualización a los asegurados.

-Mantener, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM) de salud y a las disposiciones de la Secretaría de Salud, las instalaciones propias y los médicos, o exigir a los prestadores de servicios que cumplan con esas normas.

1.2.1.2 Elementos del riesgo asegurable

En el Seguro de Salud algunos padecimientos no están cubiertos y otros requieren periodo de espera, además que en general los aseguradores establecen convenios con proveedores, denominados generalmente “Prestadores de Servicios”, como son hospitales, redes de médicos, farmacias, laboratorios. Pero también se cuenta con la posibilidad de que las aseguradoras con este tipo de servicio cuenten con instalaciones propias para otorgar un mejor servicio, evitando así algún intermedio entre el asegurado y asegurador. Estos planes de salud, cuentan con ciertas coberturas que de acuerdo a su integración establecen los diferentes planes que se adaptan a las necesidades del asegurado, es decir este tipo de seguros se contratan en base a coberturas, el copago aplica deducible, es decir como una cantidad fija, mientras que en otras este opera como coaseguro que es como un porcentaje del costo del servicio.

Conceptos de Coberturas:

-Prevención y mantenimiento de la Salud

-Campañas Educativas de Prevención y Mantenimiento de la Salud.

-Inmunizaciones básicas para infantes: BCG (Tuberculosis), Polio, Tetramune (Difteria, -Tosferina, Tétanos y Hemófilus Influenza), Hepatitis A y B, Triple Viral MMR (Sarampión, Rubiola y Paperas), refuerzo de Tétanos y Difteria a partir de los 12 años.

-Atención de infantes, desde su nacimiento hasta los 14 años.

-Atención para la conservación de la salud para mayores de 14 años.

- Detección oportuna de cáncer ginecológico (examen de mama y Papanicolau), campañas de detección oportuna de diabetes, cáncer e hipertensión.*
- Atención médica en consultorio del Médico de Cuidados Primarios. Educación y planificación familiar, (dispositivo intrauterino, salpingoclasia y vasectomía).*
- Hospitalización:*
 - Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Asegurado por motivos quirúrgicos y no quirúrgicos, representados por el costo de habitación privada estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia y gastos inherentes al tratamiento médico.*
 - Hospitalización no quirúrgica. Cirugía ambulatoria y cirugía menor. Honorarios por consultas del Médico Tratante durante la hospitalización en el hospital o sanatorio.*
 - Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes (de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos).*
 - Honorarios del anesthesiólogo.*
 - Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos requeridos por el paciente durante su estancia en el hospital y hasta tres días después de darse de alta, sin el Copago correspondiente, siempre que sean prescritos por su Médico Tratante.*
 - Sala de operaciones, terapia intensiva, intermedia y de recuperación. Consumo de oxígeno.*
 - Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y suero.*
 - Honorarios de Enfermera de Cuidados Especiales, siempre y cuando, dicho Servicio sea prescrito por el Médico Tratante y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos.*
 - Compra o renta de aparatos especiales ortopédicos, excepto la reposición de aquel, aparatos ortopédicos ya existentes a la fecha del accidente.*
 - Medicina física y de rehabilitación, cuando sea considerado indispensable por el Médico Tratante*
- Maternidad*
 - Periodo de espera de 10 meses de cobertura previa y continua del Plan de Seguro*
 - Cuidados de maternidad (parto o cesárea)*
 - Consulta Prenatal*
 - Servicios de Ginecobstetricia*

- Cuidados del recién nacido*
- Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza*
- Complicaciones del embarazo y del parto.*
- Servicios Odontológicos:*
 - Consulta al dentista, incluye aplicación tópica de flúor en infantes*
 - Profilaxis (limpieza) e instrucciones de limpieza bucal*
 - Examen Oral de diagnóstico y plan de tratamiento*
 - Radiografías*
 - Curación y obturación de amalgamas*
 - Extracciones simples*
 - Drenaje de absceso*
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico*
 - Análisis de laboratorio*
 - Electrocardiogramas*
 - Estudios de Histopatología*
 - Estudios Audiológicos*
 - Pruebas respiratorias*
 - Electroencefalogramas*
 - Examen de la vista*
 - Isótopos radioactivos*

La consulta con médico de cabecera es la atención proporcionada por el médico de la Clínica Médica, el cual es seleccionado por el asegurado para ser responsable del control y seguimiento de su salud. En esta consulta se pretende detectar oportunamente cualquier alteración de la salud, solucionar cualquier malestar, y en caso de ser necesario, asignar al asegurado con el especialista correspondiente. La consulta con el médico de cabecera, será proporcionada dentro de las clínicas médicas y deberá cubrirse un copago.

-Consulta de Especialidad

Se refiere a la visita del Asegurado a un médico de la clínica médica o de la red de médicos asignados por la aseguradora para la atención o tratamiento de un médico con especialidad.

-Urgencias

Se entenderá como urgencia médica, entendiéndose como tal la situación o cambio profundo que desequilibra la función normal del organismo, y que puede poner en peligro la vida o bien causar trastornos severos y permanentes en los diferentes órganos del cuerpo.

-Apoyos de diagnóstico

Se refiere a los estudios de laboratorio y gabinete que sean practicados al Asegurado que se definen como apoyo para la determinación del diagnóstico del paciente. Únicamente se realizarán los estudios indicados por el médico de la clínica médica o de la red médica.

-Medicamentos

Solamente los medicamentos que indique el médico de la clínica médica o de la red médica para el tratamiento de los asegurados, cubriendo su respectivo copago. Los medicamentos se otorgarán a través de las farmacias ubicadas dentro de la clínica médica o en las farmacias que pertenezcan a la red médica presentando el formato correspondiente para este servicio.

1.2.1.3 Marco Legal aplicable al Seguro de Salud

En el decreto publicado el 3 de enero de 1997 en el Diario Oficial de la Federación, que fue aprobado por el H. Congreso de la Unión haciendo reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la operación de Accidentes y Enfermedades se dividió en Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud. Así en el artículo 8vo. se definió lo siguiente:

“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 modificó la definición de Operación Activa de Seguros en el caso de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, además de la creación de las ISES y sobre todo la participación de la SSA en aspectos médicos.

1.2.1.4 Aspectos regulados por la LGISMS y sus reglamentos

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas señala algunas razones para incorporar los servicios médicos prepagados a un régimen regulado. Entre estas razones se hallan: un mercado en rápida expansión, número creciente de personas, alta responsabilidad social al involucrar el cuidado de la salud de un gran número de individuos. Por lo anterior es necesario regular la suficiencia, calidad y oportunidad de la atención médica.

En ese sentido serán las Compañías Aseguradoras tradicionales que cuentan con ramo de Gastos Médicos Mayores, que ofrecen servicios con recursos de terceros y con recursos propios como hospitales.

El 31 de diciembre de 1999 en el DOF se modificó la definición de Operación Activa de Seguros en el caso de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud. Además se da la creación de las ISES. El ramo de salud es descrito 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 coordinados por un profesional de salud.

En Marzo de 2002 las autoridades optaron por regular esta actividad, que en muchos casos se considera similar a un seguro. Se decidió que fueran las ISES la figura para prestar este servicio regulado. Los objetivos de la regulación son:

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

1.2.1.5 Características especiales de los contratos de seguros de salud.

El contenido de la documentación contractual de un seguro de salud está constituido por cláusulas que tienen como propósito establecer las condiciones legales, así como las condiciones generales y alcance del seguro, las cuales se definen en la póliza de seguro. La póliza de seguro de salud tiene algunas características generales y especiales, entre ellas podemos citar:

-Cláusulas de Condiciones Contractuales: Los compromisos que adquieren tanto la Aseguradora como el Asegurado quedan definidos en un documentación contractual conocido con el nombre de póliza de seguro.

-Cláusulas de Conceptos generales: Tienen como finalidad definir o explicar conceptos que son de aplicación general en la documentación contractual y que le sirven a los asegurados para una mejor comprensión de las demás cláusulas. Particularmente en un seguro de salud, se encontrará el copago, periodo de beneficio, médico de cuidados primarios, odontólogo de cuidados primarios, *adendum*, casos crónicos, clínica médica, costo, enfermedad, hospitalización, plan, red médica, red de prestadores de servicio, relación de servicios, servicios, urgencia médica.

-Cláusulas de Conceptos Técnicos: Entre estas cláusulas se pueden encontrar accidentes, padecimientos preexistentes, periodo al descubierto, periodo de espera, periodo de gracia, primas, suma asegurada o beneficio máximo, vigencia, inicio de cobertura, solicitud, prima neta, prima neta devengada, prima neta no devengada, prima a prorrata, prima de riesgo,

-Cláusulas de Aspectos Legales: Las cláusulas de Aspectos legales es donde se define el marco legal del Contrato del Seguro, nos explican las disposiciones que integran un Seguro de Salud, las cuales pueden ser contrato, modificaciones y notificaciones, residencia, ocupación, altas de asegurados, edad, omisiones o falsas declaraciones, moneda, forma de pago, reembolso, inicio de los servicios, vigencia, renovación, ajuste anual, suspensión de servicios por falta de pagos, cancelación automática del contrato, reactivación del contrato, intereses moratorios, cancelación voluntaria, jurisdicción.

1.2.1.6 Los riesgos en salud y su forma de medición.

México, al igual que otros países, se encuentra atravesando por un profundo proceso de transición epidemiológica; éste se caracteriza por la modificación del perfil de enfermedades de la población, de tal manera que los padecimientos crónico degenerativos sustituyen a las enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción, como principales causas de muerte.

Las afecciones respiratorias y gastrointestinales, además de padecimientos como el sarampión, la rubéola y la poliomielitis han cedido en importancia al mismo tiempo que han emergido enfermedades de diagnósticos y tratamientos relativamente más complejos, largos y costosos de tratar, como la diabetes mellitus, las afecciones renales y cardiovasculares, así como los tumores malignos, entre otras.

Entre las enfermedades no transmisibles en México destaca un aumento importante en la morbilidad por diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal, Cáncer Cérvico Uterino y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Debido a que algunas de estas enfermedades requieren diagnósticos especializados, largos y complejos tratamientos, y costosos medicamentos, ejercen una presión importante en los gastos, por lo que se vuelve indispensable mantenerlos en seguimiento.

Una manera de medir los riesgos en salud es analizando la proporción de personas que enferman dentro de una población en un sitio y tiempo determinado, denominado morbilidad. La morbilidad captada se encuentra en diferentes tipos de registros, como pueden ser hospitalarios, médicos privados, sistemas administrativos. Lo cual nos hace tener en cuenta la finalidad de estos y los posibles problemas que tengan en caso de que se deseen utilizar por una Compañía de seguros que no cuente con información

1.2.1.7 Clasificación general de los riesgos en salud

La CNSF en su oficio circular S-25/01 publicado el 27 de junio de 2001 publica el catálogo que deberán utilizar las ISES para el llenado de la variable de causa de muerte, tal es el catálogo de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) tiene una clasificación que resume las enfermedades que están incluidas en ese catálogo. Entre estas enfermedades se encuentran:

- Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias*
- Tumores (Neoplasias)*
- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad*
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas*
- Trastornos mentales y del comportamiento*
- Enfermedades del sistema nervioso*
- Enfermedades del ojo y sus anexos*
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides*
- Enfermedades del sistema circulatorio*
- Enfermedades del sistema respiratorio*

Esta clasificación de enfermedades es una agrupación del total de enfermedades que se registran en el CIE, la lista entera es mucho mas larga, esta clasificación con solo 10 enfermedades es utilizada actualmente por el INSP y conocida como CIE10.

1.2.1.8 El proceso administrativo de los riesgos de salud

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

- *Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual*
- *Contralor Médico*
- *Expedientes clínicos, utilización y mejora continua*
- *Los Dictámenes Provisional, Definitivo y anual*

Para la obtención de los dictámenes aprobatorios, las ISES deberán cumplir satisfactoriamente la evaluación de suficiencia de infraestructura propia o mediante contratos con proveedores, además apego a la Ley General de Salud y acreditación de profesionales de salud contratados con cédula profesional, certificación vigente y pertenecer a alguno de los

colegios profesionales. El dictamen provisional será para presentar la solicitud para operar como ISES, el definitivo será un seguimiento y verificación de los planes presentados (3 meses de inicio de operaciones) y el anual para ratificar su operación.

-Contralor Medico de las ISES: El contralor médico será nombrado por el Consejo de Administración y ratificado por la SSA con posibilidad de suspensión, remoción o revocación y será responsable de la normatividad en materia de prestación de servicios médicos. Es decir 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, programas de calidad, contralor médico y sistemas de información.

Este contralor también permitirá a las ISES prevenir, y en su caso, detectar y corregir oportunamente cualquier desviación que encuentre, mediante recomendaciones que hará a la administración. Deberá ser un profesional médico, que cuente con cédula profesional, acreditada solvencia moral, especialidad clínica con certificación vigente y demostrada capacidad técnica y administrativa.

-Expedientes clínicos, Utilización y Mejora Continua: Las ISES mantendrán la adecuada atención médica mediante 2 programas: el de control de utilización y el de mejora continua. El primero de estos 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 consiste en la prestación de servicios para la elevación de la calidad de atención, fomento a la enseñanza e investigación médica.

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:

- Requisitos de Autorización.*
- Capital Mínimo Legal Pagado.*
- Bases Técnicas y Documentación contractual.*
- Reservas Técnicas.*

- Inversión de las Reservas Técnicas.*
- Capital Mínimo de Garantía.*
- Sistema Estadístico.*
- Operación y Comercialización.*
- Régimen Transitorio de Regularización.*
- Reaseguro.*

1.2.1.9 Consideraciones para seleccionar la herramienta para la administración de los riesgos en salud.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD's), son un modelo de clasificación de pacientes que agrupa los pacientes que atiende un hospital basado en sus características clínicas y en su consumo de recursos. Estos grupos son mutuamente excluyentes, además de ser homogéneos tanto clínica como financieramente. Únicamente clasifica pacientes admitidos u hospitalizados, asignando así un GRD por paciente por admisión.

El diseño y desarrollo de los GRD's, comenzó en Yale a fines de los años sesenta. Los primeros "Grupos de Pacientes" fueron documentados en 1973, y constaban de 54 Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y 333 grupos (GRDs) finales. Posterior a esta hubo otras versiones, y fue hasta 1983, cuando el Congreso de EE.UU. realizó una enmienda al Acta del Seguro Social para que incluyera un sistema de pagos nacional basado en los GRD's.

El objetivo al crear los GRDs fue el diseñar un método para poder separar los productos hospitalarios o casos atendidos, para el estudio y gestión hospitalaria; mismo que apoyaría un esquema de distribución de recursos basado en la casuística real que atiende el hospital. Otros objetivos logrados con su implementación han sido los de comunicación entre áreas financieras y áreas hospitalarias; además de establecer un lenguaje común para la comunicación y comparación entre diferentes hospitales dentro y fuera de un país.

Los GRDs requieren una infraestructura de datos sobre los cuales se formula un algoritmo estandarizado que lleva a cabo la agrupación a categorías predeterminadas, misma que se denomina Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB). Entre los datos requeridos están: Edad,

Sexo, Circunstancia de Alta, Días de Estancia, Diagnóstico Principal, Diagnósticos Secundarios (Complicaciones y Comorbilidades), y el Procedimiento Principal y Secundario en caso de haberse realizado alguno.

Los factores que deben ser tomados en cuenta para tomar a los GRDs como herramienta de pago, por ejemplo en un hospital de enseñanza, distribución geográfica, son el desarrollo de sistemas en sí, lineamientos en pagos, desarrollo de pesos en costos relativos, ajustes basados en ubicación geográfica, en las características de los hospitales, etc.

A nivel intrahospitalario los beneficios que traen los GRDs para un Director Médico y un Director Administrativo se refieren al establecer un medio de comunicación entre las áreas Médicas y las Financieras / Administrativas, apoyan el control estadístico de los procesos, además de mejorar el conocimiento del aprovechamiento de los recursos en cada centro de costo por paciente.

Los GRDs pueden ayudar en las relaciones entre los pagadores y prestadores, algunas de estas ventajas son calendarización de los pagos, aseguramiento que los pagos sean adecuados basados en las necesidades de los pacientes, análisis eficiente del presupuesto, gastos predecibles, mayor entendimiento de los Servicios o atención proveída, facilita los Reportes Comparativos

1.2.2.1 Consideraciones adicionales sobre los contratos de seguros en salud

El plan de seguro de salud como todos los planes de seguros, también tiene exclusiones, estas son aquellas situaciones en las que la compañía no se hace responsable por las pérdidas o perjuicios del asegurado. Cada ISES tiene para sus planes que presenta diversas exclusiones, de los cuales las mas generales son las siguientes:

- 1.-Queda excluido cualquier Servicio no ordenado expresamente por el médico de la clínica médica o de la Red de Médica.
- 2.-Los servicios no indicados para la cirugía hospitalaria, cirugía ambulatoria, hospitalización sin cirugía y maternidad, tales como cama adicional, alimentos extra, tipo de alimentación diferente al convenido, pañales, toallas sanitarias, llamadas de largas distancia,

paquete de admisión del hospital así como la compra o alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal.

3.-Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia del contrato, así como los nacidos cuando la madre no cumpla con al menos 10 meses continuos con el plan.

4.-Tratamientos médicos o quirúrgicos, ya sean estéticos, dietéticos de obesidad, calvicie, toxicomanía y alcoholismo.

5.-Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de la esterilidad o fertilidad, así como embarazos y sus complicaciones derivadas de dichos tratamientos.

6.-Gastos por mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos de prótesis y ortopedia.

7.-Legrado por aborto provocado voluntariamente

8.-Arreglos ortopédicos, muletas de metal, taloneras y cabestrillos.

9.-Tobilleras, rodilleras y coderas elásticas.

10.-Estudios o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, trastornos de la conducta o del aprendizaje, enajenación mental, de presión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Tampoco se cubren tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos, independientemente de su causa o complicación.

11.-Curas de reposo o exámenes médicos, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud o check-up.

12.-Anteojos o lentes de contacto.

13.-Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados por personas sin cédula profesional.

14.-Padecimientos resultantes del intento de suicidio o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.

15.-Padecimientos y lesiones resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.

16.-Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del asegurado.

17.-Padecimientos o lesiones resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquellos derivados de peleas en que este haya participado.

1.2.2.2 Planes Privados de Gastos Médicos Mayores

Al presentarse una enfermedad, el costo de tratamiento médico puede ser muy elevado y crear serias dificultades económicas. Ante tal eventualidad los seguros de gastos médicos mayores cubren el gasto que tuvo que erogar el asegurado en caso de accidente o enfermedad, entendiéndose por esto último toda alteración de la salud, comprobada por un médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o en todo el cuerpo, que provenga de alteraciones patológicas comprobables o bien como resultado de actos fortuitos ajenos al asegurado.

Los seguros de gastos médicos mayores individuales y familiares, protegen de los fuertes problemas económicos que genera un accidente y/o enfermedad. Dado que el padecimiento puede presentar diferentes niveles de intensidad y por lo tanto ocasionar diversas necesidades de tratamiento médico, existen algunas líneas de coberturas basadas en un esquema hospitalario, es decir se distingue de acuerdo a la categoría del hospital ya sea de, Hospitales Costo Alto, medio o bajo.

Estos planes cuentan con diferentes opciones de deducible y coaseguro, aunque se puede eliminar el pago del coaseguro y reducir el deducible al utilizar la red médica privada de la Compañía (Hospital y Médico en convenio) haciendo uso de un pago directo. Aquí se muestra el ejemplo de un Seguro de Gastos Médicos ofrecido por ING Comercial América este tipo de seguro ofrece una red privada de servicios médicos; flexibilidad en las opciones de contratación; gastos médicos y de hospitalización; medicamentos; estudios de laboratorio y gabinete; cobertura del recién nacido; complicaciones del embarazo; uso de Ambulancia terrestre etc.

1.2.2.3 Seguros de Salud

En Seguros, la práctica del ramo de salud presenta ciertas características distintas a las de los otros ramos de la operación de accidentes y enfermedades (accidentes personales y gastos médicos). Entre estas características están:

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 este, mediante acciones tanto de prevención como restauración.

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 rembolsar los gastos necesarios en que incurre el asegurado.

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.

1.2.2.4 Análisis comparativo de las diferentes alternativas.

Varias son las diferencias entre los seguros de gastos médicos mayores y los seguros de salud. En un principio, el objetivo del seguro de gastos médicos mayores es proteger al asegurado contra alguna eventualidad económica a consecuencia de un accidente o enfermedad. Mientras que el seguro de salud esta enfocado a prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar la salud.

Otra diferencia es que el seguro de salud busca la prevención primaria y prevención secundaria, buscando en el primer caso evitar enfermedades y con el segundo detener la progresión de procesos patológicos. Este seguro ofrece la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud.

El seguro de gastos médicos mayores cubre los gastos efectuados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente previsto en el contrato. De esto se puede desprender que este tipo de seguros solo cubre el reestablecimiento de la salud, es decir , cubre lo que se ha diagnosticado

El seguro de salud cubre la medicina preventiva (antes de que se de la enfermedad) y la medicina curativa primaria (una vez que ya se presentó la enfermedad).

El seguro de gastos médicos mayores tiene cobertura de emergencia y atención médica en el extranjero

Entre otras características de estos seguros se encuentran por el lado de gastos médicos mayores, este es primordialmente curativo; es utilizado solo por el 11% de la población, es de frecuencia baja y severidad alta, el contacto médico se da postpadecimiento, esta orientado a indemnizar, el pago es por servicio dado.

El seguro de salud por su lado es preventivo y curativo, es de frecuencia alta y severidad baja, el contacto con el médico es antes del padecimiento, asegura la salud de las personas, algunas compañías manejan esquemas flexibles de pago.

CAPITULO II

ESTRUCTURA TECNICA Y ACTUARIAL DE LOS SISTEMAS PRIVADOS EN SALUD OPERADOS POR LAS ISES

2.1 Las características de la población expuesta al riesgo

En México las características de la población es distinta en algunas zonas del país. La vigilancia epidemiológica es un sistema que recolecta información sobre la salud y sobre los diversos eventos de interés epidemiológico, que analiza la información y proporciona un panorama que permita iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control. La información respecto a los daños y riesgos para la salud representa un insumo importante de la vigilancia epidemiológica. La Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica establece los padecimientos y riesgos que están sujetos a notificación e investigación, así como la frecuencia con que éstas deben realizarse, de acuerdo con su trascendencia. El sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) se concibe como un conjunto de relaciones formales y funcionales en el cual participan de manera coordinada las Instituciones del SNS.

Las características de la población varían respecto a la zona en que se ubiquen dentro de la República Mexicana. Por ello las primas variarían según el lugar que se emite una póliza del Seguro de Salud.

2.1.1.1 Salud y grupos relacionados por diagnóstico

Los GRDs proporcionan información sobre la casuística de los enfermos ingresados en el sistema de salud, relacionando tipo de paciente con consumo de recursos. Esta forma de clasificar a los pacientes facilita su tratamiento informático, obteniéndose indicadores que permiten la comparación con otros servicios similares. Los GRD's constituyen por lo tanto un sistema de clasificación de episodios de hospitalización basados en definiciones clínicamente reconocibles y en el que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad

equivalente de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios similares. A su vez los GRD's se agrupan en Categorías Diagnósticas Mayores (CDM's) las cuales se definen como grupos de patologías y/o intervenciones quirúrgicas identificadas a partir de un diagnóstico principal, en total existen 25 CDM's.

Se identifican los siguientes padecimientos en el IMSS cuyo comportamiento sugiere que deben ser monitoreados desde ahora, dado que pueden representar costos financieros elevados en el mediano plazo para las ISES en un futuro.

Cuadro 5 GRD's de mayor gasto en el IMSS según categorías diagnósticas mayores de tipo médico 2001-2003

| Categorías Diagnósticas Mayores de tipo Médico | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| CDM 15 Recién nacidos y condiciones del periodo perinatal | 3,137,717 | 3,277,452 | 3,529,293 |
| GRD 386 Neonato extrem. inmaduro o con síndrome distress resp. | 1,154,892 | 1,261,841 | 1,455,774 |
| GRD 389 Neonato con otros problemas mayores | 874,368 | 899,298 | 933,534 |
| GRD 390 Neonato con otros problemas significativos | 588,190 | 573,737 | 585,255 |
| CDM 11 Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario | 2,320,478 | 2,394,488 | 2,550,314 |
| GRD 316 Insuficiencia renal | 1,531,142 | 1,540,037 | 1,649,949 |
| GRD 332 Otros diag. riñón y tracto urinario edad>17 sin CC | 217,988 | 215,433 | 226,159 |
| GRD 317 Admisión para diálisis renal | 114,345 | 149,688 | 144,922 |
| CDM 04 Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio | 1,529,780 | 1,703,163 | 1,742,807 |
| GRD 98 Bronquitis y asma edad 0-17 | 344,239 | 413,923 | 366,224 |
| GRD 88 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 249,633 | 277,856 | 310,060 |
| GRD 91 Neumonía simple y pleuritis edad 0-17 | 230,491 | 272,734 | 263,539 |
| CDM 05 Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio | 1,211,287 | 1,300,778 | 1,415,517 |
| GRD 127 Insuficiencia cardíaca y shock | 186,024 | 195,659 | 219,089 |
| GRD 131 Trastornos vasculares periféricos sin CC | 152,574 | 165,450 | 171,913 |
| GRD 122 Trast. con IAM sin compl. mayores alta con vida | 131,743 | 142,996 | 153,489 |
| CDM 06 Enfermedades y trastornos del aparato digestivo | 1,078,967 | 1,128,576 | 1,233,749 |
| GRD 184 Esof. gastroent. y trast. dig. miscel. edad 0-17 | 254,050 | 262,205 | 290,446 |
| GRD 183 Otros diag. de aparato digestivo edad>17 sin CC | 189,232 | 189,832 | 208,934 |
| GRD 189 Esof. gastroent. y trast. dig. miscel. edad>17 sin CC | 189,011 | 188,625 | 203,115 |

Fuente: IMSS, México 2004. Cifras en miles de pesos corrientes

En el cuadro 5 se tienen los GRD's de mayor gasto en el IMSS según categorías diagnósticas mayores de tipo médico en los años 2001 a 2003 para recién nacidos y condiciones del periodo perinatal, enfermedades y transtoronos del riñon del tracto urinario, del aparato respiratorio,

circulatorio y digestivo. En el cuadro 6 se tienen los GRD's con mayor número de casos en el IMSS según categorías diagnósticas mayores de tipo médico, 2001-2003.

Cuadro 6 GRD's con mayor número de casos en el IMSS según categorías diagnósticas mayores de tipo médico, 2001-2003

| Categorías Diagnósticas Mayores de tipo Médico | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|----------------|----------------|----------------|
| CDM 11 Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario | 140,090 | 138,521 | 137,314 |
| GRD 316 Insuficiencia renal | 66,052 | 62,805 | 62,733 |
| GRD 332 Otros diag. riñón y tracto urinario edad>17 sin CC | 20,082 | 18,762 | 18,363 |
| GRD 317 Admisión para diálisis renal | 10,697 | 13,238 | 11,949 |
| CDM 04 Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio | 106,259 | 112,604 | 106,584 |
| GRD 98 Bronquitis y asma edad 0-17 | 28,438 | 32,326 | 26,665 |
| GRD 91 Neumonía simple y pleuritis edad 0-17 | 18,365 | 20,929 | 18,507 |
| GRD 88 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 15,046 | 15,540 | 16,471 |
| CDM 15 Recién nacidos y condiciones del periodo perinatal | 102,607 | 100,006 | 97,239 |
| GRD 389 Neonato con otros problemas mayores | 27,476 | 26,715 | 25,855 |
| GRD 390 Neonato con otros problemas significativos | 21,238 | 19,584 | 18,625 |
| GRD 386 Neonato extrem. inmaduro o con síndrome distress resp. | 14,714 | 15,198 | 16,347 |
| CDM 06 Enfermedades y trastornos del aparato digestivo | 101,587 | 99,762 | 101,702 |
| GRD 184 Esof. gastroent. y trast. dig. miscel. edad 0-17 | 26,741 | 26,091 | 26,945 |
| GRD 183 Esof. gastroent. y trast. dig. miscel. edad>17 sin CC | 19,467 | 18,483 | 18,966 |
| GRD 189 Otros diag. de aparato digestivo edad>17 sin CC | 19,434 | 18,313 | 18,385 |
| CDM 05 Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio | 94,833 | 95,934 | 96,966 |
| GRD 131 Trastornos vasculares periféricos sin CC | 14,445 | 14,808 | 14,345 |
| GRD 134 Hipertensión | 12,735 | 12,810 | 13,342 |
| GRD 133 Aterosclerosis sin CC | 12,519 | 12,475 | 12,942 |

Fuente: IMSS. México 2004. Cifras en miles de pesos corrientes.

2.1.1.2 Perfiles de la morbilidad en salud

Las dos tasas que se utilizan con mayor frecuencia en el estudio de las enfermedades en una comunidad son la tasa de *incidencia* y la tasa de *prevalencia*.

Tasa de incidencia. Esta tasa se define como:

$$\frac{\text{Número total de nuevos casos de una enfermedad específica durante un año}}{\text{Población total a julio 1}} * k$$

Donde el valor de k depende de la magnitud del numerador. Se utiliza una base de 1000 cuando resulta conveniente, pero puede utilizarse 100 para enfermedades más comunes. Mide el grado con el que están ocurriendo nuevos casos en la comunidad, es útil para ayudar a determinar la necesidad de la iniciación de las medidas preventivas. Es importante para las enfermedades crónicas como para las agudas.

Tasa de prevalencia. Aunque se mencione como tasa, es en realidad una razón, ya que se calcula a través de la relación:

$$\frac{\text{Número total de casos nuevos o viejos que existen en un instante}}{\text{Población total en ese instante}} * k$$

Esta tasa es especialmente útil en el estudio de las enfermedades crónicas, pero puede calcularse también para las enfermedades agudas.

El Sector Salud, encabezado por la Secretaría de Salud y con fundamento en la Ley General de Salud, estableció los lineamientos básicos para que, a través del SNS (SNS) se concentre, capture, analice e interprete la información de morbilidad de forma homogénea y sistemática.

Para lograr esto el SNS modificó en 1995 el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y creó el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) con el cual todas las instituciones mantendrán bajo vigilancia epidemiológica un grupo de padecimientos que están incluidos en el formato SUIVE-1-2000 o su equivalente institucional, el cual es de interés nacional por las repercusiones que tienen en la población, estableciendo también que la notificación de éstos casos debe hacerse inmediata y/o semanal, con base a la gravedad que representan.

2.1.1.3 Metodo de proyección demográfica

El Consejo Nacional de Población (CONAPO); tiene entre sus principales funciones elaborar proyecciones de población, con base en el análisis sistemático de las tendencias demográficas y la aplicación de metodologías especializadas. La disponibilidad de datos nuevos sobre los comportamientos demográficos obliga a esta institución a revisar los ejercicios realizados y elaborar en su caso nuevas proyecciones que se ajusten y tomen en cuenta los cambios recientes de la mortalidad, fecundidad y migración.

Las proyecciones que se enuncian a continuación utilizan los resultados definitivos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, y censos anteriores y fueron realizadas por el CONAPO en su estudio denominado Proyecciones de la Población de México 2000-2050. Para alcanzar un grado de certeza, las proyecciones demográficas requieren ser actualizadas a medida que surge nueva evidencia acerca de los niveles y tendencias de los factores de cambio demográfico.

Los métodos utilizados se elaboraron con el método de los componentes demográficos. En este procedimiento primero se establecen las premisas sobre el futuro comportamiento de los factores del cambio demográfico (la fecundidad, la mortalidad y migración): y después se aplican esas previsiones a la población base (inicial) de tal manera que los sobrevivientes durante cada año de la proyección se van reproduciendo para generar las nuevas cohortes que se incorporan a la población residente. Las proyecciones de la población nacional generalmente se elaboran bajo una perspectiva uniregional, es decir las previsiones sobre las tendencias futuras de la fecundidad, la mortalidad, y sobre todo, la migración se establecen solo para el propio país y se deja de lado la posible influencia que pueda tener la demanda demográfica de otras naciones¹.

Las nuevas previsiones de la población para el conjunto del país, parten de premisas únicas para la fecundidad, la mortalidad y la migración interestatal e internacional, donde se fija el horizonte hasta el año 2051. En el PNS 2001- 2006 toma en cuenta un principio básico que consiste en la elevación de las condiciones de vida de los mexicanos. En el ambito de salud dicho programa se propone aumentar al menos 7 años a la vidad media al cabo del próxino medio siglo y en el

¹Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. CONAPO 2002

marco de la salud reproductiva, reducir la demanda insatisfecha del uso de métodos anticonceptivos entre la mujeres en edad fértil, de 12.1% en 1997 a 6.4% en 2006.

La población base para las proyecciones debe ser confiable en cuanto su monto y estructura por edad. La población base de las proyecciones del CONAPO se deriva de un ejercicio de corrección demográfica de la población por edad y sexo enumerada en el *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.

2.1.1.4 La transición demográfica en salud

Con el desarrollo de la tecnología médica en la última mitad del siglo pasado hubo cambios importantes en las enfermedades que agobiaron a la población en distintas etapas de la evolución demográfica. Las experiencias transicionales tienen una alta especificidad de tiempo y espacio, que permiten capturar la dinámica del cambio en salud para así ordenar y dar coherencia a las evidencias empíricas cada vez más numerosas. La transición de la salud se puede ver en 2 etapas por un lado se encuentra la transición epidemiológica que se refiere al cambio en las condiciones de salud y posteriormente se encuentra la transición de la atención de la salud, que se refiere a los sistemas de salud de la población.

La transición en salud puede ser vista a través de la transición epidemiológica y este concepto ha sido investigado de diversas maneras. Es la transición epidemiológica un periodo más que un proceso de cambio. Así se ve la transición como un lapso con un principio cuando empezaban las enfermedades infecciosas y una terminación cuando los padecimientos no transmisibles finalmente dominan como causa de muerte. Es necesario concebir a la transición como un proceso dinámico en el cual los procesos de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica. La teoría de la transición epidemiológica debe entonces orientarse a comprender las características, determinantes y consecuencias de dicho proceso¹. La transición epidemiológica se puede dividir en 3 etapas de cambio:

¹Omran, A. R. "Epidemiological Transition. Theory". En: Ross, J. (compilador). *International Encyclopedia of Population*. Nueva York: The Free Press, 1982: 172-175

-La composición por causa de la mortalidad: La transición epidemiológica implica un cambio de las principales causas de muerte en un sentido predominante: de las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y la nuevas infecciones.

-La estructura por edad de la mortalidad: El segundo sentido del cambio consiste en que la carga principal de la enfermedad y la muerte se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. Así, el descenso inicial en la mortalidad que caracteriza a la transición demográfica se concentra selectivamente en las causas de muerte de tipo infeccioso y tiende a beneficiar a los grupos de edad más jóvenes, en los que las infecciones son más frecuentes y graves. Así la supervivencia más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones propias de la edad adulta. De este modo la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos.

-El peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad en el panorama epidemiológico: El tercer sentido del cambio epidemiológico estriba en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante. A este respecto, el concepto de transición epidemiológica va más allá del de transición demográfica, ya que no sólo intenta explicar los cambios en la mortalidad, sino también en la morbilidad. El aumento en la importancia de esta última obedece a causas complejas. Un factor primordial es el incremento relativo de las enfermedades crónicas, que por definición tienen una mayor duración que los padecimientos agudos característicos de la patología *pretransicional*. Además, los avances de la ciencia médica han sido menores para la prevención de la patología *posttransicional*.

2.1.1.5 Proyecciones demográficas

Al finalizar el año 2004 el CONAPO publicó en el Informe sobre el Perfil Demográfico de México que hay alrededor de 105 millones 909 mil personas, por lo que este país finalizó diciembre de 2004 como el décimoprimer en población del mundo, el tercero del continente y el

segundo de América Latina⁹. CONAPO afirma que si se cumplieran las premisas establecidas para la mortalidad, fecundidad, la mortalidad y la migración internacional, la población del país aumentaría de 100.6 millones de habitantes a mediados de 2000 a 106.4 en 2005, 111.6 en 2010, 127.2 en 2030 y 129.6 millones en 2050, según se aprecia en el cuadro 8. La tasa de crecimiento total a su vez descendería de 1.27 por ciento en 2000 a 1.02 en 2005, 0.88 en 2010, 0.38 en 2030 y -0.17 en 2050. Se puede ver que, por primera vez desde la culminación de la lucha armada de la Revolución Mexicana (1910-1921), la población del país decrecería a partir de 2044.

Señala que las hipótesis que sirven de base para las recientes proyecciones del CONAPO apuntan a que la transición demográfica se habrá completado cerca del final del horizonte de la proyección (2050). El envejecimiento de la estructura por edades seguirá propiciando un aumento gradual de la tasa bruta de mortalidad y fecundidad por debajo del reemplazo generacional y favorecerá el continuo descenso de la tasa de natalidad. Es decir que poco después de 2050 se habrá completado la transición demográfica, esto significa que habrá una disminución de su población por crecimiento natural. La transición demográfica significa una continua transformación de la estructura por edad.

Cuadro 7 Estructura por edades en el horizonte de la proyección.

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2030 | 2050 |
|----------------|------|------|------|------|------|
| 0 a 5 años | 13.2 | 11.2 | 10.1 | 7.9 | 6.6 |
| 6 a 14 años | 20.2 | 18.9 | 16.5 | 12.4 | 10.2 |
| 15 a 59 años | 59.8 | 62.3 | 64.5 | 62.2 | 55.3 |
| 60 en adelante | 6.8 | 7.7 | 8.8 | 17.5 | 28.0 |

Fuente: Cuadro realizado con estimaciones del Consejo Nacional de Población. 2000. México

En la tabla anterior se puede ver la estructura por edades durante el horizonte de la proyección, la participación de los niños en edades preescolares de 0 a 5 años se reducirá del año 2000 en 13.2% a 6.6% en el año 2050, lo mismo para los niños de 6 a 14 años que pasará de 20.2% en 2000 a 10.2% en 2050. En cambio la población en edad de trabajar y los adultos mayores

⁹ La jornada. Miércoles 29 de diciembre de 2004 página 3

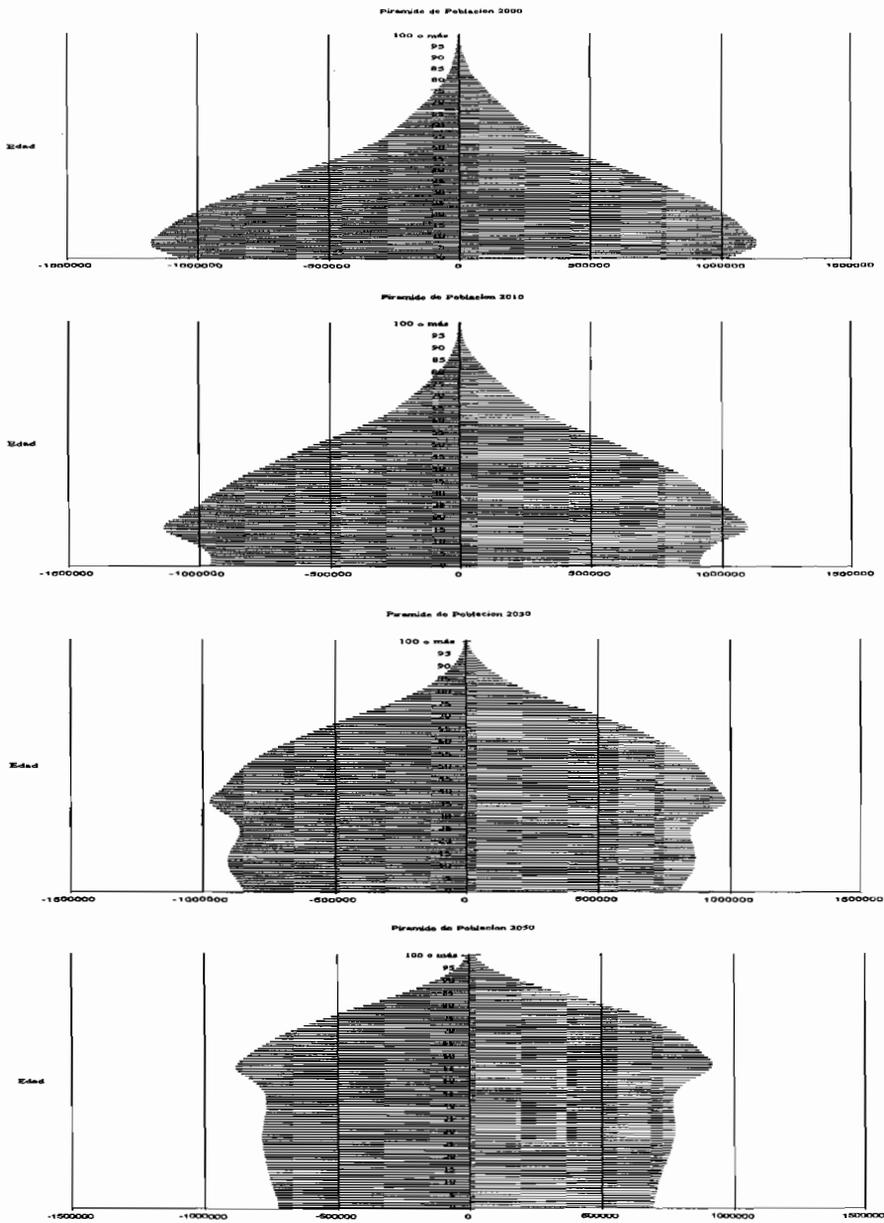
abarcarán cada vez más mayores proporciones de la población total. La primera de 59.8% en 2000 a 55.3% en 2050, y la última, de 60 años en adelante al grupo de mayor edad de 6.8% en 2000 crecerá a 28.0 en 2050

Como consecuencia directa de ese envejecimiento de la población es el gradual aumento de la edad media de la población de 26.6 en 2000 a 42.7 años en 2050. Esto tiene que ver directamente con la transición demográfica en salud, porque una edad de vida media mayor implica una persona con una enfermedad como la diabetes de transferencia genética tenga más oportunidades de vida y a su vez mayor probabilidad de reproducirse y transmitir a su descendencia su enfermedad.

Cuadro 8 Pirámides de Población, 2000-2050

Hombres

Mujeres



Fuente: Cuadro realizado con estimaciones del Consejo Nacional de Población. 2000. México

2.1.1.6 Generación actual de asegurados y contingencias

Una compañía de seguros que ofrece al mercado un seguro de salud, lo hará con el diseño de éste basado en su fundamentación legal, necesidades de la población en materia de salud, y en las primas de seguros similares, pero antes deberá observar la necesidad de salud del posible asegurado que será el usuario final. Este último acude a la aseguradora con la intención de protegerse de una cierta contingencia, en este caso una posible enfermedad que puede ser detectada tempranamente por medio de consultas preventivas y en su caso curativas de manera anticipada.

2.1.1.7 Salud y expectativas de nuevos ingresantes

Las expectativas de nuevos ingresantes para las ISES estarán orientadas a cubrir las necesidades de salud de la población de ingresos medios. En ese sentido también a aquellos que opten por la reversión de cuotas del IMSS y tener una unidad de medicina familiar en una ISES podrán ser nuevos ingresantes.

En lo que se refiere a la utilización de servicios de salud en preferencia por institución de Salud en México tenemos la siguiente: SSA 33.8%, servicios privados (27.4%), IMSS (24.2%), ISSSTE (3.9%) e IMSS- Solidaridad (3.3%)¹⁰. En tres entidades federativas la institución preferente fueron, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA); los servicios privados. Estas son Guanajuato (42.6%), Michoacán (40.0%) y el Distrito Federal (33%). En ese sentido las ISES tendrán mas oportunidades en estos 3 últimos. Los principales factores poblacionales por la preferencia de servicios privados en los derechos son la educación superior (33.9%), ingresos económicos altos (18.2%), lo cual nos indica que población podrá contratar un seguro de salud en un futuro¹¹. También cabe mencionar que 16.7% de la población derechohabiente de instituciones públicas prefiere servicios privados¹².

¹⁰ ENSA 2000. México

¹¹ ENSA 2000. México

¹² ENSA. Tomo 2.

Cuadro 9 Distribución porcentual de la población, por sexo, según preferencia de servicios de salud

| Preferencia de Servicios de Salud | Hombre | Mujer | Total |
|---|--------|-------|-------|
| Clinica u hospital SSA | 33.5 | 34.1 | 33.8 |
| Clinica u hospital del IMSS | 24.2 | 24.1 | 24.2 |
| Clinica u hospital del ISSSTE | 3.6 | 4.1 | 3.9 |
| Clinica u hospital de otros de Seguridad Social | 1.0 | 1.1 | 1.0 |
| Clinica u hospital IMSS-Solidaridad | 3.3 | 3.3 | 3.3 |
| Clinicas u hospitales privados | 27.4 | 27.3 | 27.4 |
| Otra institución o lugar | 2.3 | 2.3 | 2.3 |
| No se atiende | 2.8 | 1.9 | 2.3 |
| No responde | 2.9 | 1.8 | 1.8 |
| Total | | | |
| Por ciento | 100 | 100 | 100 |

Fuente: SSA INSP Encuesta de Salud Cuestionario de Hogar 2000. México. 2000 Cifras en miles

2.1.1.8 Generaciones Futuras

Las ISES podrán brindar sus servicios a la población que enfrentará el envejecimiento poblacional más agudo que tendría lugar según las proyecciones después de 2030. Así la prevención de enfermedades y el tratamiento oportuno será primordial. En ese sentido la salud de la población jugará un papel importante sobre todo la detección temprana de enfermedades, ya que la transición demográfica también traerá distintas necesidades de salud para la población y las ISES podrán ayudar a cubrir una parte de las necesidades que se generen en conjunto con el SNS, es decir el IMSS, el ISSSTE y la SSA.

El envejecimiento de la población de México se puede ver también mediante la evolución de la razón de la dependencia y sus componentes (infantil y juvenil de 0 a 14 años y de los adultos mayores de 60 años o más). La conjunción de las tendencias opuestas en niños y jóvenes y en adultos mayores, combinada con un considerable crecimiento de la población en edades laborales, propicia que el mínimo histórico del indicador de dependencia se ubique entre 2013 y 2018 en (58%).

En el ramo de Salud, se observa la necesidad de contemplar algunas consideraciones para la definición de los parámetros técnicos que dan origen al riesgo de este tipo de planes, mismas que se listan a continuación:

- *Segmentación del riesgo* por los diferentes tipos de servicios que se ofrecen
- *Frecuencia esperada* del evento
- *Monto medio* esperado de cada uno de los eventos cuando estos se realicen

2.1.1.9 Segmentación del riesgo

En el Seguro de Salud, se tienen coberturas a los riesgos que se pretendan cubrir con la finalidad de tener una segmentación de las contingencias y que se pueden así manejarlas estadísticamente, además de facilitar su manejo y costos para la aseguradora por los diferentes tipos de servicio que se ofrecen.

Segmentación del riesgo.- Separaremos el análisis de las variables de acuerdo a la siguiente clasificación de coberturas, las cuales se pueden agrupar estadísticamente de una forma representativa de acuerdo a sus características y origen.

- *Consulta de Primer Contacto*
- *Medicamentos generados por consultas de primer contacto*
- *Apoys de diagnóstico generados por consultas de primer contacto*
- *Consulta en RED*
- *Medicamentos generados por consultas en RED*
- *Apoys de diagnóstico generados por consultas en RED*
- *Atención Dental*
- *Hospitalización*
- *Urgencias*
- *Maternidad*
- *Fisioterapia*
- *Otros servicios*

2.1.2.1 Frecuencia esperada

Por frecuencia esperada entenderemos el número de eventos esperados con relación al número de asegurados con derecho a hacer uso de esa cobertura por el periodo de un año. En el caso de

medicamentos y apoyos de diagnóstico, se tomará el número de eventos esperados de este tipo, con relación a las consultas esperadas que los generen.

2.1.2.2 Monto medio

Por este concepto entenderemos el costo medio esperado por cada uno de los eventos que se den en esa cobertura. Es muy importante que para efecto del análisis, sea considerado el efecto de los copagos.

2.1.2.3 Bases de frecuencia

Las bases de frecuencia se utilizan para saber con que frecuencia se utilizan los servicios de determinado beneficio, sexo, rango de edad y cartera.

Sea:

P_{xjkh} = Personas vigentes promedio con derecho al beneficio x , del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h

$$P_{xjkh} = \frac{\sum_{i = \text{Enero}}^{\text{Diciembre}} P_{xjkhi}}{12}$$

En donde P_{xjkhi} = número de personas vigentes en el mes i con derecho al beneficio x , del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h .

Denotamos como S_{xjkh} = Número de servicios otorgados de la cobertura x , para personas del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h .

$$S_{xjkh} = \sum_{i = \text{Enero}}^{\text{Diciembre}} S_{xjkhi}$$

S_{xjkhi} = número de servicios otorgados en el mes i , correspondiente a la cobertura x , para personas del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h del mes i .

Entonces:

FO_{xjkh} = Frecuencia anual observada del beneficio x para una persona del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h

$$FO_{xjkh} = \frac{S_{xjkh}}{P_{xjkh}}$$

Donde:

x : {Consulta de primer contacto, Consulta de RED, Fisioterapia, Atención Dental, Hospitalización, Maternidad, Urgencias, Otros servicios}

j : {Hombre, Mujer}

k : {0-12, 13-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70 en adelante}

h : {Individual, Grupo}

2.1.2.4 Bases de Monto Medio

Las bases de monto medio se utilizan para determinar el monto promedio de los servicios de determinado beneficio, sexo, rango de edad y cartera.

R_{xjkh} = Número de servicios pagados en red para el beneficio x , para personas del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h y se calcula como:

$$R_{xjkh} = \sum_{i = \text{Enero}}^{\text{Diciembre}} R_{xjkhi}$$

Donde:

R_{xjkhi} : Número de servicios pagados en Red para el beneficio x , para personas del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h , en el mes i , que generaron un gasto

N_{xjkh} : Monto de servicios pagados en red para el beneficio x , para personas del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h

$$N_{xjkh} = \sum_{i = \text{Enero}}^{\text{Diciembre}} N_{xjghi}$$

Donde:

N_{xjghi} : Monto de servicios pagados en Red para el beneficio x , para personas del sexo j , rango de edad k y tipo de cartera h , en el mes i .

Obteniendo de esta manera el monto medio por evento.

M_{xjkh} : Monto medio por evento del beneficio x , para personas del sexo j y rango de edad k y tipo de cartera h

Donde:

$$M_{xjkh} = \frac{N_{xjkh}}{R_{xjkh}}$$

y además:

x : {Consulta de primer contacto, Consulta de RED, Fisioterapia, Atención Dental, Hospitalización, Maternidad, Urgencias, Otros servicios}

j : {Hombre, Mujer}

k : {0-12, 13-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70 en adelante}

h : {Individual, Grupo}

2.1.2.5 Factor de ajuste por copago

Desde el punto de vista técnico exigir del asegurado que tome a su cargo los gastos iniciales (en algunos productos hasta cierto monto preestablecido) de una enfermedad significa evitar que este considere como enfermedad el más mínimo malestar. Al mismo tiempo, el deducible ahorra al asegurador el tener que abrir toda una serie de expedientes de siniestro para los cuales el costo administrativo es casi superior a la prestación pagada.

El copago es una cantidad de la participación del asegurado previamente establecida, que es cobrada antes de utilizar el servicio médico por cada servicio que solicite. En la medida en que el copago aumente o disminuya, la participación del asegurado, también lo hará y por lo tanto el costo de la protección también lo hará. Una vez establecidos los copagos a utilizar, se analiza la distribución que guardan los eventos a fin de establecer el impacto de dichos copagos en el monto medio.

El principio básico de todo seguro, se aplica también a la salud, es decir las estimaciones de gastos no deben ser superiores a los gastos reales. Debe preservarse en todo momento un sano equilibrio entre los siniestros reales y los siniestros esperados, entre las primas cobradas y las prestaciones pagadas, de lo contrario hay pérdidas. En la previsión de gastos, se deben tomar en cuenta la experiencia siniestral y la inflación de los costos médicos.

Se habla de inflación de costos médicos debido a que el aumento de los precios en servicios de salud es superior al aumento del índice de precios al consumidor. Se tienen que analizar las prestaciones pagadas y, al mismo tiempo, pronosticar el probable aumento en sus gastos causados por el incremento de los costos médicos. Si no se hace no se podrá constituir un nivel de reservas adecuado, ni adaptar convenientemente las tarifas en función de los gastos que deben soportar.

Una vez tomada la consideración sobre la inflación de los servicios médicos, la prima de riesgo considera el copago ya sea que se determine como una cantidad fija o una cantidad variable, como se verá más adelante.

2.1.2.6 Cálculo de factor de ajuste por copago

La magnitud de la pérdida económica del asegurado, en caso de enfermedad es una variable aleatoria que depende de una serie de factores, como son el riesgo, el copago, suma asegurada, edad, costo de los servicios médicos, el costo de medicamentos y estudios de laboratorio.

En términos más analíticos si denominamos a:

CV_x : Copago variable (%) por evento de la cobertura x

CF_x : Copago fijo por evento de la cobertura x

Entonces si el copago aplica como una cantidad fija:

$$PA^{SS}(s) = \begin{cases} s & \text{si } s \leq CF_x \\ CF_x & \text{si } CF_x < s \leq B \\ CF_x + s - B & \text{si } s > B \end{cases}$$

Donde $PA^{SS}(s)$ es la participación del asegurado en la pérdida s , con copago CF_x y suma asegurada B .

Si el copago aplica como un porcentaje de la reclamación, entonces:

$$PA^{SS}(s) = \begin{cases} s & \text{si } s \leq CV_x \\ CV_x & \text{si } CV_x < s \leq B \\ B \cdot (1 - CV_x) + (s - B) & \text{si } s > B \end{cases}$$

Donde $PA^{SS}(s)$ es la participación del asegurado en la pérdida s , con copago CV_x y suma asegurada B .

También hay que definir:

FR_{xp} : Factor de ajuste por tipo de red, según el plan p y la cobertura x

En algunos planes de algunas coberturas podrían surgir algunas desviaciones de siniestralidad, las cuales podran ser ajustadas con este factor de ajuste de tipo de red médica, que puede ser por ejemplo el aumento inesperado de algún costo médico de una cobertura x .

Se da un ejemplo de copago de la Compañía Plan Seguro que comprende las siguientes características:

Seguro de Salud: Compañía: Plan Seguro, Plan: Salud 2000, con Suma Asegurada Ilimitada.

Copago del 30% en: atención ambulatoria (consulta médico general, consulta médico especializada, examen de laboratorio e imagenología, procedimientos y estudios especiales y urgencias) y Urgencias (en el caso de accidentes no aplica copago).

Cobertura: Atención ambulatoria, Examen de medicina preventiva (niño de 0 a 11 años), examen anual de medicina preventiva (de 12 a 17 años), revisión clínica (mayores de 18 años), consulta médica general y especialista, examen de laboratorio e imagenología, procedimientos y estudios especiales, urgencias.

Hospitalario: Imagenología y laboratorio, estudios especiales de diagnóstico quirúrgico, unidad de tratamiento intensivo y coronaria, medicamentos, insumos, día cama, honorarios médicos quirúrgicos, honorarios de consultas intrahospitalarias, anestesiólogos y ayudantes.

Coberturas opcionales: Parto (cobertura opcional), control del embarazo y puerperio, servicio hospitalario, cunero e incubadora. Esta cobertura tiene un precio de \$7,989.00¹³ y como copago el 30% es decir alrededor de \$2,396.00 pesos.

2.2 Primas de tarifa y sistemas modificados de reserva

En las reglas para la operación del ramo de salud, se establece que las ISES deberán de constituir e incrementar las reservas técnicas correspondientes a los seguros de salud. En ese sentido la CNSF da a conocer la forma, términos, contenido y formatos para realizar la valuación de las reservas técnicas, así como su presentación ante la propia comisión. Además la entrega de la información relativa a la valuación de las reservas técnicas se hace cada trimestre y en situaciones en que la CNSF detecte que se requiera de un seguimiento especial de la evolución de las ISES de que se trate, podrá establecer una periodicidad diferente para la entrega de las valuaciones¹⁴.

¹³ Pesos corrientes a 2004.

¹⁴ Reglas para la operación del Ramo de Salud.

La prima de tarifa incluye los costos que originarán los riesgos cubiertos por el seguro de salud, contenidos en la póliza, además de los gastos que se produzcan en la gestión del mismo. Entre ellos el gasto de administración, además de los gastos de adquisición que son atribuidos a promotores, agentes, publicidad, gastos de inspección de riesgos, exámenes médicos, etc. y generalmente son descritos como porcentajes de la prima de riesgo.

Las ISSES 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 la CNSF los resultados de la valuación de las reservas técnicas de la cartera de pólizas en vigor al cierre del trimestre en cuestión¹⁵.

2.2.1.1 Prima de riesgo

Definiremos la prima de riesgo de cada una de las coberturas segmentadas, como el número de eventos esperados multiplicado por el costo medio esperado por evento

$$PR_x = F_x \times Mmx$$

donde :

PR_x: Prima de riesgo de la cobertura *x*

F_x: Frecuencia esperada de la cobertura *x*

Mmx: Costo medio esperado para la cobertura *x* (descontando el copago de dicha cobertura)

2.2.1.2 Cálculo de la prima de riesgo

Una vez definidas todas las variables que utilizaremos, procederemos a realizar el cálculo de la Prima de Riesgo para cada una de las coberturas, bajo el siguiente esquema:

Sea:

F_{xjk}: Frecuencia anual esperada de la cobertura *x*, para personas del sexo *j* y rango de edad *k*

¹⁵ Circular S-24.3. CNSF

| | |
|---------------|--|
| M_{xjk} : | Monto medio esperado de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k |
| CF_x : | Copago fijo por evento de la cobertura x |
| CV_x : | Copago variable (%) por evento de la cobertura x |
| FR_{xp} : | Factor de ajuste por tipo de red, según el plan p y la cobertura x |
| PRM_{xjk} : | Prima de riesgo mensual de la cobertura x , para personas del sexo j y rango de edad k |

2.2.1.3 Prima de riesgo mensual

Se determinará la prima de riesgo mensual de la cobertura x del sexo j de edad k

$$PRM_{xjk} = \left(\left\{ \frac{F_{xjk}}{12} \times \left[M_{xjk} \times FR_{xp} \times (1 - CV_x) - CF_x \right] \right\} \right)$$

Obteniendo la prima de riesgo mensual del plan, de la siguiente manera

$$PRM_{jk} = \sum_x PRM_{xjk}$$

2.1.1.4 Prima de tarifa

El que una compañía gane o pierda o quiebre por las obligaciones ofrecidas, depende de lo bien o mal adecuadas que estén las primas, en relación a la experiencia de lo que puede ocurrir con la cobertura ofrecida y con los gastos que ésta provoca. Es decir la prima debe tener una carga adicional no solo para cubrir las obligaciones adquiridas por la compañía, si no también los gastos y otros requisitos financieros de la aseguradora. A este tipo de prima cargada, se le conoce prima de tarifa¹⁶ que además de contener la prima de riesgo, contiene otros factores adicionales como: Gasto de adquisición, Gasto de administración, Margen de utilidad requerido para el plan, los cuales se representarán como un porcentaje de la Prima de Tarifa.

2.2.1.5 Cálculo de la prima de tarifa

Una vez obtenidas las Primas de Riesgo por edad y sexo, se calculará la prima de tarifa por sexo y rango de edad, bajo el algoritmo que se presenta más adelante, después de definir los gastos por póliza.

Sea:

PTjk: Prima de Tarifa del producto para personas del sexo *j* y rango de edad *k*

PRjk: Prima de Riesgo del producto para personas del sexo *j* y rango de edad *k*

Además para el cálculo de la prima de tarifa se necesitará además definir los Gastos por póliza

2.2.1.6 Gastos por póliza

De este modo, sea:

Gadq: Gasto de adquisición, el cual estará expresado como un porcentaje sobre la Prima de Tarifa.

Gadm: Gasto de administración, el cual estará expresado como un porcentaje sobre la Prima de Tarifa.

Margen: Margen de utilidad requerido para el plan, el cual se representa como un porcentaje de la Prima de Tarifa.

Entonces el Cálculo de la Prima de Tarifa se expresa por:

$$PTjk = \frac{PRjk}{1 - Gadq - Gadm - Margen}$$

2.2.1.7 Cálculo de las reservas técnicas

Una compañía adquiere un compromiso con sus asegurados, el cual consiste en pagar la suma asegurada si se cumplen las condiciones pactadas. El asegurado por su parte tiene la obligación de pagar una serie de primas para obtener un derecho, es decir el beneficio ofrecido.

¹⁶ Alberto M. Ramírez de Jurado Frías. *Teoría Actuarial del Seguro de Personas*

De este modo se observa la necesidad de determinar el monto en unidades monetarias, que debe tener la compañía al tiempo t para que pueda cubrir los beneficios ofrecidos. La cantidad reservada para pagar los beneficios en un momento, depende de la diferencia entre el valor actual de las obligaciones de la compañía (VAOC) y el valor actual de las obligaciones del asegurado (VAOA). Así $VAOC_t - VAOA_t$ al tiempo t representa la cantidad que debe estar constituida y reservada de acuerdo a las disposiciones legales en un fondo constituido como reserva.

2.1.1.8 Reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados

La Reserva de Siniestros Ocurridos y no Reportados (SONR); se presentará de manera trimestral a la CNSF y se hará con la siguiente información.

-*SONR de retención*: Se refiere al monto de la reserva SONR 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.

-*Participación por reaseguro cedido en la SONR*: Se refiere a la porción de la reserva SONR cedida a los reaseguradores, conforme a las disposiciones legales vigentes y retenida por la institución de seguros.

-*Reserva Total SONR*: Monto total constituido por concepto de la reserva SONR al cierre del trimestre que se trate.

2.2.1.9 Cálculo de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados.

Para el cálculo de esta reserva, se utilizará el siniestro diario promedio y el número de días en tránsito (período que transcurre entre la fecha de factura del gasto reclamado y la fecha en que se abre la reserva por parte de la compañía).

$$SONR = \text{Siniestro Promedio diario} * \text{Número de días en tránsito}$$

2.2.2.1 Reserva de riesgos en curso

En las reglas para la operación del ramo en salud se establece que las ISES deberán constituir e incrementar la reserva de riesgos en curso de acuerdo a lo previsto en el artículo 46 fracción III y

51 de la LGISMS. Para dicho efecto la CNSF en la circular S-24.3 dio a conocer los formatos de valuación de reservas técnicas. En el caso específico de la valuación de la reserva de Riesgos en Curso se deberá contar con al menos la siguiente información:

-Número de póliza: De acuerdo a los controles de la Compañía

-Ramo: En el caso de las ISES, Salud

-Endosos: Se identificarán los endosos que corresponden a cada póliza

-Fecha de inicio de vigencia: Se identificará la fecha en que entró en vigor la póliza y en su caso los endosos.

-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.

-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.

Además se deberá presentar trimestralmente como anexo de la reserva de riesgos en curso el anexo CVAES-02 que contiene información adicional de la misma:

-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, correspondientes a planes contratados en moneda nacional.

-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, correspondientes a planes contratados en moneda extranjera

-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.

-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.

-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, se indica así al pie del anexo requerido por la CNSF.

2.2.2.2 Cálculo de la reserva de riesgos en curso

En las reglas para la operación del ramo de salud, se establece que las ISES deberán de constituir la reserva de Riesgos en Curso. Será necesario obtener la Prima Neta no Devengada – fecha de inicio y fin de vigor; fecha de valuación de la reserva, Prima Neta – y el factor de Gastos de Adquisición que especifica la CNSF en las circulares que para este efecto emite.

Es decir:

$$PNnD = \left[\frac{(ffv - fv)}{(ffv - fiv)} \right] * PN$$

Donde:

$PNnD$ = Prima Neta no Devengada

ffv = Fecha de fin de vigor

fv = Fecha de valuación de la reserva

fiv = Fecha de inicio de vigor

PN = Prima Neta

Finalmente:

$$RRC = PNnD * fga$$

Donde:

RRC = Reserva de Riesgos en Curso

fga = Factor de Gastos de Adquisición¹⁷

Para fines de presentar la situación actual de las aseguradoras respecto a sus reservas en curso, cabe destacar que al concluir el tercer trimestre de 2004, el monto total de pasivos del sector asegurador fue de 238,781.7 millones de pesos, registrando así un incremento real de 9.9% respecto al mismo periodo de 2003 y el capital contable del sector experimentó un crecimiento real de 15.9% alcanzando un monto de 50,806.1 millones de pesos¹⁸.

La reserva de riesgos en curso, que equivale al 77.1% de las reservas técnicas del sector, ascendió a 161,543.9 millones de pesos y mostró un crecimiento real de 14.9%, respecto a septiembre de 2003 según datos de la CNSF.

Es necesario destacar que la reserva de riesgos en curso está integrada por la correspondiente a la operación de Vida, que participó con el 83.4% del total de esa reserva, mientras que la reserva técnica correspondiente a las operaciones de Accidentes y Enfermedades y Daños participaron con el 16.6% restante¹⁹

2.2.2.3 Reserva de previsión

Esta reserva será el fondo que se creará para que la ISES pueda hacer frente a las desviaciones que pudieran presentarse en la siniestralidad, sin dejar de cumplir las obligaciones contraídas hacia los asegurados.

La abrevitura "CVAES" son los anexos al cuaderno de valuación de reservas técnicas para las ISES. El anexo CVAES-04 es un resumen que solocita la CNSF de la Reserva de Previsión al cierre de cada trimestre

¹⁷ Determinado por la CNSF

¹⁸ CNSF. México 2004

¹⁹ Boletín de Análisis Sectorial. Cifras a Septiembre de 2004

Al finalizar el mes de septiembre de 2004, el sector asegurador alcanzó una utilidad técnica de 7,142.8 millones de pesos, lo que representó un incremento en términos reales del 25.0%, en relación al año anterior. Para tener una idea de la reserva de previsión, una vez considerada la su liberación que algunas instituciones del sector asegurador han venido realizando²⁰ y descontados los gastos de operación, el resultado muestra una pérdida operativa de 1,320.8 millones de pesos²¹ al tercer trimestre de 2004.

Consecuentemente, el sector asegurador mostró una utilidad neta del ejercicio de 7,175.4 millones de pesos, lo que representó una disminución en términos reales de 7.0% con respecto al cierre de septiembre de 2003.

La rentabilidad financiera del sector, medida como el cociente de los productos financieros netos entre las inversiones promedio del sector, se ubicó en 5.3% al finalizar el tercer trimestre de 2004, cifra inferior en 1.8 pp. a la registrada en el cierre de 2003²², pero de estos indicadores se hablará mas a fondo en el capítulo 3.

²⁰ Diario Oficial de la Federación, 16 de enero de 2002.

²¹ CNSF. 2004

²² Boletín de Análisis Sectorial CNSF Cifras a septiembre de 2004

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS PRIVADOS EN SALUD OPERADOS POR LAS ISES Y SU IMPLICACIÓN FUTURA EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

3.1 La participación del sector privado en el Sistema Nacional de Salud

En México en 1997 en el DOF se dio origen a la creación de las ISES donde se permite a las aseguradoras ofrecer el ramo de salud como una operación activa de seguros, así se abre paso a los sistemas privados en salud a prestar coberturas de prevención y a la red de hospitales que ofrecen las ISES. Las aseguradoras que ya operaban el servicio de gastos médicos mayores y accidentes y enfermedades podrían ofrecer servicios de salud directamente a los asegurados con la opción de poder crear su propia red médica de servicios hospitalarios o bien a tener acuerdos más directos con los médicos. El seguro de gastos médicos mayores se maneja como un reembolso de los pérdidas causadas a la salud del asegurado, por ejemplo las medicinas autorizadas para el paciente son adquiridas directamente por el asegurado y reembolsadas después por la aseguradora. Con las ISES todos los servicios hospitalarios son prestados en la misma red o a través de terceros que tienen acuerdos preestablecidos con esta.

La participación de ISES se ve regulada por la CNSF, la SHCP, y la SSA, es decir que se pretende que exista un equilibrio para tratar de orientar la calidad y eficiencia de los servicios de salud ofrecidos, ya que si estos servicios no cumplen con las demandas de los usuarios, la SSA esta facultada para emitir sanciones a las ISES. Asimismo la CNSF esta facultada para otorgarle la licencia para operar como tal.

Incluyendo a todos los servicios privados de salud , este sector significa alrededor del 2% del total²³ y además la clientela de la medicina privada se compone en un 39% de personas con

²³ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

derecho a la seguridad social. Lo cual da una idea de la participación del sector privado en el SNS.

En la tabla 1 se muestra el gasto de algunos países en materia de Salud como porcentaje de su Producto Interno Bruto, donde se observa que México solo se gasta el 5.3% en contraste con Estados Unidos con 14% del PIB. Cabe destacar que México gasta en Salud por debajo de la media en América latina.

Tabla 1 Porcentaje del PIB de algunos países

| País | % PIB |
|----------------|-------|
| Reino Unido | 6.1% |
| Japón | 6.5% |
| Alemania | 8% |
| Suecia | 8.8% |
| Canadá | 9.1% |
| Estados Unidos | 14% |
| América Latina | 6.2% |
| Argentina | 9.6% |
| México | 5.3% |
| Perú | 3.1% |

Fuente: Funsalud 1995. EUA a 1998 cerró con el 15% de gasto en salud.

3.1.1.1 Cambios Demográficos y Epidemiológicos

La transición epidemiológica en conjunto con la transición demográfica traerá cambios importantes en la estructura poblacional y de salud en nuestro país. La supervivencia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones propias de la edad adulta. Por su parte, la transición demográfica afectará la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada puede aumentar la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos. El aumento en la importancia de la morbilidad obedece a causas complejas. Un factor primordial es el incremento relativo de las enfermedades crónicas. Este hecho se combina con la disponibilidad de medidas paliativas que permiten posponer la muerte, a veces por muchos años. El resultado es

un incremento en la prevalencia y la duración de las enfermedades crónicas. En el caso de aquellas que tienen una base genética, como la diabetes, la mayor sobrevivencia mejora las probabilidades de que los portadores de los genes respectivos tengan descendencia. En consecuencia, las generaciones siguientes tienen una mayor proporción de personas en riesgo de sufrir la enfermedad. Todos estos procesos hacen posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente²⁴.

3.1.1.2 Accesibilidad

Las razones para incorporar los servicios médicos prepagados con asunción de riesgos a un régimen regulado es porque es un mercado en rápida expansión, con un número creciente de personas y con alta responsabilidad social, al involucrar el cuidado de la salud de un gran número de individuos. Sin embargo también se debe por incumplimiento por parte de empresas que han desarrollado este tipo de actividades y desamparo de asegurados y situaciones de quiebra²⁵.

3.1.1.3 Condición económica

A la fecha se tienen 12 compañías que laboran el ramo de salud como 100% de composición de cartera y además Seguros Banamex con 23% del porcentaje de su cartera lo maneja en este mismo ramo. General de Salud, Grupo Integral de Seguros de Salud, Médica Integral GNP, Novamedic Seguros de Salud, Plan Seguro, Preventis, Salud Comercial América, Salud Inbursa, Seguros Centauro Salud Especializada, Seguros del Sanatorio Durango, Servicios Integrales de Salud Nova y Vitamédica son las 12 compañías que operan en totalidad de su cartera el seguro de Salud²⁶.

De éstas 12 compañías a septiembre de 2004 que es el último reporte de la CNSF sobre el ramo de Salud, Médica Integral GNP, y Novamedic presenta una pérdida técnica de 3,296 y 3,034 mdp respectivamente, teniendo una utilidad técnica por parte de todo el sector de 38,664 mdp.

²⁴ La Salud de la población hacia una nueva Salud Pública, Julio Frenk. FCE

²⁵ Boletín de Análisis Sectorial. Act. Norma Alicia Rosas Rodríguez. AMIS

²⁶ CNSF México.

Lo que también llama la atención es que el costo de operación de todo el mercado de salud fue de 117,278 mdp, esto se refleja en una pérdida de operación de 78 500 mdp para el total del mercado. También es de llamar la atención que el costo de siniestralidad del total de este mercado es de 219, 278 mdp. Así estas cifras se reflejan en una pérdida del ejercicio de 37,407 mdp por parte de la totalidad del mercado, no así para Salud Comercial América con utilidad de 6025 mdp, Servicios integrales de Salud Nova 1,860 mdp, Grupo Integral de Seguros de Salud 2118 mdp, Salud Inbursa 2822 mdp y Vitamédica con 8804 mdp como ganancias. Cabe resaltar el caso de Médica Integral GNP con una pérdida de 45,596 mdp como pérdida del ejercicio. Lo cual representa un monto mayor de pérdida que la totalidad del mercado. Es decir que si quitáramos la pérdida que represento Médica Integral GNP se tendría una utilidad del ejercicio de 8,189 mdp.

Tabla 2 Participación en el mercado Operación de Accidentes y Enfermedades: Salud

| Institución | Prima Directa | | Increm. Neto de la Rva de Riesgos en Curso | | Costo de Adquisición | | Costo de Siniestralidad | | Utilidad (Pérdida) Técnica | |
|------------------------------------|---------------|-----|--|-----|----------------------|-----|-------------------------|-----|----------------------------|-----|
| | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % |
| Privadas | 392358 | 100 | 53953 | 100 | 67446 | 100 | 219278 | 100 | 38644 | 100 |
| Plan Seguro | 96793 | 25 | 7348 | 14 | 21817 | 32 | 58144 | 27 | 9485 | 25 |
| Salud Comercial América | 57775 | 15 | 17018 | 32 | 3135 | 5 | 25562 | 12 | 12060 | 31 |
| Médica Integral GNP | 49861 | 13 | -7539 | -14 | 22771 | 34 | 37925 | 17 | -3296 | -9 |
| General de Salud | 44526 | 11 | 2229 | 4 | 8429 | 12 | 31514 | 14 | 2353 | 6 |
| Servicios Integrales de Salud Nova | 29992 | 8 | 9790 | 18 | 819 | 1 | 15147 | 7 | 4237 | 11 |
| Seguros del Sanatorio Durango | 26968 | 7 | 862 | 2 | 2020 | 3 | 21698 | 10 | 2387 | 6 |
| Preventis | 26309 | 7 | 10013 | 19 | 530 | 1 | 13648 | 6 | 2118 | 5 |
| Grupo Integral Segs. de Salud | 19892 | 5 | 6386 | 12 | 161 | 0 | 8103 | 4 | 5243 | 14 |
| Seguros Centauro, Salud | 17894 | 5 | 7322 | 14 | 1864 | 3 | 6157 | 3 | 2552 | 7 |
| Seguros Banamex | 13645 | 3 | -208 | 0 | -551 | -1 | 309 | 0 | 1059 | 3 |
| Salud Inbursa | 8714 | 2 | 782 | 1 | 1712 | 3 | 2734 | 1 | 3486 | 9 |
| Novamedic Segs. de Salud | 12 | 0 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Grupo Nacional Provincial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Seguros Inbursa | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | -6 | 0 |
| Allianz México | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | -2 | 0 |
| Vitamédica | -23 | 0 | -56 | 0 | 4731 | 7 | -1664 | -1 | -3034 | -8 |
| Mercado Total | 392358 | | 53953 | | 67446 | | 219278 | | 38644 | |

Fuente: CNSF México. 2004.

Tabla 3 Participación en el mercado Operación de Accidentes y Enfermedades: Salud 2ª parte

| Institución | Utilidad (Pérdida) Bruta | | Costo de Operación | | Utilidad (Pérdida) de Operación | | Result. Integral de Financ., | | Utilidad (Pérdida) antes de ISR | | Provisión para el Pago del ISR y | | Utilidad (Pérdida) del Ejercicio | |
|-------------------------------|--------------------------|-----|--------------------|-----|---------------------------------|------|------------------------------|-----|---------------------------------|------|----------------------------------|-----|----------------------------------|------|
| | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % |
| | | | | | -78500 | | | | | | | | | |
| Privadas | 38777 | 100 | 117278 | 100 | -78500 | -100 | 52217 | 100 | -26283 | -100 | 10919 | 100 | -37407 | -100 |
| Plan Seguro | 9485 | 24 | 12630 | 11 | -3145 | -4 | 2383 | 5 | -762 | -3 | 287 | 3 | -1050 | -3 |
| Salud Comercial América | 12060 | 31 | 7960 | 7 | 4100 | 5 | 6357 | 12 | 10457 | 40 | 4431 | 41 | 6025 | 16 |
| Médica Integral GNP | -3296 | -8 | 31006 | 26 | -34302 | -44 | -11293 | -22 | -45596 | -173 | 0 | 0 | -45596 | -122 |
| General de Salud | 2353 | 6 | 5870 | 5 | -3517 | -4 | 299 | 1 | -3218 | -12 | 4 | 0 | -3222 | -9 |
| Servicios Integrales de Salud | 4237 | 11 | 2101 | 2 | 2136 | 3 | 640 | 1 | 2776 | 11 | 916 | 8 | 1860 | 5 |
| Seguros del Sanatorio Durango | 2387 | 6 | 3279 | 3 | -892 | -1 | 308 | 1 | -584 | -2 | 0 | 0 | -584 | -2 |
| Preventis | 2118 | 5 | 3653 | 3 | -1535 | -2 | 402 | 1 | -1133 | -4 | 0 | 0 | -4432 | -12 |
| Grupo Integral Segs. de Salud | 5243 | 14 | 3474 | 3 | 1769 | 2 | 349 | 1 | 2118 | 8 | 0 | 0 | 2118 | 6 |
| Seguros Centauro, Salud Esp | 2552 | 7 | 4546 | 4 | -1995 | -3 | 181 | 0 | -1814 | -7 | 0 | 0 | -1814 | -5 |
| Seguros Banamex | 1087 | 3 | 9350 | 8 | -8262 | -11 | 5410 | 10 | -2852 | -11 | -579 | -5 | -2273 | -6 |
| Salud Inbursa | 3486 | 9 | 2936 | 3 | 550 | 1 | 590 | 1 | 1140 | 4 | 1412 | 13 | 2822 | 8 |
| Novamedic Segs. de Salud | 3 | 0 | 174 | 0 | -171 | 0 | 8 | 0 | -162 | -1 | 0 | 0 | -162 | 0 |
| Grupo Nacional Provincial | 105 | 0 | 0 | 0 | 105 | 0 | 0 | 0 | 105 | 0 | 0 | 0 | 105 | 0 |
| Seguros Inbursa | -6 | 0 | 0 | 0 | -6 | 0 | 0 | 0 | -6 | 0 | 0 | 0 | -6 | 0 |
| Allianz México | -2 | 0 | 0 | 0 | -2 | 0 | 0 | 0 | -2 | 0 | 0 | 0 | -2 | 0 |
| Vitamédica | -3034 | -8 | 30300 | 26 | -33333 | -42 | 46584 | 89 | 13251 | 50 | 4447 | 41 | 8804 | 24 |
| Mercado Total | 38777 | | 117278 | | -78500 | | 52217 | | -26283 | | 10919 | | -37407 | |

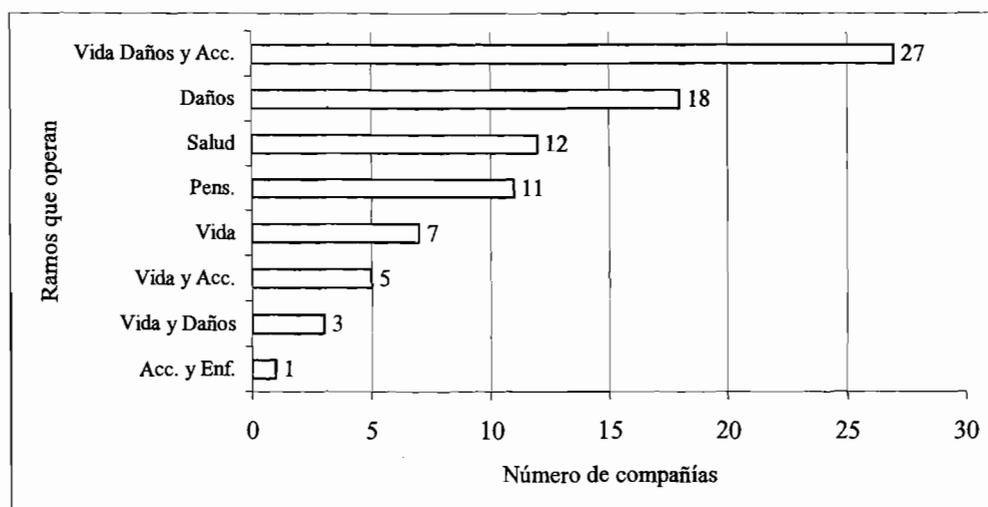
Fuente: CNSF. México 2004

3.1.1.4 Seguros Privados de Salud

Al finalizar el tercer trimestre de 2004, el sector asegurador estaba conformado por 87 compañías, de las cuales una era institución nacional de seguros, una sociedad mutualista de seguros y el resto instituciones de seguros privadas. De las 87 instituciones, 7 empresas estaban incorporadas a algún grupo financiero, mientras que 38 presentaban capital mayoritariamente extranjero, con autorización para operar como filiales de instituciones financieras del exterior²⁷.

Al cierre de septiembre de 2004, 27 compañías operaron los seguros de Vida, Accidentes y Enfermedades y Daños en conjunto, mientras que 5 compañías operaron Vida y Accidentes y Enfermedades. Por otra parte, 3 compañías operaron Daños y Vida, mientras que 18 compañías lo hicieron exclusivamente en la operación de Daños, 7 operaron exclusivamente los seguros de Vida y 1 compañía operó exclusivamente Accidentes y Enfermedades. Finalmente, y de acuerdo con la LGISMS, 11 compañías operaron exclusivamente seguros de pensiones derivados de las Leyes de la Seguridad Social y 12 de los Seguros de Salud como se aprecia en el cuadro 10.

Cuadro 10 No de Compañías en operación



Fuente Boletín de Análisis Sectorial CNSF. México 2004

²⁷ Boletín de Análisis Sectorial CNSF. México 2004

3.1.1.5 Características de los seguros

Desde un punto de vista conceptual, este tipo de productos tienen cuatro componentes fundamentales que deben tenerse en cuenta para su sana operación

- Servicios prepagados o recursos cobrados por anticipado para otorgar un servicio en el tiempo (v. gr. un cierto número de consultas anuales), que se traduce en el cobro de una prima de servicio suficiente y manejo de una provisión amortizable de gastos.

- Riesgo técnico de seguros ó análisis de probabilidad para estimar la ocurrencia de eventos inciertos (v. gr. el número de veces que ocurrirán enfermedades o tratamientos mayores, de donde se tendrá el cálculo actuarial de primas y constitución de reservas técnicas con un adecuado esquema de reaseguro.

- Riesgo financiero ó manejo financiero de los recursos por la prepaga de servicios y las primas de seguro, donde habrá un manejo prudencial de las inversiones y del riesgo financiero.

- Calidad y suficiencia de los servicios médico que consiste en la garantía de un mínimo de atención en cuanto a calidad y disponibilidad de los servicios. El cuidado en la calidad de la prestación del servicio y de su suficiencia será redituado en una mayor aceptación por parte de los asegurados.

Cuadro 11 Suficiencia y Calidad del servicio

| | |
|--|--|
| Suficiencia y calidad del servicio Garantía de un mínimo de atención en cuanto a calidad y disponibilidad de los servicios. | |
| Servicios Prepagados Recursos cobrados por anticipado para otorgar un servicio en el tiempo (v. gr. un cierto número de consultas anuales) | Riesgo Técnico del Seguro Análisis de probabilidad para estimar la ocurrencia de eventos inciertos (v. gr. el número de veces que ocurrirán enfermedades o tratamientos mayores) |
| Riesgo Financiero Manejo Financiero de los recursos por la prepa de servicios y las primas de Seguro. | |

Fuente: AMIS. México. 2000.

El ramo de salud se describe como la prestación de servicios dirigidos a:

- *Seguimiento y promoción de la salud de asegurados*
- *Diagnóstico oportuno de enfermedades.*
- *Evitar el surgimiento posterior de enfermedades o complicaciones de las mismas*
- *Restaurar la salud mediante acciones terapéuticas y de rehabilitación coordinados por un profesional de la salud*

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

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.

3.1.1.6 Seguros individuales

El aseguramiento de las ISES consiste en el cobro de una prima para la realización de 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 los asegurados.

La prestación del plan consiste 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 y un mecanismo ágil y oportuno para la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados.

La prestación del plan 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. 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.

Su administración puede ser a través de una red de prestadores de servicios médicos ya sea propios o contratados, se da seguimiento a la salud, ya sea de manera preventiva y curativa, esquemas de referencia-contrareferencia de pacientes, garantía en la calidad de los servicios, control sobre los recursos, incorporación de la tecnología.

**ESTA TESIS NO SALL
DE LA BIBLIOTECA**

3.1.1.7 Selección adversa del riesgo en salud

Las asimetrías de información en el mercado de la salud son un tema recurrente en el ámbito de la provisión y del financiamiento. Uno de los problemas más frecuentes en teoría de seguros tiene relación con la aparición de la selección adversa como una falla derivada de las asimetrías de la información entre aseguradores y asegurados. Selección adversa al riesgo es un fenómeno que determina que los aseguradores concentren los “malos riesgos”²⁸ como resultado del ofrecimiento de planes de salud que incentivan a los consumidores con riesgo malo a comprar su cobertura. Este incentivo surge como consecuencia de que el precio al que se ofrecen estos planes es menor que lo que el asegurado espera pagar, considerando la información que el mismo maneja sobre sus riesgos de salud. Bajo estas circunstancias, los usuarios esconden información relevante de su riesgo al asegurador y eligen planes y beneficios a primas menores que el costo que pagarían si dicha información de riesgo estuviera presente para los aseguradores. La selección adversa se hace posible ya que por lo general, los consumidores poseen una ventaja de información sobre el asegurador acerca de su estado de salud.

Por tanto las aseguradoras fijan sus primas de acuerdo a las características de algún grupo promedio, aquellos demandantes que consideren que dicha prima es “barata” en relación a sus necesidades y gastos futuros de atención, tenderán a concentrarse en planes de este tipo, por el contrario aquellos que consideren esa prima como “cara” no decidirán enrolarse. La selección adversa al riesgo por parte de los consumidores puede crear un efecto espiral produciendo un mercado inestable de seguros a no ser que los aseguradores puedan seleccionar riesgo. Lo contrario ocurre cuando la institución es capaz de obtener información significativa de los riesgos de salud de los individuos y de esta forma no ofrecen o establecen barreras a aquellos que por cualquier razón no pagan la prima correspondientes a su nivel de riesgo. Por lo tanto, los comportamientos de selección, son muchas veces parte de las estrategias de las aseguradoras para responder a los incentivos económicos introducidos por la presencia de mercado en este ámbito y sus fallas, en este caso la selección adversa.

²⁸ “Malos riesgos” entendidos como riesgos por encima del riesgo estimado promedio para utilizar la prima fija.

3.1.1.8 Ajustes permanentes a precio de cobertura en función de su balance actuarial

Se podrían clasificar las primas de los mercados de seguros en 2 grandes grupos. El primero de ellos es el de primas flotantes o variables – ajustadas por la aseguradora según el riesgo asociado a cada individuo -. El segundo tipo de primas es el de primas fijas; por primas fijas, pueden agruparse a los precios verdaderamente fijos. Los copagos fijos o variables ayudan al asegurado a que participe de su propia salud y estos modifican las primas.

3.1.1.9 Venta de Seguros complementarios en Salud

Algunas ISES además de ofrecer el Seguro de Salud ofrecen planes complementarios para extender sus coberturas y hacerlas más competitivas y atractivas para sus posibles asegurados entre ellas están:

General de Seguros: Plan Su salud

- *Emergencia en el extranjero*
- *Maternidad*
- *Asistencia internacional en viaje*

ING Seguros Comercial América. Plan: ING Multiprotección Médica Magno

- *Cobertura de atención médica en el extranjero, emergencia en el extranjero (incluida sin costo).*
- *Paquete de beneficios adicionales*
- *Cobertura de dinero en efectivo*
- *Extensión de cobertura*
- *Incremento en tabla de procedimientos terapéuticos.*
- *Atención ginecoobstétrica.*

Médica Integral GNP. Plan Integra

- *Emergencia en el extranjero*
- *Límite en el pago de copagos*
- *Medicamentos*

Grupo Novamedic. Plan Novamedic Global Plus

- *Emergencia en el extranjero*
- *Cobertura en el extranjero*

Plan Seguro Cía. de Seguros. Plan Base 2000

- *Dental*
- *Maternidad*
- *Emergencia en el extranjero (incluido sin costo).*

3.1.2.1 Desarrollo tecnológico en el campo médico

Aún cuando en México se han dado importantes avances científicos y tecnológicos en materia de salud, la realidad es que hasta ahora las acciones realizadas no han sido suficientes para asegurar, por ejemplo, el acceso universal a los servicios sanitarios de alta calidad, o atacar con éxito las enfermedades como diabetes, cáncer, adicciones, desnutrición. Estos factores sitúan al país en un nivel competitivo bajo respecto al plano internacional, y limitan su capacidad para atender las necesidades de la población.

Ante ello, reorientar la inversión de recursos económicos para consolidar la investigación en el ramo es una meta a alcanzar en los próximos años, con el consecuente desarrollo de innovaciones y fortalecimiento del quehacer científico nacional, indica el Programa de Acción: Investigación en Salud (PAIS).

Este programa, recientemente presentado agosto de 2002 por el secretario de salud, Doctor Julio Frenk Mora, es resultado de un foro de consulta ciudadana sobre enseñanza e investigación en salud, realizado con la participación de la Coordinación General de los Institutos Nacionales y la comunidad médica del país.

En particular, plantea siete objetivos prioritarios con los que, paulatinamente, se habrá de lograr esa meta: formular y desarrollar políticas de salud con miras estratégicas; mejorar el entorno laboral del capital intelectual; fortalecer los programas de recursos humanos especializados; descentralizar la investigación; estimular la vinculación entre los sectores productivos y

académicos en condiciones de interés y beneficios mutuos; difundir la producción científica nacional; así como promover la adopción del enfoque de género en el área médica.

Aunado a ello, la SSA refiere que para cumplir eficazmente con los objetivos señalados en el PAIS, se habrá de llevar a cabo una serie de acciones que incluyen la creación de alianzas con los estados y municipios, estableciendo lineamientos de apoyo financiero y mecanismos que aseguren la pertinencia de la investigación en las instituciones públicas y privadas del sector.

Una de ellas pretende vincular la labor académica a las prioridades nacionales de salud, y en este punto la SSA dará primacía a los proyectos interdisciplinarios orientados a estudiar padecimientos infecciosos y parasitarios; enfermedades crónico degenerativas; neoplasias malignas; trastornos nutricionales; salud reproductiva y perinatal; males de origen congénito o genético; adicciones; trastornos psiquiátricos y neurológicos; accidentes y violencia; así como envejecimiento y discapacidades.

Asimismo, atenderá los estudios de entorno social y transición demográfica (seguridad social, economía y educación); y evaluación de la calidad y tecnología de los servicios de salud en temas de trasplantes o diagnósticos. Estos estudios cobran relevancia debido a las transiciones epidemiológicas; es decir, que las causas de muerte en población general se han modificado al paso de los años. Por ejemplo, en 1950 las enfermedades transmisibles y los males ligados a la reproducción ocupaban los primeros lugares de mortalidad en México, pero en el 2000 éstos fueron desplazados por los padecimientos crónico degenerativos.

Una segunda acción prevé transferir al Gobierno Federal los resultados de las investigaciones científicas y el desarrollo tecnológico en salud, a fin de implementar adecuadas políticas nacionales en la materia o realizar programas relacionados con el campo médico. Aquí, se dispondrá de mecanismos para que la sociedad acceda a la información científica mediante formas sencillas y expeditas.

En cuanto a la consolidación y desarrollo armónico de los grupos mexicanos de investigación, el PAIS subraya la importancia de asegurar el flujo balanceado de apoyos económicos a las

instituciones de gobierno y académicas, a través de incentivos fiscales, donaciones privadas, aumento de la participación pública federal y estatal, así como fondos mixtos que fomenten la investigación, previa exposición de un catálogo de proyectos estratégicos.

Pese a los programas especiales y a la consecución de fondos provenientes de organismos internacionales, en México sigue ocurriendo un deterioro de la planta física y del equipamiento para la investigación, lo que afecta seriamente a muchos grupos científicos. Asimismo, priva muy poca coordinación entre ellos y hasta rivalidades que conducen a un dispendio de recursos en los laboratorios y centros académicos.

Finalmente, el Programa apunta que la investigación en el ramo se consolidará a medida que se mejore la calidad y número de las publicaciones científicas nacionales (durante los últimos 10 años se publicaron 28 mil 101 artículos, ubicando a los investigadores mexicanos por debajo de países como España, Brasil y Grecia); fomente la divulgación de los resultados; y promueva el enfoque de género, con la firme disminución de la inequidad.

-Registro de patentes: En el mundo, la propiedad intelectual se aplica al desarrollo de nuevos productos y procesos en campos científicos como la farmacología y biotecnología, y estima cuatro grandes categorías: patentes, marcas, derechos de autor y secretos comerciales, considerando injusta la imitación de invenciones y desarrollos tecnológicos que den lugar al oportunismo comercial. Sin patentes, ninguna nación genera incentivos para emprender proyectos de innovación, capaces de competir en los mercados internacionales.

México es un país altamente dependiente de patentes en todas las áreas, pero esa dependencia es más grave en lo referente al desarrollo de productos farmacéuticos: cada año las transnacionales registran cientos de ellas, mientras que la UNAM obtiene únicamente 15 y dos tercios de las patentes nacionales provienen de particulares, que rara vez cuentan con los recursos necesarios para aplicarlas o incorporarlas al sector empresarial. En general, la nación tiene un índice de insuficiencia; es decir, registra sólo seis patentes mexicanas por cada 904 extranjeras.

3.1.2.2 El estado como reasegurador en el caso de enfermos catastróficos y personas de la tercera edad

Al final del tercer trimestre de 2004, la cesión del sector asegurador representó el 17.7% de la prima emitida, 2.2 puntos porcentuales. menos que lo reportado en septiembre del 2003²⁹: 19.9%. Es importante destacar que la mayor parte de las operaciones de reaseguro cedido se presentaron en los ramos de daños sin autos, los cuales cedieron el 68.8% del total de la prima emitida.

De acuerdo con las características propias de los episodios de enfermedad, la gran incertidumbre de dichos eventos así como el tremendo costo que puede acarrear hacer frente a los mismos, hace que existan fuertes incentivos para la creación de seguros de salud que permitan hacer frente a los episodios de enfermedad- particularmente las enfermedades catastróficas-.

Dada las tremendas implicaciones económicas que dichos acontecimientos pueden suscitar para las personas, el Estado posee un enorme rol en la participación de aquellas enfermedades que puedan ser catastróficas para las familias.

3.2 Implicaciones de los sistemas Privados en Salud en el Programa Nacional de Salud 2001-2006

Las implicaciones de la introducción de sistemas privados en el PNS trae consigo opiniones e implicaciones diversas, entre ellas a favor y en contra de la participación del sector privado en la Salud de la población. En México como ya se menciono solamente el 2% de la población cuenta con un seguro médico privado

Las tendencias en los sistemas privados de salud por ejemplo en América latina pueden verse en las ISAPRES de Chile y en Brasil donde casi el 50% de los servicios de salud son privados.

3.2.1.1 Tendencias en los sistemas privados de los seguros en Salud

Con excepción de Estados Unidos de America, todos los países desarrollados financian su salud con recursos predominantemente públicos. En México, en contraste, mas de la mitad de los

²⁹ Fuente Boletín de Análisis Sectorial CNSF. México 2004

recursos para la salud son privados y además, provienen del bolsillo de las familias³⁰. En nuestro país la reversión de cuotas permitira a los miembros del IMSS abandonar su contribución a este y comprar cobertura en alguna institución de seguro privado de su elección.

3.2.1.2 Acceso a los servicios de Salud a toda la población

De acuerdo a las cifras oficiales se pretende con el Seguro Popular de Salud el acceso a los servicios de salud queden totalmente cubiertos para el año 2010. En ese sentido el seguro Popular de Salud tiene tanto como sus defensores y sus detractores. Existe el argumento de que el SPS no brindará la protección y cobertura toda la población por la falta de recursos de los hospitales o centros de salud de la SSA. Es decir que para una operación mayor no se cuenta con la infraestructura adecuada en esas dependencias para poder realizarlas. Además que existen padecimientos que actualmente no están cubiertos por el Seguro de Salud debido a la falta de la inviabilidad de pago por la naturaleza compleja misma de las enfermedades. Por otro lado según cifras de la SSA el 55% de la población no cuenta con acceso a los sistemas de salud, llámese IMSS, ISSSTE o alguna institución de Salud Pública, con lo cual el Seguro de Salud ayudaría a este porcentaje de la población que necesita de servicios de salud. El papel de las ISES en este aspecto será la cobertura a aquellas personas que opten por un Seguro Privado de Salud con carácter preventivo y curativo de enfermedades. En ese sentido las personas que recurran a las ISES se cree serán las mismas personas que estén en posibilidad de contratar un servicio privado, por ejemplo Gastos Médicos o Accidentes y Enfermedades y deseen contratar un Seguro de Salud.

El acceso a la salud a toda la población deberá ser un tema de debate nacional donde los intereses partidistas se dejen y la sociedad en su conjunto decida sus propias prioridades. En ese contexto los sistemas privados de Salud son un complemento para el SNS en su conjunto con las necesidades de la sociedad, una opción alternativa para aquellos que decidan tomar un seguro de este tipo.

³⁰ *salud pública de México / vol. 46, no. 6, noviembre-diciembre 2004*

3.2.1.3 Formación de consorcios de los consumidores

La teoría económica neoclásica plantea que la soberanía del consumidor es un elemento clave para determinar un nivel óptimo de bienestar social. En un sistema de mercado se enfatiza a la demanda del consumidor como el motor que produce la competencia de precios y con esto la contención de costos. Sin embargo, existen elementos sustanciales que deben estar presentes para que ello ocurra, por ejemplo es necesario que todos los agentes económicos posean similar presión sobre el mercado. No obstante en la práctica existen asimetrías de información, relaciones de agencias imperfectas, barreras a la entrada, etc. que hacen que la economía de mercado no funcione como tal en el sector salud en general y en el mercado de los seguros de salud en particular.

Es importante resaltar que si bien las fallas de mercado hacen surgir problemas importantes, también es cierto que la competencia, la posibilidad de elección entre los usuarios así como el mayor dinamismo del sector privado tienden a crear focos de eficiencia y mayor satisfacción usuaria. Los seguros privados de salud pueden ofrecer un número importante de ventajas: ayudar a los proveedores- tanto públicos como privados- a construir y mejorar infraestructura para la entrega de servicios, es factor de innovación tanto en el financiamiento como en la provisión, entrega un punto de referencia en el mejoramiento de la calidad y en la atención al cliente.

3.2.1.4 Los programas de prevención y promoción de la salud

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Actuarios (AMA); los Seguros de Gastos Médicos Mayores son de frecuencia baja y de severidad alta, esto quiere decir que los gastos por concepto de GMM tienen poca frecuencia u ocurren pocas veces. Por otro lado las consultas de prevención o un chequeo médico se podrían presentar a través de programas con frecuencia alta y su severidad es baja. Además una temprana detección de enfermedades podría causar menores gastos que una enfermedad en su etapa terminal. Es por ello que ante esta disyuntiva se proponen la mejora de los programas de prevención y promoción de la salud, ya que así se podrían tratar a los pacientes en su etapa inicial de la enfermedad y además la prevención de enfermedades a través de la información y buen cuidado de la salud, así fortaleciendo la medicina preventiva se beneficia el nivel de salud de la población.

3.2.1.5 Volumen

Para poder conocer la evolución del volumen de prima directa de Gastos Médicos, Salud y Accidentes Personales se analiza la siguiente información de la CNSF de las cifras a septiembre de 2004. Además se revisa información de 1998 cuando existían solamente 6 operadoras del Seguro de Salud.

Tabla 4 Prima Directa de las ISES junio de 2004³¹

| Institución | Prima Directa | |
|---|----------------|-----|
| | Monto | % |
| <i>Instituciones de Seguros Especializadas en Salud</i> | 392,358 | 100 |
| Plan Seguro | 96,793 | 25 |
| Salud Comercial América | 57,775 | 15 |
| Médica Integral GNP | 49,861 | 13 |
| General de Salud | 44,526 | 11 |
| Servicios Integrales de Salud Nova | 29,992 | 8 |
| Seguros del Sanatorio Durango | 26,968 | 7 |
| Preventis | 26,309 | 7 |
| Grupo Integral Segs. de Salud | 19,892 | 5 |
| Seguros Centauro, Salud Especializada | 17,894 | 5 |
| Seguros Banamex | 13,645 | 3 |
| Salud Inbursa | 8,714 | 2 |
| Novamedic Segs. de Salud | 12 | 0 |
| Grupo Nacional Provincial | 0 | 0 |
| Seguros Inbursa | 0 | 0 |
| Allianz México | 0 | 0 |
| Vitamédica | -23 | 0 |
| Mercado Total | 392,358 | |

Fuente: CNSF. Indicadores Financieros Aseguradoras. México. 2004

³¹ Incluye tanto el ramo de salud de la operación de Accidentes y Enfermedades que mantienen las compañías tradicionales de seguros, como al sector asegurador de salud

Tabla 5 Gastos Médicos: Participación en el Mercado Junio 2004

| Institución | Prima Directa | | Costo de Siniestralidad | | Utilidad (Pérdida) Técnica | | Utilidad (Pérdida) Bruta | | Utilidad (Pérdida) de Operación | | Utilidad (Pérdida) del Ejercicio | |
|------------------------------|----------------|----|-------------------------|----|----------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------|------|----------------------------------|------|
| | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % |
| GNP | 1968642 | 28 | 1475819 | 29 | 176800 | 29 | 201111 | 31 | 38068 | 68 | 119471 | 27 |
| Seguros Comercial América | 1751202 | 24 | 1279016 | 25 | 40027 | 6 | 40027 | 6 | -141163 | -253 | -54139 | -12 |
| Metlife México | 1126564 | 16 | 831007 | 16 | 250148 | 40 | 259300 | 40 | 202187 | 362 | 219972 | 50 |
| Seguros Monterrey | 697241 | 10 | 478519 | 9 | 75582 | 12 | 75582 | 12 | -6683 | -12 | 139088 | 31 |
| Seguros Inbursa | 429767 | 6 | 314437 | 6 | -15742 | -3 | -15607 | -2 | -30092 | -54 | -6067 | -1 |
| Seguros Atlas | 278438 | 4 | 184485 | 4 | 6830 | 1 | 6830 | 1 | -13289 | -24 | -5386 | -1 |
| Mapfre Tepeyac | 201554 | 3 | 115512 | 2 | 15671 | 3 | 15671 | 2 | -9512 | -17 | -8266 | -2 |
| Allianz México | 152851 | 2 | 122979 | 2 | 2177 | 0 | 2177 | 0 | 955 | 2 | 2561 | 1 |
| Aseguradora Interacciones | 126734 | 2 | 74663 | 1 | 23136 | 4 | 23136 | 4 | 8214 | 15 | 13008 | 3 |
| ACE Seguros | 105800 | 1 | 35685 | 1 | 33362 | 5 | 33362 | 5 | 29893 | 54 | 33876 | 8 |
| Seguros Banorte Generali | 67286 | 1 | 35648 | 1 | 4641 | 1 | 6245 | 1 | -1207 | -2 | -584 | 0 |
| AIG México, Vida | 62586 | 1 | 34886 | 1 | -4785 | -1 | -4785 | -1 | -15038 | -27 | -10392 | -2 |
| Royal & SunAlliance Segs. | 59094 | 1 | 26146 | 1 | 3915 | 1 | 6072 | 1 | -1127 | -2 | -783 | 0 |
| Metropolitana, Cía. de Segs. | 50292 | 1 | 29376 | 1 | -77 | 0 | -42 | 0 | -5050 | -9 | -3772 | -1 |
| Zurich Vida, Cía. de Segs. | 33800 | 0 | 8598 | 0 | -5612 | -1 | -5612 | -1 | -13472 | -24 | -9303 | -2 |
| La Latinoamericana, Seguros | 25706 | 0 | 14112 | 0 | 6254 | 1 | 6254 | 1 | 1221 | 2 | 1146 | 0 |
| La Peninsular Seguros | 11785 | 0 | -534 | 0 | 4466 | 1 | 4466 | 1 | 2952 | 5 | 2972 | 1 |
| Seguros Banamex | 3248 | 0 | 0 | 0 | 3248 | 1 | 3248 | 0 | 3124 | 6 | 3038 | 1 |
| Amedex | 2400 | 0 | 3 | 0 | 429 | 0 | 429 | 0 | -1953 | -3 | -1772 | 0 |
| Seguros Santander Serfin | 2397 | 0 | 955 | 0 | -1477 | 0 | -1477 | 0 | 7376 | 13 | 7330 | 2 |
| AIG México | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -99 | 0 | -156 | 0 |
| HSBC Seguros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 904 | 2 | 904 | 0 |
| Combined Seguros México | 0 | 0 | -51 | 0 | -38 | 0 | -38 | 0 | -74 | 0 | -129 | 0 |
| Kemper de México | 0 | 0 | -46 | 0 | -36 | 0 | 17 | 0 | -296 | -1 | -446 | 0 |
| Patrimonial Inbursa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reaseguradoras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1011 | -100 | -586 | -100 |
| Swiss Re México | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1011 | -100 | -586 | -100 |
| Mercado Total | 7157386 | | 5061215 | | 618921 | | 656367 | | 54829 | | 441586 | |

Fuente: CNSF. Indicadores Financieros Aseguradoras. México. 2004.

Tabla 6 Accidentes Personales: Participación en el mercado Junio 2004

| Institución | Prima Directa | | Costo de Siniestralidad | | Utilidad (Pérdida) Técnica | | Utilidad (Pérdida) Bruta | | Utilidad (Pérdida) de Operación | | Utilidad (Pérdida) del Ejercicio | |
|---------------------------------|---------------|----|-------------------------|-----|----------------------------|------|--------------------------|------|---------------------------------|------|----------------------------------|------|
| | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % |
| Seguros Banamex | 128799 | 22 | 26598 | 12 | 84275 | 51 | 84302 | 49 | 79464 | 92 | 81785 | 82 |
| ACE Seguros | 84153 | 14 | 24820 | 11 | -13246 | -8 | -13246 | -8 | -20787 | -24 | -12130 | -12 |
| Seguros Inbursa | 80467 | 14 | 16827 | 7 | 18126 | 11 | 18348 | 11 | 15704 | 18 | 13867 | 14 |
| AIG México | 72862 | 12 | 18309 | 8 | 31748 | 19 | 31815 | 18 | 19303 | 22 | 21430 | 22 |
| Seguros Santander Serfin | 59593 | 10 | 16222 | 7 | 2623 | 2 | 2840 | 2 | -4231 | -5 | -5677 | -6 |
| Seguros Comercial América | 36298 | 6 | 41693 | 18 | 8724 | 5 | 8724 | 5 | 5262 | 6 | 6270 | 6 |
| HSBC Seguros | 24363 | 4 | 8278 | 4 | 10207 | 6 | 10449 | 6 | 7236 | 8 | 6112 | 6 |
| Grupo Nacional Provincial | 17513 | 3 | 24217 | 11 | 8272 | 5 | 9090 | 5 | 2176 | 3 | 6001 | 6 |
| Metlife México | 11429 | 2 | 7965 | 4 | 7130 | 4 | 7555 | 4 | 6965 | 8 | -1704 | -2 |
| General de Seguros | 8970 | 2 | 4554 | 2 | 6587 | 4 | 6594 | 4 | 5076 | 6 | 5517 | 6 |
| Seguros Monterrey | 8709 | 1 | 1988 | 1 | 3606 | 2 | 3606 | 2 | 2392 | 3 | 4619 | 5 |
| Mapfre Tepeyac | 7240 | 1 | 2232 | 1 | -5636 | -3 | -2688 | -2 | -4783 | -6 | -5743 | -6 |
| Aseguradora Interacciones | 7233 | 1 | 5742 | 3 | -3556 | -2 | -3556 | -2 | -4296 | -5 | -4082 | -4 |
| AIG México, Vida | 7165 | 1 | 1648 | 1 | 1882 | 1 | 1882 | 1 | -6613 | -8 | -4119 | -4 |
| La Latinoamericana, Seguros | 5588 | 1 | 310 | 0 | 3033 | 2 | 3033 | 2 | 2080 | 2 | 1988 | 2 |
| Seguros Atlas | 4942 | 1 | 1563 | 1 | 1520 | 1 | 1520 | 1 | 1133 | 1 | 1197 | 1 |
| Seguros Banorte Generali | 3473 | 1 | 2259 | 1 | 1096 | 1 | 1414 | 1 | -790 | -1 | -650 | -1 |
| GE Seguros | 2861 | 0 | 7332 | 3 | -25 | 0 | 37 | 0 | -465 | -1 | -451 | 0 |
| La Peninsular Seguros | 2614 | 0 | 3642 | 2 | -2404 | -1 | -2404 | -1 | -2735 | -3 | -2633 | -3 |
| Royal & SunAlliance Seguros | 2108 | 0 | 2578 | 1 | 684 | 0 | 880 | 1 | -158 | 0 | -183 | 0 |
| Seguros BBVA Bancomer | 2038 | 0 | 1072 | 0 | 840 | 1 | 1614 | 1 | 1493 | 2 | 1488 | 1 |
| Metropolitana, Cia. de Segs. | 1894 | 0 | 1410 | 1 | -405 | 0 | -404 | 0 | -593 | -1 | -566 | -1 |
| Combined Seguros México | 1487 | 0 | 1929 | 1 | 1061 | 1 | 1992 | 1 | -2324 | -3 | -1986 | -2 |
| Allianz México | 930 | 0 | 1061 | 0 | -860 | -1 | -860 | 0 | -12836 | -15 | -9433 | -9 |
| Zurich Vida, Cia. de Segs. | 715 | 0 | 396 | 0 | 46 | 0 | 46 | 0 | -1433 | -2 | -1451 | -1 |
| Seguros El Potosí | 457 | 0 | 620 | 0 | 101 | 0 | 101 | 0 | 59 | 0 | 186 | 0 |
| Chubb de México, Cia. de Segs. | 149 | 0 | 10 | 0 | 43 | 0 | 43 | 0 | -52 | 0 | -21 | 0 |
| Kemper de México, Cia. de Segs. | 132 | 0 | 24 | 0 | 25 | 0 | 26 | 0 | -165 | 0 | -98 | 0 |
| Principal México, Cia. de Segs. | 124 | 0 | 157 | 0 | -102 | 0 | -105 | 0 | -137 | 0 | 14 | 0 |
| Tokio Marine, Cia. de Segs. | 2 | 0 | 0 | 0 | -4 | 0 | -4 | 0 | -4 | 0 | -4 | 0 |
| Patrimonial Inbursa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reaseguradoras | 0 | 0 | 9178 | 100 | -6334 | -100 | -6334 | -100 | -7460 | -100 | -6575 | -100 |
| Reaseguradora Patria | 0 | 0 | 9178 | 100 | -6334 | -100 | -6334 | -100 | -6449 | -86 | -5989 | -91 |
| Swiss Re México | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1011 | -14 | -586 | -9 |
| Mercado Total | 584310 | | 234634 | | 159055 | | 166308 | | 78481 | | 92965 | |

Fuente: CNSF. Indicadores Financieros Aseguradoras. México 2004

Tabla 7 Salud³² : Participación en el Mercado Junio 2004

| Institución | Prima Directa | | Costo de Siniestralidad | | Utilidad (Pérdida) Técnica | | Utilidad (Pérdida) Bruta | | Utilidad (Pérdida) de Operación | | Utilidad (Pérdida) del Ejercicio | |
|-------------------------------|---------------|------------|-------------------------|------------|----------------------------|------------|--------------------------|------------|---------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|
| | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % | Monto | % |
| Privadas | 392358 | 100 | 219278 | 100 | 38644 | 100 | 38777 | 100 | -78500 | -100 | -37407 | -100 |
| Plan Seguro | 96793 | 25 | 58144 | 27 | 9485 | 25 | 9485 | 24 | -3145 | -4 | -1050 | -3 |
| Salud Comercial América | 57775 | 15 | 25562 | 12 | 12060 | 31 | 12060 | 31 | 4100 | 5 | 6025 | 16 |
| Médica Integral GNP | 49861 | 13 | 37925 | 17 | -3296 | -9 | -3296 | -8 | -34302 | -44 | -45596 | -122 |
| General de Salud | 44526 | 11 | 31514 | 14 | 2353 | 6 | 2353 | 6 | -3517 | -4 | -3222 | -9 |
| Servicios Integrales de Salud | 29992 | 8 | 15147 | 7 | 4237 | 11 | 4237 | 11 | 2136 | 3 | 1860 | 5 |
| Seguros del Sanatorio Durango | 26968 | 7 | 21698 | 10 | 2387 | 6 | 2387 | 6 | -892 | -1 | -584 | -2 |
| Preventis | 26309 | 7 | 13648 | 6 | 2118 | 5 | 2118 | 5 | -1535 | -2 | -4432 | -12 |
| Grupo Integral Segs. de Salud | 19892 | 5 | 8103 | 4 | 5243 | 14 | 5243 | 14 | 1769 | 2 | 2118 | 6 |
| Seguros Centauro, Salud Esp. | 17894 | 5 | 6157 | 3 | 2552 | 7 | 2552 | 7 | -1995 | -3 | -1814 | -5 |
| Seguros Banamex | 13645 | 3 | 309 | 0 | 1059 | 3 | 1087 | 3 | -8262 | -11 | -2273 | -6 |
| Salud Inbursa | 8714 | 2 | 2734 | 1 | 3486 | 9 | 3486 | 9 | 550 | 1 | 2822 | 8 |
| Novamedic Segs. de Salud | 12 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | -171 | 0 | -162 | 0 |
| Grupo Nacional Provincial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 105 | 0 | 105 | 0 | 105 | 0 |
| Seguros Inbursa | 0 | 0 | 0 | 0 | -6 | 0 | -6 | 0 | -6 | 0 | -6 | 0 |
| Allianz México | 0 | 0 | 2 | 0 | -2 | 0 | -2 | 0 | -2 | 0 | -2 | 0 |
| Vitamédica | -23 | 0 | -1664 | -1 | -3034 | -8 | -3034 | -8 | -33333 | -42 | 8804 | 24 |
| Mercado Total | 392358 | | 219278 | | 38644 | | 38777 | | -78500 | | -37407 | |

Fuente: CNSF. Indicadores Financieros Aseguradoras. México 2004

³² Incluye tanto el ramo de salud de la operación de Accidentes y Enfermedades que mantienen las compañías tradicionales de seguros, como al sector asegurador de salud.

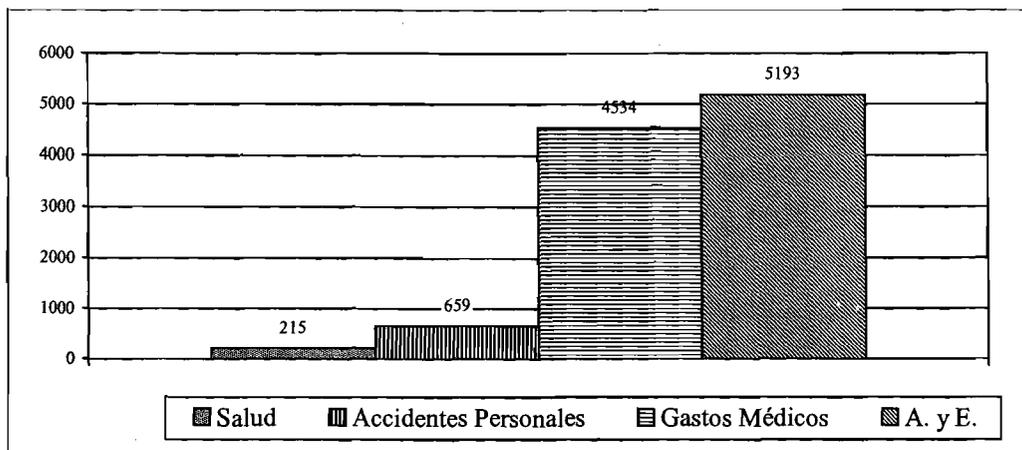
Como puede verse en la tabla 4 el volumen total de prima directa de Salud es 392 358³³. En 1998 la CNSF reporta que por concepto de Accidentes y Enfermedades se tuvo una prima total de 5193 millones de pesos, en gastos Médicos 4534 mdp, Accidentes personales con 659 mdp, y salud con 215 mdp como se puede observar en el cuadro 12. Como ya se ha mencionado, actualmente se tienen 12 compañías registradas ante la CNSF que trabajan el ramo de salud, contra solo 6 que en 1998 operaban el mismo, como se percibe en el cuadro 13 con una tendencia en este sector creciente. No solo en el número de compañías el que ha aumentado, sino también en el volumen de primas de salud emitidas, ya que en 1998 la CNSF publicó que por primas directas se tenían 215 mdp como se puede apreciar en el cuadro 12. A septiembre de 2004 se tuvo un volumen de primas por parte del Seguro de Salud de 392 358 mdp como se mencionó anteriormente.

En la tabla 5, 6, 7 pueden apreciarse la participación de las aseguradoras a septiembre de 2004 en el ramo de Gastos Médicos y Accidentes Personales y Salud; mientras que en la tabla 4 se observa la participación de distintas aseguradoras en el ramo de salud. En el ramo de accidentes personales el volumen de prima directa fue de 584,310 mdp del total del mercado, y en Gastos Médicos fue de 7,157,386 mdp de todo el mercado orientado a Gastos Médicos.

Sobre Gastos Médicos se resalta por el alto volumen de prima de compañías como Grupo Nacional Provincial, Comercial América y Met Life con 1,968,642, 1,751,202 y 1,126,564 mdp respectivamente. En lo referente a Accidentes Personales las 3 más altas que contribuyeron a este mercado fueron Seguros Banamex, Ace Seguros y Seguros Inbursa con 128,799, 84,153 y 84,153 mdp respectivamente.

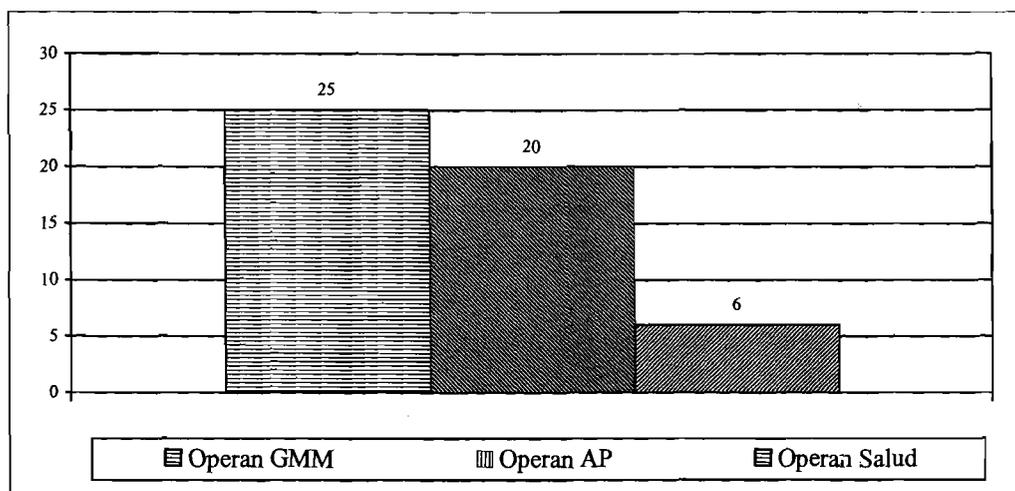
³³ Cifras en millones de pesos

Cuadro 12 Primas emitidas de Salud, AP, GMM, A. y E. a diciembre de 1998



Fuente: CNSF. México. 1998. Cifras en miles

Cuadro 13 Instituciones que operaron Salud, GMM y AP en Diciembre de 1998



Fuente: CNSF. México 1998

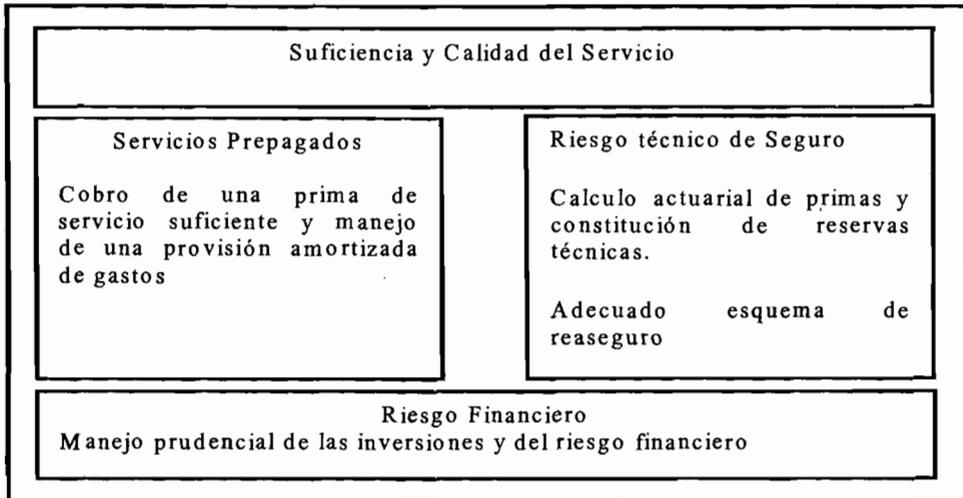
3.2.1.6 Mejora de la eficiencia

La mejora de la eficiencia de los servicios que ofrezcan las ISES deberán de ser supervisadas por el contralor médico designando para cada Institución, el cual debe, de acuerdo a las Operaciones del Ramo de Salud, enviar reportes a la SSA sobre irregularidades en la prestación de los servicios médicos. Además también presentará reportes al Consejo de Administración de la

Institución. En ese sentido la mejora de la eficiencia dependerá de la calidad de la prestación de los servicios, la calidad y profesionalismo de los médicos de la Red o los propios que haya contratado la Institución. Además como se menciona anteriormente un esquema integral en todos sus aspectos se verá reflejado positivamente en todos los aspectos de las ISES.

La suficiencia en la calidad del servicio, entendida como el cuidado de la prestación del servicio y de su suficiencia, son parte de la mejora de la eficiencia de los servicios. Al mejorarse los servicios, se renovararán las pólizas de los servicios e inclusive se captaran nuevos asegurados.

Cuadro 14 Suficiencia y calidad del servicio



Fuente: AMIS. México 2000

CONCLUSIONES

Los recursos gubernamentales dedicados a la salud en nuestro país son muy bajos. Se debe destinar un porcentaje mayor del PIB para poder satisfacer las necesidades de salud. Inclusive se destina menos que el promedio de América latina en salud por no compararlo con los que destinan porcentajes mayores. Los esquemas de protección financiera de cuidado en salud no han sido suficientes, el denominado SPS ha sido criticado por que no cubre gran parte de las enfermedades y tratamientos que se requieren, y deberían ser elementales en sus coberturas. Según datos de la SSA el 55% de la población no se encuentra bajo ninguna de las instituciones tradicionales de salud, como el IMSS o el ISSSTE, lo que deja desamparados a muchos al gasto de bolsillo y la incertidumbre de una estabilidad financiera en caso de una enfermedad crónico degenerativa. Además también esta relacionado con el desarrollo del empleo formal que ha sido superado en gran parte por el llamado subempleo o empleo informal.

La filosofía de los productos de Salud es ofrecer una alternativa para elevar el nivel de la salud de la población con esquemas flexibles que permitan el acceso a la atención médica efectiva. Las ISES aparecen con el fin de brindar una mejor atención a la salud acompañado de la aparición de planes integrales de salud. Con la aparición de las ISES se presentan oportunidades para el sector salud como estandarización en codificación de enfermedades, nuevos esquemas de trabajo y convenios que implican romper paradigmas de médicos hospitales y aseguradoras, y así la población contará con mejores opciones para la atención de la salud.

El seguro de salud, a través de las ISES esta enfocado a la prevención, conservación, restauración y rehabilitación de la salud del asegurado y es regulado por la SHCP, supervisado por la CNSF y la SSA actúa en la supervisión operativa.

Las principales diferencias con el seguro de gastos médicos y el seguro de salud es que el primero es de severidad alta y frecuencia baja, mientras que el otro es de severidad baja y

frecuencia alta. Esto quiere decir que Gastos Médicos puede presentar pocos eventos pero costo alto, mientras que el seguro de salud se enfoca en cuidados primarios para la prevención de enfermedades y el costo por evento es menor.

Respecto a enfermedades crónico degenerativas la prevención se presenta como la mejor alternativa para evitar el tratamiento de enfermedades en su fase terminal o media, ya que es mucho más costoso para las aseguradoras tratar una enfermedad como la diabetes a prevenir a un asegurado de llevar una vida sana y una detección temprana.

La teoría de la transición epidemiológica ha sido estudiada de diversas maneras. Esto es el cambio de la presencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico degenerativas, sin embargo las enfermedades transmisibles continúan representando una causa importante de enfermedad, el porcentaje de enfermos por estas causas por grupo de edad se distribuye de la siguiente forma: en los niños representa el 87.3%, adolescentes 69.1% y en adultos 45.8%³⁴. En cambio las enfermedades no transmisibles como causa de enfermedad referida por la población, representaron el 14.6% en adultos, 5.2 en adolescentes y solo 1% en niños, de acuerdo a la ENSA 2000. Esto deja ver que la transición epidemiológica en nuestro país puede seguir siendo solo una teoría solamente.

Respecto al capítulo 3 el sector asegurador tiene más por hacer de lo que ha hecho hasta ahora, de alcanzar sus retos el sector contribuirá a la consolidación de más y mejor infraestructura médica hospitalaria, al desarrollo de un mejor capital humano más sano y productivo, a contribuir a construir una mejor relación entre médicos, hospitales y aseguradores.

Lograr la participación del sector privado en el otorgamiento de servicios de salud a través de convenios de subrogación con reversión de cuotas, con lo cual se logrará un esquema financiero viable, así como desarrollar un esquema eficiente de colaboración pública y privada para el otorgamiento de servicios, al igual que fomentar la eficiencia y calidad del sistema a través de la competencia, y así promover la participación del IMSS como prestador

³⁴ ENSA 2000 Necesidades de Salud.

de servicios. Existe la posibilidad además de replantear la relación entre médicos y aseguradoras y hospitales de forma que se de una actitud de colaboración mutua.

En lo que se refiere en materia de prevención, la población mexicana no esta conciente de los beneficios que puede representar una medicina preventiva. Según datos de la ENSA 2000 solo uno de cada dos mexicanos menores de 10 años y uno de cada cuatro adultos utilizaron los servicios preventivos. La cobertura de servicios preventivos fue baja en la población adulta.

Las poblaciones que utilizan servicios preventivos privados son proporcionalmente mayores en la población urbana, con altos niveles de educación formal, patrones y con ingresos económicos altos³⁵.

Las ISES son una alternativa en la utilización de servicios de salud ofrecidas por el sector privado en salud y la población que podría contratar una cobertura de este tipo esta dentro del 2% de la población que utiliza el sector privado para protegerse. En materia de salud en nuestro país las necesidades básicas de la población no han podido ser satisfechas, ya que alrededor de la mitad de los mexicanos no cuenta con un esquema de seguridad social y están sujetos al gasto del bolsillo para posibles contingencias. El gobierno debe destinar más recursos al gasto en salud de lo destinado en la actualidad.

³⁵ ENSA 2000 Utilización de servicios preventivos.

GLOSARIO

Adendum: Documento que forma parte del contrato, modificando o adicionando condiciones.

Asegurado: La o las personas cubiertas por el plan de salud

Carátula del Contrato: Documento que forma parte del contrato, el cual contiene las características del plan contratado, la relación de los servicios médicos y los asegurados que tienen derecho a los mismos.

Casos Crónicos: Aquellos padecimientos de larga evolución y que por su naturaleza requieren de vigilancia y estricto control médico permanente.

Clínica Médica: Centro de consulta de primer contacto, de especialidades básicas, diagnóstico y servicios para la atención o prevención de la salud.

Compañía: Institución aseguradora especializada en comercializar seguros de salud, misma que será responsable de otorgar los servicios contratados a través de sus clínicas y generalmente con el apoyo de una red de prestadores de servicios.

Contratante: Persona que contrata los servicios médicos con la compañía y quién es responsable de cubrir el costo de la prima del plan de salud.

Contrato: El contrato, la solicitud, el cuestionario médico, las cláusulas y los adendums que se agreguen, son prueba del contrato celebrado entre el contratante y la compañía.

Copago: Cantidad previamente establecida que el asegurado deberá pagar por un servicio específico que reciba, siempre y cuando dicho servicio lo requiera, dicha cantidad, puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija. El asegurado deberá cubrir el pago al momento de recibir la atención o servicio. Se establece con el fin de que al asegurado valore el servicio y racionalice su utilización.

Costo: Contraprestación pagada por el contratante por los servicios médicos y gastos hospitalarios contratados con la compañía.

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

Hospitalización: Estancia continua en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para el padecimiento prestado. El tiempo de estancia corre a partir del momento que el asegurado ingresa como paciente interno a la institución.

Hospitalización: Estancia continua en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para el padecimiento prestado. El tiempo de estancia corre a partir del momento en que el asegurado ingresa como paciente interno a la institución.

Inicio de Cobertura: Fecha en que el asegurado es dado de alta en una póliza de seguro de salud con la aseguradora. A partir de esta fecha se determina la antigüedad de cada uno de los asegurados, siempre y cuando renueven la póliza con la aseguradora con vigencias sucesivas ininterrumpidas. Si la póliza se cancela o no se renueva, el asegurado perderá su antigüedad. Si el asegurado decide contratar nuevamente en el futuro su póliza, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

Inicio de los Servicios: La fecha de inicio de los servicios será a los tres días laborables siguientes a la fecha de aceptación de la solicitud. A partir de esta fecha se determinará la antigüedad de cada uno de los asegurados, siempre y cuando renueve el contrato con la compañía con vigencias sucesivas ininterrumpidas.

Intereses Moratorios: En caso de que el pago correspondiente no se haya cubierto en la fecha de vencimiento del mismo, el contratante estará obligado a pagar a la compañía un interés moratorio al reinstalar el servicio o reactivar el contrato

Jurisdicción: Para la interpretación, controversia y cumplimiento del contrato, el contratante y la compañía se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales correspondientes renunciando expresamente al fuero que por sus domicilios presentes o futuros les corresponda o pudieran corresponder.

Médico de cuidados primarios (MCP) ó médico de cabecera: Médico que pertenece a la clínica médica, seleccionado previamente por el asegurado para ser el responsable del mantenimiento o recuperación de la salud, pudiendo ser un médico general, familiar o pediatra, responsable de coordinar todos los aspectos de su atención médica, incluyendo las autorizaciones o referencias a especialistas, hospitales y demás servicios como laboratorios, farmacias, imagenología, etc.

Modificaciones y notificaciones: Las condiciones generales del contrato, las cláusulas y los adendums se podrán modificar previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Éstas modificaciones deberán constar por escrito.

Moneda: Todos los pagos derivados de este contrato, tanto del Asegurado como de la Compañía, serán en Moneda Nacional.

Odontólogo de cuidados primarios: Es el encargado de mantener la salud dental del Asegurado de manera primaria.

Padecimientos preexistentes: Son aquellas enfermedades o padecimientos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de cobertura para cada asegurado. También se consideran preexistentes los padecimientos o enfermedades diagnosticadas previamente al inicio de cobertura, o aquellos por los que se hayan erogado gastos antes de la fecha de inicio de cobertura para cada asegurado.

Período al descubierto: Tiempo durante el cual la póliza no está pagada. Empieza al día siguiente de haberse terminado el período de gracia y termina al momento de recibir el pago completo de la prima, o de la fracción previamente pactada.

Período de Espera: Es el tiempo sin interrupción que debe tener la póliza de vigencia para que sean cubiertos algunos padecimientos excluidos al inicio de la misma. Cabe destacar que cuando una póliza se emite (no aplica en caso de renovación), existe un período de espera de treinta días, para el caso de enfermedades cubiertas.

Período de gracia: Lapso de 30 días naturales que tiene el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las parcialidades pactadas en el contrato. Durante este período el asegurado gozará de la cobertura de su póliza, sin embargo al momento del servicio el monto de la prima al descubierto, será descontado.

Plan: Conjunto de servicios contratados por el contratante.

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

Prima de Riesgo: Es el costo que tiene el seguro de salud, sin considerar los gastos por concepto de recargos para gastos (de administración y adquisición) y utilidad.

Prima Neta Devengada: Es la parte proporcional de la prima neta pagada que corresponde 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.

Primas: 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. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha. La prima vence en el momento de la celebración del contrato.

Red de prestadores de servicio: Conjunto de proveedores que incluyen médicos especializados, hospitales, laboratorios, farmacias, casas de ortopedia, etc., los cuales han establecido convenio con la aseguradora para dar servicio externo a la clínica médica para complementar la atención a las necesidades de la salud de los asegurados.

Red Médica: Conjunto de proveedores de servicios médicos especializados (médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, casas de ortopedia, etc.) que dan servicio externo a la clínica médica para complementar la atención a las necesidades de salud de los asegurados.

Relación de servicios: Lista de servicios contratados, la cual especifica el copago para cada uno de ellos, misma que se encuentra en la carátula del contrato.

Servicios: Conjunto de atenciones médicas que ofrece la compañía agrupadas por sus características para otorgar la atención médica.

Solicitud: Documento oficial que forma parte del contrato de seguro, por medio del cual el solicitante da a conocer a la aseguradora sus necesidades de cobertura, el cual sirve para la apreciación del riesgo y para la emisión de la póliza, además de ser un documento público con valor jurídico pleno.

Suma asegurada ó beneficio máximo: Cantidad que ofrece el plan como límite máximo de responsabilidad que pagará la aseguradora al asegurado, a consecuencia de cualquier reclamo o reclamos por accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

Urgencia Médica: Situación o cambio profundo que desequilibra la función normal del organismo, y que puede poner en peligro la vida del asegurado o bien causar trastornos severos y permanentes en los diferentes órganos del cuerpo.

Vigencia: Período de validez del contrato, sólo que se mencione expresamente otra duración, el contrato será válido por un año contado a partir de la fecha que aparece en la carátula de la póliza.

BIBLIOGRAFÍA

Bowers, Jr. Newton L, Gerber Hans, Hickman James, Jones Donald, Nesbitt Cecil, "Actuarial Mathematics", Society of actuaries, 1986

De Vylder, F. E., Life Insurance Theory Actuarial Perspectives, Kluwer Academic Publishers, Boston, 1997.

Gerber, Hans, U., Life Insurance Mathematics, Springer, England, 1997.

Hanspeter, S., Volker, S., Jozef, T., Stochastic Processes for Insurance and Finance, John Wiley & Sons, England 2000.

Jordan, Jr Chester., "Society of Actuaries Textbook on Life Contingencies", 2º Edition, Society of actuaries, 1975.

Keneth Williams R. Life & Health Insurance Pearson Education, USA, 1998. Tomasz, R.

Publicaciones:

Act. Norma Alicia Rosas Rodríguez Regulación sobre los Seguros de Salud, AMIS, México 2002.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF); Circular S-24.3 Formatos de Valuación de Reservas Técnicas, México 2000.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF); Circular S-24.4 Requisitos para Certificación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), México 2000.

Consejo Nacional de Población (CONAPO); Proyecciones de la población de México, 2000-2050, México 2002

Dirección General de Epidemiología (DGEPI), Veinte Principales Causas de Enfermedad por Institución Pública, México 2002.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI), México 2004.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Encuesta Nacional de Salud (ENSA) Tomo i y ii, México 2000

Poder Ejecutivo Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Reglas para la Operación del Ramo de Salud, Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2000.

Rico Castro Enrique, Estudio Técnico y comparativo entre el seguro de salud y el seguro de gastos médicos mayores. México 2002.

Zuleta Zarco Arturo, Operación del Seguro de Salud Individual y Privado en México y Propuestas Técnicas para el Cálculo de Tarifas. México 2002.

Referencias electrónicas:

www.amac.org.mx Asociación Mexicana de Actuarios Consultores

www.conac.org.mx Colegio Nacional de Actuarios

www.imss.gob.mx Instituto Mexicano del Seguro Social

| | |
|--|---|
| www.issste.gob.mx | <i>Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado</i> |
| www.cnsf.gob.mx | <i>Comisión nacional de seguros y Fianzas</i> |
| www.insp.mx | <i>Instituto nacional de salud pública</i> |
| www.ssa.gob.mx | <i>Secretaría de salud</i> |
| www.who.int/es/ | <i>Organización mundial de la salud</i> |
| www.paho.org.mx | <i>Organización panamericana de la salud</i> |
| www.conapo.gob.mx | <i>Consejo nacional de población</i> |
| www.ciess.org.mx | Centro interamericano de estudios de seguridad social |
| www.amis.org.mx | Asociación mexicana de instituciones de seguros. |