



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

*La seguridad social en la Ciudad de México y el
crecimiento de los hospitales privados: el caso del
Hospital Médica Sur*

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ECONOMÍA

P R E S E N T A:

Juan Carlos Jiménez Tapia

DIRECTOR DE TESIS:

Mtra. Rosa María García Torres



Ciudad Universitaria, 10 de Enero del 2013.



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.

INTRODUCCIÓN

Justificación

La población en México aumenta año con año al grado que los servicios de salud hoy en día se han vuelto insuficientes, esto ha provocado que a pesar de los esfuerzos de los gobiernos por cubrir estas demandas, no logren ser atendidas de manera eficiente ni oportuna.

La demanda en materia de salud aumenta por factores como: incremento en la esperanza de vida, sobrepoblación sectorial, inseguridad, mala alimentación, aumento en enfermedades crónico degenerativas y fuertes cambios en los niveles de ingreso y educación principalmente.

En consecuencia se han realizado reformas a las leyes de seguridad social tanto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), también la Secretaría de Salud creó recientemente el *Seguro Popular* del programa *Oportunidades* del Gobierno Federal que, junto con otras instituciones públicas ya existentes, brindan cobertura a aquellas personas sin algún tipo de seguridad social. Pese a todos estos esfuerzos no se ha logrado cumplir con el objetivo, en consecuencia se han incrementado en las últimas décadas las instituciones privadas dirigidas a la población que no cuentan con servicios de salud ó que tienen altos ingresos económicos por lo que contratan servicios particulares de salud como hospitales y seguros.

Ante este panorama surge el Hospital Médica Sur, el cual ha creado diversas estrategias, planes, proyectos y políticas con los cuales ha logrado captar diversos nichos de necesidades no cubiertas en materia de salud y atención, logrando así su crecimiento económico. Aunque no en todos los casos se han logrado obtener los beneficios esperados, Médica Sur se encuentra en constante transformación con el objetivo de lograr un mejor posicionamiento entre los hospitales privados y entre las preferencias de los consumidores nacionales e internacionales.

Siendo estos los principales motivos para la búsqueda de nuevas oportunidades que permitan el crecimiento del Hospital es que me he interesado en el tema, como miembro actual del Hospital Medica Sur y como Economista es que propondré alternativas, las cuales puedan favorecer a la realización de su visión: “ser la mejor institución médica de México en los ámbitos asistencial, docente y de investigación”

En el capítulo 1 se abordarán aspectos sobre la importancia de la Seguridad Social en México, la problemática del empleo, la productividad y la salud de los trabajadores, así como un panorama general del sistema de salud actual.

En el capítulo 2 está dedicado al tema de los seguros, sus características y funciones, así como las limitaciones económicas de la población para acceder a estos servicios, tomando en cuenta la desigualdad de salarios en México.

En el capítulo 3 el tema central es del Hospital Médica Sur como institución de salud privada, los seguros de gastos médicos mayores como fuente principal de ingreso, las fusiones y convenios que se realizan para ampliar los servicios y los ingresos de la institución, haciendo énfasis sobre la importancia en la obtención de certificaciones basadas en procesos de calidad para la atención médica y la competitividad.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la estructura actual de Médica Sur y sus políticas para optimizar sus recursos materiales financieros y humanos, así como coadyuvar a su crecimiento.

Objetivos particulares:

- Describir la seguridad social en materia de servicios de salud en México.
- Conceptualizar y detallar a los seguros de gastos médicos mayores así como su funcionamiento en el mercado
- Analizar los procesos que han llevado al crecimiento de Médica Sur y su interacción con el mercado. Así como adaptar las políticas actuales para continuar con el crecimiento de Médica Sur y mejorar su experiencia de éxito.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL	3
<i>I. La seguridad social en México</i>	5
a) La seguridad social en México.....	6
-Los servicios de salud públicos en México	10
-Panorama general de la salud en México	12
b) Características del empleo en México	14
-El empleo formal, informal y el autoempleo	18
c) Incidencia de la salud en la productividad laboral	21
-¿Qué es la productividad laboral?	22
<i>II. Los seguros de gastos médicos mayores</i>	23
a) ¿Que son los Seguros?	23
-¿Para qué sirven?.....	24
b) Repercusión en la desigualdad de ingresos para la contratación de un SGMM	27
c) Cobertura de los SGMM en los servicios hospitalarios	30
d) El Seguros de Gastos Médicos Mayores como prestación a empleados de la empresas	34
e) El SGMM como Fuente de ingreso	36
<i>III. Médica Sur</i>	38
a) ¿Qué es Médica Sur?	38
b) Antecedentes cronológicos del hospital Médica Sur	41
c) Médica Sur y la calidad.....	42
d) Decisiones de inversión como crecimiento	46
e) La capacitación del capital humano	47
f) Fusiones y convenios de Médica Sur como factor de crecimiento	50
g) Médica Sur en un contexto global (joint comission)	53
<i>V. Conclusiones</i>	61
BIBLIOGRAFIA	63

I. La seguridad social en México

Antecedentes históricos

Los orígenes de la seguridad social en México se remontan a la época prehispánica cuando el objetivo principal del servicio de salud era mantener un ejército sano, siendo hasta los años del Porfiriato entre 1876 y 1911 cuando se estimuló la creación de fundaciones públicas de carácter privado para la salud, con el objetivo de atender a la burguesía dando pie a lo que hoy en día conocemos como hospitales privados¹.

Es hasta el año 1929 cuando se plasma la necesidad de crear un Seguro Social en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917², siendo hasta 1942 cuando el Presidente Manuel Ávila Camacho envía el proyecto de salud social a las cámaras.

En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en sus primeras etapas fue dirigido a las relaciones laborales urbanas anexándose posteriormente las relaciones rurales, desembocando en una ley obligatoria para todo patrón. También en ese mismo año se crea la Secretaría de Salud (SSA) como parte complementaria del proyecto de salud en atención a la población no trabajadora y rural.

En 1959 se crea Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el objetivo de proteger en materia de salud y de pensiones a todo trabajador.

A finales de los sesenta surge la necesidad de una reforma al sistema de salud donde por primera vez el modelo de atención comenzaba a manifestar complicaciones, por el incremento en el nivel de atención, no obstante a finales de los setenta es que se da una segunda reforma, esta con el objetivo de crear un Sistema Nacional de Salud³.

En este contexto el Estado era altamente participativo en la protección de la salud de los trabajadores y de sus familias, debido a las altas tasas de natalidad que predominaban al interior del territorio es que se llega a un crecimiento entre los años 1952 a 1992 de más de 13 veces⁴ lo que ocasionaría una crisis de insustentabilidad causada por un incremento en la esperanza de vida y una disminución en las

¹ Hoy en día los hospitales privados mantienen dichas fundaciones con fines fiscales

² La creación de instituciones de seguridad social prevalecen hoy en día con el IMSS, ISSSTE y la SSA

³ En estos años se creó el programa IMSS-COPLAMAR y 10 años después se llamo IMSS-Solidaridad

⁴ La Seguridad Social en México en los albores del siglo XXI. José Narro Flores.1993 FCE

aportaciones derivado del envejecimiento poblacional principalmente, en consecuencia se llevaron a cabo reformas a las leyes de estas instituciones en los años de 1997(IMSS) y 2008(ISSSTE) respectivamente, dejando en manos del sector privado la parte de las pensiones de los trabajadores.

a) La seguridad social en México

En México la seguridad social es un derecho que tiene por objetivo brindar una cobertura universal en salud, vivienda y pensiones mediante programas de asistencia social y de cuidados de la salud siendo el Estado el proveedor de este derecho⁵, también los trabajadores tienen derecho a la salud mediante la seguridad social quedando a cargo de los patrones por lo tanto, la salud de los trabajadores y de sus familias se realiza a través de la inscripción de las empresas a las instituciones de seguridad social.

De acuerdo con la ley del IMSS “la seguridad social tiene como finalidad, el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar social y colectivo”⁶.

Por otra parte la Organización Internacional del Trabajo(OIT) define a la seguridad social como: “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.”⁷

En México las instituciones que brindan seguridad social principalmente son: el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría Salud (SSA), así como instituciones con una participación menor como: Comisión Federal de Electricidad (CFE), Servicios para la Banca de Desarrollo, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), entre otros.

⁵ El derecho a la salud se otorga en los artículos 123 y el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cabe señalar que este derecho está limitado a la capacidad del Estado

⁶ Artículo 2 Ley del Seguro Social. 2011

⁷ Organización Internacional del Trabajo. 1991

Todas las instituciones en suma captan alrededor del 60 por ciento⁸ del total de la población en el territorio nacional, esta cantidad se encuentra por debajo de lo esperado ya que el 40 por ciento de la población restante no cuenta con algún tipo de seguridad social⁹.

Gráfica No.1: POBLACION AFILIADA EN MEXICO A LA SEGURIDAD SOCIAL



FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, INEGI 2010

En el gráfico No. 1 se puede observar el alto porcentaje de la población en México que se encuentra sin acceso a la seguridad social como prestación laboral el cual tiene que ser absorbido por la SSA por medio del programa *oportunidades*¹⁰, que indica haber logrado la cobertura universal en nuestros días en materia de salud¹¹ que difícilmente tiene veracidad y sustentabilidad por el nivel de gasto que implica la infraestructura y los recursos humanos, siendo el enfoque principal el prevenir y controlar enfermedades de alto impacto económico para el programa. Estas afirmaciones se tomaron de algunas secciones en el quinto informe de Gobierno del Presidente Felipe Calderón en 2011 los cuales muestran que el número de afiliaciones al Programa

⁸ Año de referencia 2009

⁹ http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html

¹⁰ Programa creado por el Gobierno Federal para atender a la población sin acceso a la Seguridad Social

¹¹ Salomón Chertorivski Secretario de Salud. Revista Ganar Salud. Marzo 2012

Seguro Popular es casi del 100 por ciento de la población¹², esta cifra representa un gran número en materia de seguridad social, cifra que no tiene una sustentabilidad a mediano ni largo plazo.

Contradictoriamente los Estados como Puebla, Guerrero, Michoacán, Chiapas, y Veracruz siguen teniendo la mayor concentración de población sin cobertura. La infraestructura y los especialistas siguen siendo insuficientes ante el incremento en la demanda, lo cual pone en entredicho los niveles de cobertura que han sido alcanzados ya que intervienen diversos factores que afectan de manera negativa a la seguridad social al interior del país, dichos factores pueden ser: políticos, legales, financieros, organizacionales e institucionales.

La política influye en: *“los actores del sector salud hacia el cambio .Esta resistencia al cambio puede deberse a inercias, conformismo y rutinas arraigadas.”*¹³

Las leyes afectan debido a : *“la falta de un marco jurídico que favorezca la integración estructural y/o funcional de las principales instituciones públicas de salud, empezando por el hecho de que la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos le asigna a los trabajadores derechos en materia de salud diferenciados en función de su condición laboral.”*¹⁴

Las finanzas muestran: *“la insuficiencia de inversión en salud, que se ilustra de manera muy clara por el bajo del PIB que México le dedica a la salud, la mala distribución de los recursos entre instituciones, entidades federativas y rubro de gasto, y la inversión insuficiente en infraestructura para la atención especializada, ambulatoria y hospitalaria.”*¹⁵

La falta de organización es: *“la ausencia de actividades de planeación estratégica para el sector en su conjunto; la ausencia de procedimientos de evaluación de la efectividad y eficiencia con la que opera el sistema; la excesiva regulación administrativa, y el privilegio de los aspectos financieros sobre los de la salud en el manejo de servicios.”*¹⁶

¹² Llamado en este programa “cobertura universal”

¹³ <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/secretaria/vision.html>

¹⁴ <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/secretaria/vision.html>

¹⁵ Idem

¹⁶ Ídem

Los efectos educacionales: *“destacan el predominio del enfoque curativo; la escasa cultura de promoción de la salud, control de riesgos y prevención de enfermedades; la falta de la relación de la formación de los recursos humanos para la salud”*¹⁷

En suma demuestran las debilidades que conlleva la cobertura universal realizada en tampoco tiempo ya que no solamente se ha frenado el desarrollo de la seguridad social en términos reales, también se espera una contracción por efecto de una reforma laboral debido a que solo la salud es una obligación para el trabajo formal.

El propósito actual ha sido el transformar a la seguridad social para modernizarla y hacerla más eficiente para así poder enfrentar los retos demográficos del país, promoviendo la calidad y la eficiencia en los servicios, así como acercar a la población no asalariada que pertenece a la económica informal e insertarla en algún seguro público y ampliar los servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales o urbanas que no tienen servicios básicos de seguridad social.

A pesar de los buenos deseos del programa, la población ocupada en el sector formal con prestaciones disminuye anualmente por múltiples factores, los cuales han provocado la modificación de las políticas de seguridad social. A continuación se enlistan las principales causas:

- La tasa de crecimiento del empleo es inferior a la población.
- La inestabilidad económica ha incrementado el empleo abierto o empleo informal.
- Una disminución de la población que cotiza para un seguro social.
- Un acelerado crecimiento de la población pensionada y de su esperanza de vida.
- Un menor crecimiento de la población sujeta a cotizar a partir de los años 80 lo cual genero menos captación de recursos para el IMSS en años posteriores.
- Una crisis financiera para el IMSS y el ISSSTE ya que actualmente la población que esta cotizando en unos años será pensionada y sus recursos menores a los necesarios.

¹⁷ ídem

-Los servicios de salud públicos en México

Los servicios de salud en México se dividen en dos: públicos y privados. Los públicos poseen la capacidad de brindar asistencia mediante una afiliación patronal y/o en su caso afiliándose a programas sociales del Gobierno Federal, Estatal ó Municipal. Los privados poseen la capacidad de brindar todo tipo de asistencia mediante el pago del total de los servicios solicitados.

Para describir de manera más oportuna lo citado anteriormente se dice que:

El ISSSTE está dirigido a los trabajadores gubernamentales exclusivamente para ofrecer servicios de salud, en este caso no puede haber otras formas de incorporación más que las del Estado, su participación es de 7 por ciento aproximadamente.¹⁸

El IMSS es un organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios que provee a todos los trabajadores no gubernamentales de servicios de salud. Su participación es del 35 por ciento aproximadamente.¹⁹ Tiene dos formas de incorporación, el régimen voluntario y el régimen obligatorio.

La seguridad social que brindan Instituciones como el IMSS, ISSSTE a empleados comprenden los siguientes seguros:

- 1.- Seguros de riesgos de trabajo.
- 2.- Seguro de enfermedad y maternidad.
- 3.- Seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.
- 4.- Seguro de guarderías.

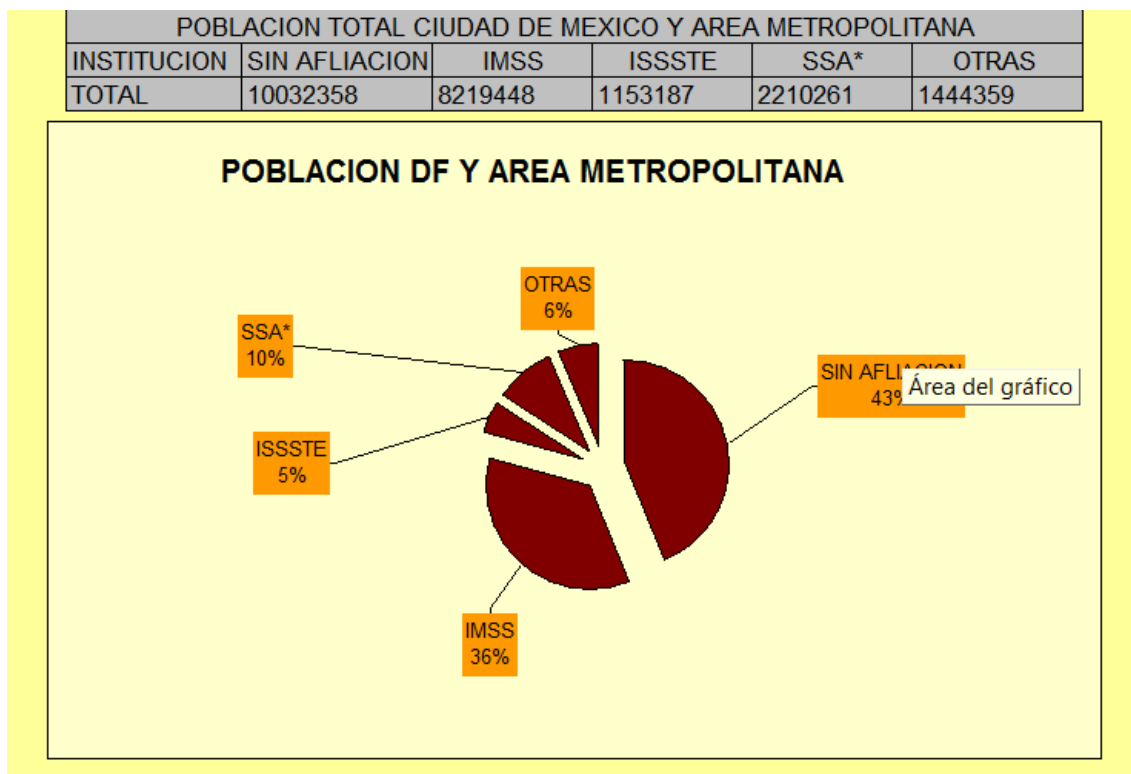
La SSA por su parte está dirigida a la población en general sin algún tipo de seguridad social y que en la mayoría de los casos no cuentan con un ingreso que les permita acceder a los servicios de salud privados.

Instituciones como: PEMEX, CFE, SEDENA, SEMAR etc., funcionan en forma similar al ISSSTE y su participación individual no es relevante por lo que para fines gráficos se agruparan en un mismo rubro.

¹⁸ INEGI 2009

¹⁹ Ídem

Gráfico No. 2: POBLACION TOTAL AFILIADA DF Y EDOMEX



FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, INEGI 2009

El gráfico No. 2 nos muestra la población de la Ciudad de México y Área Metropolitana que en suma acumulan alrededor del 20 por ciento de la población total del país debido a que existe también una alta concentración de empresas en esta región, incrementando el número de necesidades y disminuyendo la calidad del servicio médico público.

Desde otro punto de vista la SSA no puede captar de la noche a la mañana ese grupo de población vulnerable ya que no se trata de hacer una lista, para proteger la salud, ya que hace falta destinar más porcentaje del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para lograr dichos objetivos a mediano plazo.

Cabe resaltar que las cifras del 5to Informe de Gobierno varían ampliamente con lo anteriormente mencionado, debido al incremento en afiliaciones administrativas, ya que podemos observar aún en los hospitales de la Ciudad de México que se encuentran largas filas para acceder a una consulta médica, sin contar las filas para interconsultas con especialistas, rayos X, estudios de laboratorio y medicamentos.

Mucha de esta población ante la desesperación por el tiempo tan elevado que implica obtener acceso a la atención en estas instituciones públicas decide enfrentarse a los gastos que origina una atención médica privada.

-Panorama general de la salud en México

México cuenta con un amplio sistema de seguridad social, sin embargo la capacidad del servicio es limitada y deficiente para abastecer a toda la población. Esta incapacidad es ocasionada por los cambios en la esperanza de vida, en la inestabilidad económica y en el cambio en la demografía.

Desde hace más de dos décadas se han suscitado fenómenos económicos, políticos, sociales y financieros que han afectado el panorama de la seguridad social, siendo este el parte-aguas de una nueva generación: con más enfermedades y con acceso limitado a la salud.

Las instituciones de seguridad social se amplían constantemente desde su creación, no obstante, estas instituciones y sus presupuestos son insuficientes para dar una cobertura real y completa a sus usuarios, ya que sus ingresos son menores cada vez en relación con sus gastos. Tal es el caso del sistema de pensiones, que captan cada día gran parte de sus recursos totales, siendo la respuesta del Gobierno Federal a este tipo de fenómenos la creación de las entidades financieras destinadas a administrar los fondos para el retiro (AFORES).

En México tenemos adicionalmente un cambio en el perfil de las enfermedades en adultos siendo claramente incrementados los padecimientos crónico-degenerativos como el cáncer de pulmón, diabetes, cirrosis hepática, SIDA entre otras, este tipo de padecimientos representan un costo elevado a las instituciones. Como resultado se han generado nuevos programas de prevención para dichas enfermedades con el objetivo de disminuir el número de pacientes con estos padecimientos al año.

Las muertes en niños ocurren antes de los 5 años, siendo alrededor del 92 por ciento de las muertes infantiles totales, casi la mitad de estas muertes ocurren antes de cumplir un mes de vida y se asocian a malformaciones congénitas o afecciones perinatales, solo 8 por ciento restante pertenecen a niños mayores de 5 años.²⁰

²⁰ Quinto Informe de Gobierno FCH

La mortalidad materna ha presentado un descenso importante de 1990 a 2004. Siendo aun su principal motivo la baja calidad del servicio principalmente en las urgencias obstétricas para la atención oportuna²¹.

Las mujeres enfrentan el problema de las neoplasias malignas, en cuello uterino y mama. El cáncer cervico-uterino se ha reducido a un ritmo promedio de 3.9 por ciento por año entre 2000 y 2010 .El cáncer de mama, por su parte ha igualado al cáncer cervico-uterino como causa de muerte aunque la tendencia en las muertes por este tipo de cáncer se ha estabilizado. Los Estados del norte del país, además del Distrito Federal, son los que muestran las tasas más elevadas de muerte por esta causa²².

Por otra parte el envejecimiento de la población aunado a conductas poco saludables, ha incrementado la frecuencia con que se presentan enfermedades del corazón y enfermedades cerebro-vasculares, incrementándose el volumen de decesos año con año debido al cambio demográfico y al crecimiento poblacional²³.

La diabetes es actualmente la enfermedad de predominancia en México con 5 a 6 millones de habitantes, causando el 25 por ciento de las muertes que ocurren entre los 40 y 60 años. Adicionalmente la cirrosis hepática asociada con el consumo de alcohol es otra de las principales causa de muerte²⁴.

El SIDA tiene un incremento ligero de mujeres que mueren por esta causa y una reducción acelerada de la mortalidad masculina. La tuberculosis, por su parte ha descendido cada año desde 1997 5 por ciento aproximadamente. Otras causas externas de mortalidad como accidentes, homicidios y suicidios ocasionan 10 por ciento de las defunciones en México²⁵

En general el porcentaje del gasto público total que se destina a salud también se incremento desde la reforma a la Ley General de Salud en 2004 que establece el Sistema de Protección Social, cuyo sustento operativo es el *Seguro Popular*²⁶.

Por otro lado, factores como los grandes tiempos de espera, una mala atención en los servicios de salud, son problemas comunes que se generan por parte del personal

²¹ Quinto Informe de Gobierno FCH 2011

²² Ídem

²³ Ídem

²⁴ Ídem

²⁵ Ídem

²⁶ Ídem

médico y no médico provocando costos adicionales a las instituciones, debido a la constante incidencia en estos factores se comenzó a prestar atención en este tipo de problemas monitoreando los tiempos de espera.

La cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud ha fijado entre sus prioridades el monitoreo de los tiempos de espera tanto en servicios de consulta externa como en servicios médicos de urgencias.

Las cifras de este sistema muestran diferencias en los tiempos de espera para la atención clínica y de urgencias a nivel estatal, obteniendo los niveles más altos en Yucatán y el Distrito federal mostrando promedios por arriba de 25 minutos para proporcionar atención de urgencias.

Otros motivos que afectan a la atención médica son: la distancia, la urgencia, la disponibilidad, sin embargo muchas de ellas a pesar de tener estas necesidades no pueden acceder debido a su ingreso.

En la Ciudad de México y Estado de México se refleja la mayor inconformidad en los servicios de salud públicos, siendo la saturación su causa principal. Situándose muy por debajo de la media de satisfacción poblacional. Lo cual ubica a estas áreas geográficas con los mayores tiempos de espera, falta de medicamentos, espacios, atención, entre otros.

b) Características del empleo en México

El empleo es una actividad que se realiza para la obtención de recursos económicos o materiales para la subsistencia, llamada salario, aunque en algunos casos puede no recibirse dicha remuneración, como en las labores domésticas ó labores altruistas.

El empleo al igual que las mercancías se encuentran expuestos a la ley de oferta y demanda, siendo estos los factores principales que originan el empleo ya sea formal ó informal.

La oferta de empleo está compuesta por factores humanos como: el número de habitantes en edad laboral (Población Económicamente Activa), la natalidad, la mortalidad, la educación, la migración y la salud.

La demanda de empleo por su parte es determinada por la cantidad de bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de la población de forma agregada, también se determina en base a los niveles de ingreso de los consumidores, que de no tener un ingreso suficiente dichos compradores, las empresas no podrían colocar sus

productos en el mercado, lo cual les generaría pérdidas irreparables. Siendo esta una de las realidades que afectan a nuestro país todos los días.

La demanda de empleo también se incrementa por y el nivel de vida que se desea alcanzar, gran parte de los empleos que actualmente se ofrecen en el mercado son bajos e insuficientes para obtener un grado de bienestar aceptable, incentivando la actividad femenina y un incremento sorprendente del empleo informal debido a que los niveles de salario no tienen la capacidad de sostener una *familia completa*²⁷.

La forma en la cual la población busca ese bienestar económico es a través de los estudios. Se opta por la toma de decisiones sobre invertir en escuelas o cursos, ya que a medida que pasa el tiempo van aumentando los requerimientos laborales debido a que la economía va obteniendo mayor acceso a mercados internacionales lo cual ocasiona mayores exigencias por parte de los consumidores.

A su vez la educación requiere de tiempo, dinero y dedicación, el gasto que se hace en los estudios es una inversión a mediano y largo plazo, como en el caso de universidades y posgrados. A veces las personas tienen que decidir si realmente es mejor seguir estudiando o si se obtiene mayor rentabilidad incorporarse al mercado laboral de forma temprana para aprender y ejercer un oficio²⁸.

La educación en nuestros días constituye un punto de referencia parcial para determinar el ingreso de una persona, sin embargo la capacitación laboral o de oficio también puede lograr un buen ingreso así como generar mayores tasas de ganancia a la empresa, ya que se entrena al personal para una actividad específica que beneficia a la productividad individual con costos salariales más bajos que el contratar a personal con mayores estudios ó mayor capacitación.

Otro factor que determina el nivel de los salarios es saber que tan complejo es el producto o servicio que ofrece cada empresa, se puede determinar el número de trabajadores que se requieren por número y tamaño de empresas en el ramo necesarias para satisfacer las demandas de los consumidores.

La necesidad de trabajar a temprana edad es provocada por el bajo nivel de ingresos que dificultan el desarrollo familiar y social. Esta necesidad lleva a niños y jóvenes a la deserción académica e integración temprana al sector laboral. Además muchas personas tienden a incorporarse a empresas con salarios muy por debajo de sus

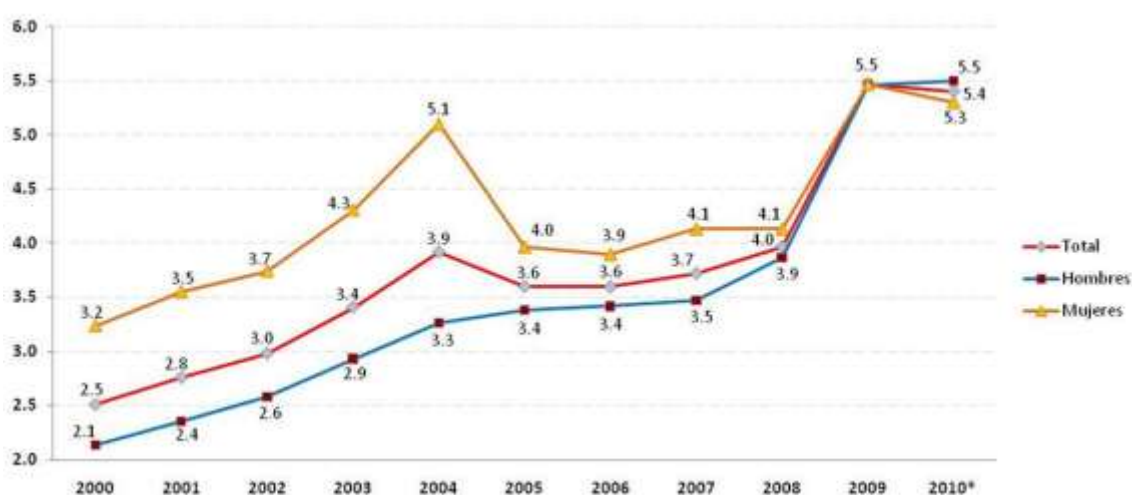
²⁷ Se considera una familia completa a un promedio de cuatro individuos

²⁸ Actualmente existen escuelas públicas y privadas que ofrecen capacitación para el trabajo, enfatizándose en el autoempleo

expectativas derivado de las altas tasas de desempleo y a la gran oferta de mano de obra calificada y no calificada.

Las carreras profesionales por su parte, no están relacionadas en su mayoría con oficios y el exceso de mano de obra hace competir a profesionistas de todos los niveles por puestos que no son específicamente su objetivo, ocasionando que cada vez se solicite mayor capacitación aún cuando no requieren tales grados de conocimiento²⁹.

Gráfica No. 3: TASA DE DESEMPLEO ANUAL ABIERTO (PEA)

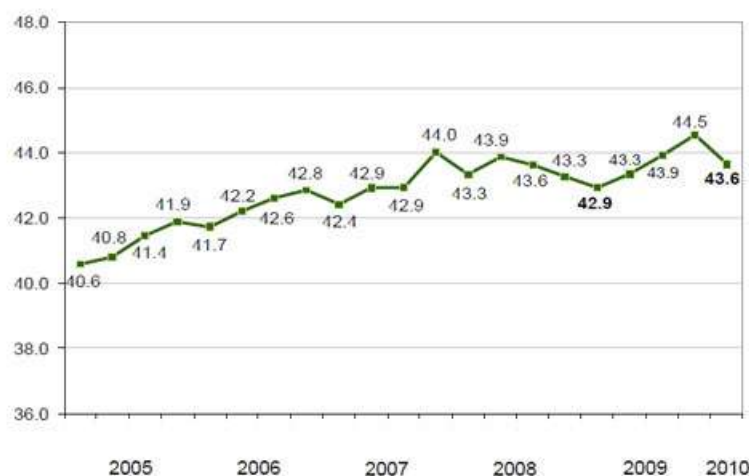


Fuente: INEGI. 2010

En el gráfico No.3 se observa que el nivel de desempleo aumenta cada año, debido a la integración de miles de niños, jóvenes y adultos al mercado laboral de todos los niveles de educación ó de instrucción. Ante esta situación el Gobierno Federal puso en marcha en el 2008 el programa *Primer Empleo* con el objetivo de incentivar a que las empresas miren a este bloque de población que tiene necesidades de trabajar. Este programa básicamente se basa en el pago de las cuotas patronales por parte del Gobierno Federal para incentivar a la contratación de primera vez a población sin experiencia, el programa cuenta con bases sólidas a través del decreto presidencial del presidente Felipe Calderón Hinojosa en 2007. A pesar de todo, el proyecto nacional para el fomento al empleo no ha logrado la respuesta esperada derivado de factores como: la falta de creación de empleos y de empresas formales.

²⁹ El desempleo se ha vuelto el malestar crónico a niveles profesionales, derivado de las políticas públicas sobre la generación de empleos

Gráfica No. 4: NIVEL DE EMPLEO AL 2010 (MILLONES DE PERSONAS)



Fuente: INEGI.2010

El gráfico No. 4 nos muestra la población ocupada en México siendo niveles muy por debajo de lo esperado, ya que los programas que fomentan al empleo como la inversión extranjera directa (IED) son estacionales ó de bajo valor agregado, lo cual genera salarios bajos con bajas prestaciones, ya que es la herramienta del Estado para hacer atractiva la mano de obra mexicana.

En la búsqueda constante por disminuir los costos que representan los trabajadores, las empresas optan por afectar negativamente los salarios, ofreciendo a los nuevos trabajadores menores salarios ó un aumento en el número de actividades por trabajador a fin de requerir menos personal.

Para las empresas los salarios constituyen desembolsos de dinero insustituibles a pesar de la automatización en los procesos; para los trabajadores constituyen la fuente de ingreso el cual les proporciona medios para la subsistencia.

Para los empleados el salario debe ser un monto suficiente para satisfacer las necesidades de alimentación, vestimenta, recreación y para tener una vida decorosa en lo general³⁰. La realidad actual de salarios en México es muy distinta debido a que no contienen las especificaciones mínimas anteriores y se espera que teniendo el salario mínimo se puedan cubrir necesidades personales y familiares.

³⁰ La Ley de Salarios Mínimos en México establece que el salario debe ser el monto suficiente para satisfacer dichas necesidades

En otros casos las empresas disminuyen costos a través de la disminución en la oferta de empleo, lo cual afecta negativamente la demanda de productos y servicios, cuando esto sucede, las empresas no venden lo suficiente, si no venden, no pueden pagar sueldos y salarios, mismos que son necesarios para que los empleados compren a otras empresas.

Para el 2011, alrededor del 27 por ciento de la población económicamente activa en México se encontraba laborando en la economía informal, factores como: la falta de creación de empleo, la poca vinculación entre la educación y el adiestramiento laboral, son las principales causas por lo cual se incrementa día a día esta cifra. Básicamente el grueso de esta población se encuentra en pequeños negocios informales y de autoempleo.

-El empleo formal, informal y el autoempleo

El empleo es la principal forma en la cual la Población Económicamente Activa (PEA), se puede hacer llegar de recursos económicos y materiales para la sobrevivencia individual y familiar.

De forma general existen en el mercado laboral dos tipos empleos: el formal, que se encuentra registrado y cumple con los requisitos que marca la ley y el informal, que en la mayoría de los casos es el autoempleo.

El empleo formal radica en la obtención de un salario determinado y está fijado por un patrón (bajo el marco de la ley mediante un contrato laboral), para realizar una actividad específica por tiempos determinados bajo los lineamientos que establece la ley. Además cada patrón debe inscribir a todos y cada uno de sus trabajadores a la seguridad social y brindar las prestaciones mínimas que establece la ley³¹.

En el empleo informal contrariamente, puede haber o no un patrón, un ingreso fijo y menos probable acceso a la seguridad social como prestación de ley ya que no existe ningún tipo de regulación en la generación de este tipo de empleos.

El autoempleo puede tener cualquiera de las características anteriores, ya que podemos hablar de un negocio individual, empresa familiar, o cualquier forma que se pueda adoptar para la obtención de ingresos.

³¹ Bajo el esquema de contratación por honorarios se suprimen dichas prestaciones ya que se encuentran implícitas en el pago por los servicios

La informalidad la define el INEGI como *“la base de los ingresos de las familias no asalariadas”*³², no obstante este tipo de definición es muy simple, ya que existen múltiples características para considerar alguna actividad económica como informal.

El empleo formal en la actualidad ha perdido terreno frente al empleo informal debido particularmente a la poca generación de nuevos empleos y de empresas, también a la inestabilidad económica y a la falta de preparación académica y/o profesional.

La informalidad por su parte no solo se ve reflejada en la ubicación física del lugar del empleo, también cuenta con características como: la ausencia de seguridad social de forma agregada y no solo de salud, no existen contratos de por medio, no existen prestaciones laborales y en la mayoría de los casos no continúan el flujo circular de la economía ocasionando: una disminución de los ingresos tributarios, menos gasto público y menos obra pública.

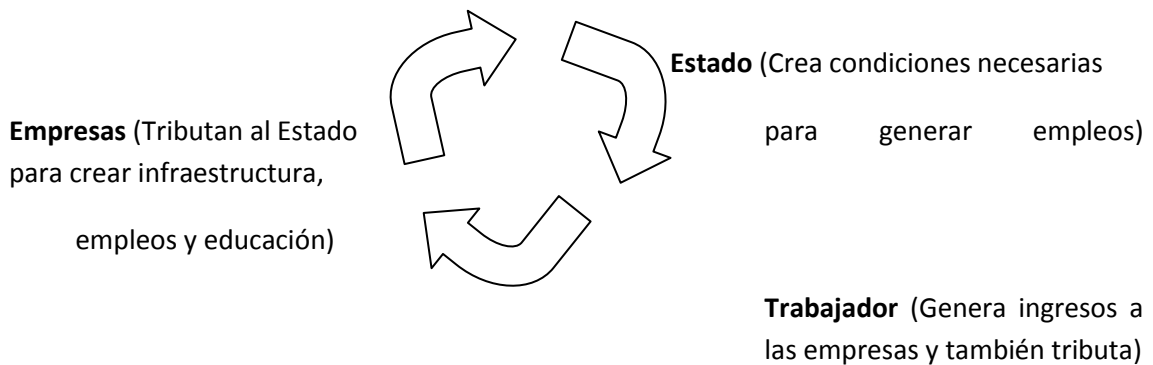
La generación de empleos se ve frenada por la actividad económica, siendo afectada principalmente por: políticas públicas, políticas internacionales, inflación, narcotráfico, inseguridad, salud y algunas otras externalidades eventuales, llamado también riesgo país³³, también este riesgo frena la creación de empresas, además afecta al empleo formal creando incertidumbre entre trabajadores, ya que muchas empresas son extranjeras u obtienen sus insumos del extranjero.

Dentro de la teoría económica se puede observar que el empleo se ve afectado por la interrupción en el Flujo Circular de la Economía (FCE) en el cual la informalidad juega uno de los problemas principales. No obstante afecta a todos los sectores productivos, a la educación y al crecimiento económico de forma agregada.

³² www.inegi.org.mx

³³ El riesgo país es el riesgo de perder o recuperar una inversión bajo las condiciones económicas políticas y sociales que imperan dentro de un territorio, ubicándose en México en 127 a 160 puntos aproximadamente, dicho índice los mide la firma J P Morgan

Gráfica No. 5: FLUJO CIRCULAR DE LA ECONOMÍA Y SU IMPACTO EN EL EMPLEO

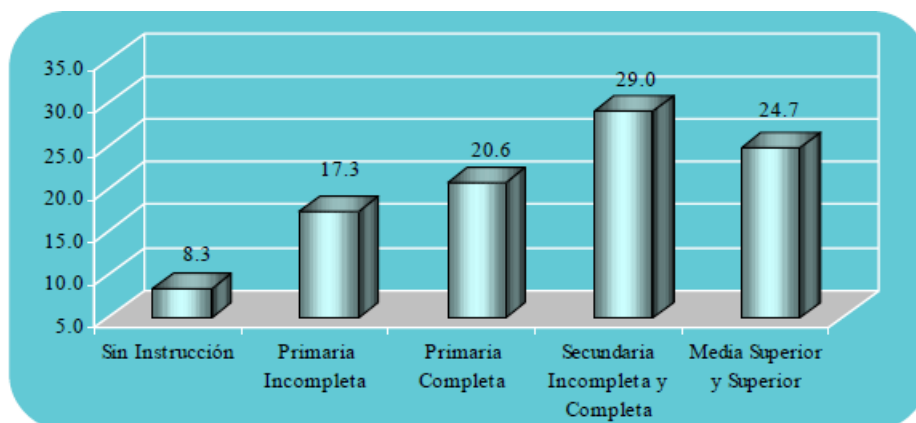


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico No. 5 se demuestra que al no pagar impuestos las empresas informales, interrumpen el flujo circular de la economía afectando negativamente a la creación de condiciones óptimas para crear más empresas empleos y educación.

La insuficiencia en los recursos que se destinan por parte del Estado a la educación de forma directa limita las posibilidades de los ciudadanos para encontrar un mejor empleo, aumentar sus percepciones salariales ó la posibilidad de una mejor calidad de vida.

GRÁFICA No.6: NIVEL DE ESCOLARIDAD EN MÉXICO AÑO 2000



FUENTE: **INEGI**, Encuesta Nacional de Empleo, 2000.

El gráfico No. 6 indica el nivel de la educación en México, siendo este el núcleo básico, lo que incentiva a la implantación de más empresas maquiladoras, aumentando las ya elevadas tasas de explotación, sin descontar otros efectos relacionados por la falta de educación.

El quintil de la educación media superior y superior es la que tiene mayor tasa de desempleo ya que este tipo de población busca un empleo mejor remunerado el cual es más carente.

En Distrito Federal y en el Estado de México prevalecen ofertas de empleo para niveles de secundaria incompletas hasta educación media superior teniendo como foco del desempleo a los niveles más altos de educación como licenciaturas y maestrías.

En la misma dirección podemos indicar que estos factores se ven reflejados por la alta demografía en estas entidades por lo que nos arroja niveles de desempleo para todos los niveles educacionales.

c) Incidencia de la salud en la productividad laboral

La salud es un estado de bienestar en el cual los individuos pueden realizar sus actividades de forma eficiente, sin embargo no siempre se ha reconocido la necesidad de la salud como un factor para el desarrollo económico.

El derecho a la salud en México cuenta con casi un siglo cuando fue plasmado en la Carta Magna³⁴ como un derecho laboral en el artículo 123, así como en el artículo 4° de las garantías individuales, un derecho de todo ciudadano. Desde entonces la creación de instituciones de salud para los trabajadores es uno de los más grandes logros que ha tenido la nación, sin embargo la capacidad en atención es aún por debajo de las expectativas que tienen los países de primer mundo.

La salud en el campo laboral aún no es homogénea ya que los empleos informales no cuentan con alguna prestación que les permita tener acceso a las instituciones de salud, de igual forma el desempleo no tiene la capacidad de brindar servicios de salud a pesar de existir programas sociales de carácter público enfocados a este tipo población.

Datos obtenidos del periódico La jornada del 8 de octubre del 2008 indican que alrededor de la mitad de la población en el Distrito Federal no cuentan con seguridad

³⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

social lo que indica que solo pueden acceder a servicios de salud mediante hospitales públicos de la Secretaría de Salud y hospitales privados.

-¿Qué es la productividad laboral?

La productividad es hacer un mejor uso de los recursos disponibles materiales, financieros y humanos, no obstante la Infraestructura también fomenta la productividad reduciendo tiempos de transporte y comunicación logrando una eficiente distribución y ahorros de energía. Por su parte la productividad en los trabajadores radica en hacer un buen uso de la infraestructura, a través de la capacitación.

Factores como el ingreso, la salud y la educación demuestran que la productividad laboral en México es muy baja³⁵, la productividad laboral ha aumentado solo un 2% en 20 años, en tanto que países de primer mundo se encuentran a partir de un 23 por ciento como España, Estados Unidos (35 por ciento), Irlanda (64 por ciento) y Corea del Sur (83 por ciento).

Algunos Estados en la Republica Mexicana cuentan con tasas de productividad mayores al promedio nacional de hasta un 35 por ciento como el Distrito Federal, Estado de México, Nuevo León, Coahuila Querétaro, Durango y Aguascalientes.

La salud juega un papel muy importante en la productividad laboral, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, ya que son grandes proveedores de mano de obra para el sector manufacturero, un estado de salud deficiente dificulta el desarrollo de la competitividad a nivel empresa y a nivel individual, lo que genera altos costos para la empresa como en los trabajos con actividades físicas y por destajo que inciden con mayor frecuencia en enfermedades causadas por: grandes jornadas laborales, bajos salarios, mala alimentación, etc.

Las bajas expectativas de vida laboral y mala salud provocan una vida profesional corta, ausentismo y pérdida de inversión por los costos de entrenamiento de nuevo personal las empresas, motivo por el cual se reafirma la premisa de ahorrar en capacitación al no contratar personal sin experiencia ó sin adiestramiento previo³⁶.

³⁵ Información obtenida del CIDAC.2011

³⁶ Los costos por adiestramiento son necesarios para las empresas, sin embargo se buscan evitarlo ocasionando desempleo

II. Los seguros de gastos médicos mayores

a) ¿Que son los Seguros?

Los seguros son un contrato en el cual el asegurador se obliga a dar cobertura al asegurado ante un evento que pone en peligro la estabilidad económica del asegurado cuyo riesgo se encuentra plasmado en las cláusulas del mismo mediante el cobro de una prima. Puede haber infinidad de cláusulas que incluyen o excluyen beneficios en el contrato en el cual quedaron previamente de acuerdo, modificando así a la prima.

También se puede definir como una técnica en la cual se transfiere un riesgo determinado para el progreso de la sociedad en su conjunto, ya que sin él los procesos económicos se verían condicionados por quedar su patrimonio en riesgo.

Los tipos de riesgo los clasifican las aseguradoras a fin de estratificar a sus clientes y sus costos que se han de cobrar por sus servicios los cuales se pueden dividir en:

Edad: Es la cumplida al inicio de vigencia del seguro, normalmente conforme la edad avanza el riesgo de contraer una enfermedad aumenta, esto se debe a que conforme va avanzando la edad, se va perdiendo salud y con ello las enfermedades y/o accidentes se vuelven más frecuentes y de mayor gravedad.

Sexo: Existe una gran distinción entre sexos ya que estadísticamente la mujer tiende a enfermarse más que el hombre. Esta diferencia se ve más acentuada entre el periodo fértil de la mujer que se da entre los 20 y 39 años de edad, donde primordialmente se dan las enfermedades relacionadas con la maternidad y con el aparato reproductor de la mujer.

Ocupación: Es a lo que se dedica la persona. Existen trabajos que por su naturaleza resultan más riesgosos que otros. Esto se debe a la ocupación de maquinaria, de motocicletas, de armas, etc. y es por ello que se incrementa el riesgo de tener un accidente y en algunos casos de padecer una enfermedad.

-¿Para qué sirven?

Para cubrirse ante un riesgo o un daño, que genera un gasto no previsto o inclusive haciéndonos perder el patrimonio, siendo este evento en contra de nuestra voluntad.

Para comprender esto mejor se pueden enunciar los elementos que definen al riesgo:

- Que sea posible si no, no es riesgo.
- Que sea incierto, como la muerte o la lotería, sabemos que puede llegar pero no sabemos cuándo.
- Que sea fortuito (accidental o involuntario).
- Que sea desfavorable (que no genere beneficio).

Así pues se constituye como una herramienta para la transferencia de riesgos a través del pago de una prima, convirtiendo el costo variable (riesgo) en un costo fijo (prima) ya que toda persona está sometida a un riesgo no importando su economía, trabajo o condición social.

Un riesgo se puede afrontar en 4 formas como:

- La prevención: Tener excesivamente cuidado con todo lo que hacemos.
- El ahorro: Guardar mucho dinero para cualquier eventualidad.
- El autoaseguro: Conocer cuál es su costo de cada riesgo para tener guardado una cantidad para cada evento posible.
- El seguro: contratar un seguro de acuerdo a las necesidades de cada persona

Teniendo por enterado la necesidad de un seguro su función puede ser de 2 formas:

- Indemnizadora: reparar los daños
- Financiera: obtener una ganancia relativa (cuando se usa el seguro uno ahorra más de lo que cuesta la prima)

Por otra parte cabe indicar que no todos los riesgos son asegurables, esto debido a que se debe de cumplir una serie de requisitos como:

- Que pueda ser valorado en términos monetarios
- Que no produzca una ganancia real o lucro para el enriquecimiento
- Que sea accidental e inevitable

- Que sea estadísticamente probable
- Que sea lícito
- Que tenga homogeneidad de riesgo entre cualquier persona.

En muchos de los casos se cree que al contratar un seguro, se está cubierto ante cualquier eventualidad, siendo esta premisa totalmente falsa, ya que muchos tipos de eventos quedan excluidos por naturaleza propia del seguro y otros tantos a conveniencia de los contratantes.

Algunos eventos muy comunes que son excluidos en las pólizas de seguros son aquellos que han sido provocados de forma consiente por el asegurado tales como: suicidio, drogas, homicidio, ya que no representan un riesgo inevitable.

A continuación se muestra una definición más clara del objeto del seguro, con el objetivo de presentar un primer acercamiento de los elementos que componen un seguro.

“Sí como consecuencia de un accidente o enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la póliza, el asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, la Compañía pagara o reembolsara el costo de los mismos hasta por la suma asegurada, ajustándolo previamente a las limitaciones consignadas en la caratula de la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia y periodo de cobertura, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado y el padecimiento se origine dentro de la fecha de cobertura”.

Un seguro sin importar el fin que este tenga debe contener algunos o todos los siguientes elementos:

Contratante: es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

Asegurado titular: Miembro de la colectividad asegurada que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza y se encuentra en el registro de asegurados.

Dependientes económicos: se consideraran como dependientes económicos del Asegurado Titular al Cónyuge o Concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Artículo 1635 del Código Civil para el Distrito Federal y los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan ingresos por trabajo personal.

Accidentes: acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevista, súbita y violenta, que produce lesiones o la muerte en la persona del Asegurado. No se

consideran accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Enfermedad: toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico, así como todas las alteraciones, recurrencias ó recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Suma asegurada: límite máximo de responsabilidad de la compañía de seguros por cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, la cual quedara fija a partir de que se efectuó la primera erogación, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la caratula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

Deducible: Los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite establecido en la póliza por cada enfermedad cubierta.

Coaseguro: cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos por enfermedad después de aplicar el deducible. Dicho porcentaje queda indicado en la caratula de la póliza.

Pago directo: forma de pago en el cual el asegurado solo paga el deducible y coaseguro en cuanto la aseguradora paga directamente al médico Medicamentos y hospital.

Reembolso: forma de pago en el cual el asegurado paga al médico u hospital y después por medio de una reclamación presentada a la aseguradora, ésta paga al asegurado los gastos que hayan sobrepasado las cantidades del deducible y del coaseguro.

Existe gran variedad de seguros, la contratación de alguno a varios de estos depende de las necesidades en particular de la empresa o persona. Podemos dividirlos entre de seguros para personas y para bienes.

-Para bienes: responsabilidad civil, automóviles, patrimoniales.

-Para personas: de vida (futuros), no vida (muerte), para accidentes y enfermedades (indemnización).

Cada uno de los seguros abarcan un tipo de riesgo en específico, algunos son para eventos que dañan a bienes propios y terceros, algunos otros se dedican a preservar la salud o el futuro económico.

En este caso nos enfocaremos a los seguros de personas en el ramo de accidentes y enfermedades como el caso de los seguros contra accidentes y seguros de gastos médicos mayores.

Los seguros de gastos médico mayores y/o menores son seguros contra enfermedades y accidentes en el ramo de asistencia sanitaria, estos abarcan desde una consulta médica de rutina hasta hospitalización o cirugía entre otros.

Los seguros de salud por su parte, no solo se encargan de indemnizar accidentes y enfermedades, también se encargan de prevenirlas, mediante consultas preventivas anuales, check up anual, vacunas preventivas, entre otros.

Se obtiene acceso a ellos mediante la contratación de una póliza de seguros como cualquier otra, el origen de la contratación puede ser particular, familiar o grupal. El alcance que pueden tener estos depende de las condiciones de póliza sobre las cuales se haya contratado.

Los seguros de gastos médicos mayores son una forma de afrontar riesgos de accidentes y/o enfermedades, de manera económica, ya que cuentan con prestadores de servicios como hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias, que se encargaran de brindar la asistencia al asegurado para la conservación de la salud mediante el pago de una prima.

En la actualidad existen muchas compañías de seguros que prestan servicios en México y el mundo de Gastos Médicos Mayores y Menores, estas pueden brindar asistencia nacional e internacional a través de filiales o convenios generados para estos eventos.

b) Repercusión en la desigualdad de ingresos para la contratación de un SGMM

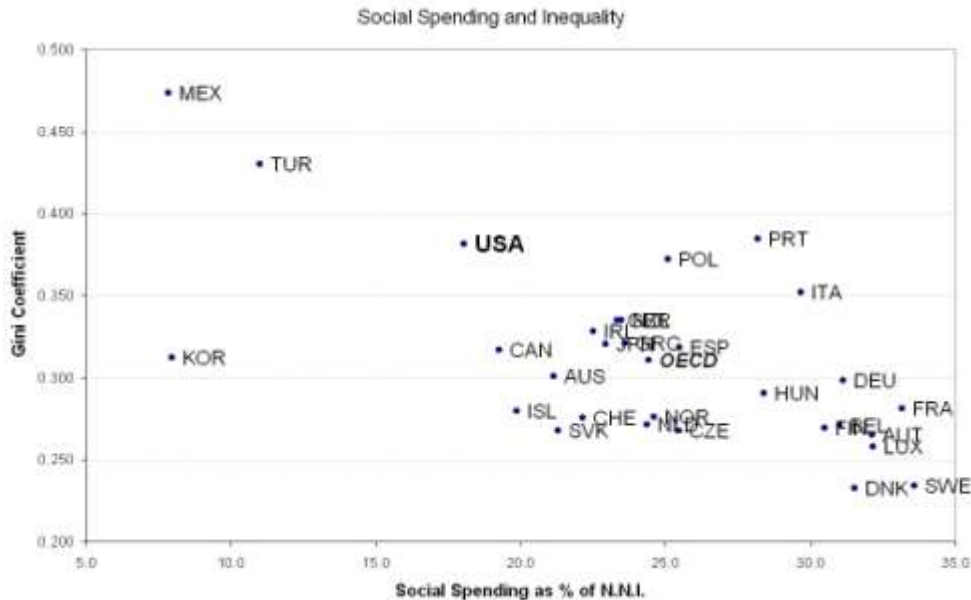
Los seguros se han vuelto un elemento de consumo cotidiano en la sociedad para afrontar posibles riesgos que pudiesen llegar a presentarse de manera súbita, se han creado gran variedad de seguros para cubrir casi todos los riesgos posibles como: robo, accidentes, enfermedades, educación, profesionales, etc. No obstante la contratación de estos seguros implica la canalización de recursos financieros para cada uno de ellos.

En México dada el alto índice de desigualdad de ingresos, medido a través del índice de Gini, es que se puede afirmar que la mayor parte de la población no puede acceder a la contratación de seguros de manera voluntaria sin afectar significativamente a su ingreso familiar ya que la contratación de uno o más seguros implica un desembolso constante e indefinido para obtener dichos beneficios, lo cual representaría la afectación directa en su ingreso familiar.

Específicamente, el ingreso promedio en México comienza con un salario mínimo (en casos informales puede ser menos) que son aproximadamente 1,700 pesos mensuales, mientras que solo una pequeña parte de la población tiene acceso a salarios de 1,500

pesos o mas por día, señalando que la gran mayoría de la población en México y en el Distrito Federal tiene ingresos mínimos para su sustento. En los últimos años el índice de Gini ha oscilado entre el 44.5 a 47.5 según datos obtenidos del Centro de Estudios para las Finanzas Publicas de la Cámara de Diputados.

GRÁFICA No. 8: DESIGUALDAD SOCIAL MUNDIAL



Fuente. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD)

Como podemos ver en la gráfica No. 8 México tiene el más alto índice de desigualdad entre los países miembros de la OCDE, siendo esta cifra tan alarmante debido a que si hablamos de un ingreso per cápita, estamos inflando las cifras por esta misma situación.

La desigualdad es lo único que no deja de crecer en México ya que ningún país en el mundo ha tenido una transformación económica tan dramática, indicó Paul Krugman, premio Nobel de Economía en su conferencia que dio en el Estado de México en mayo del 2010, ya que por un lado se encuentra entre los países más importantes del mundo con grandes exportaciones brutas, gran captación de turismo, pero esta derrama económica solo se ve reflejada en unos cuantos.

Los niveles salariales en México se encuentran muy por debajo como para contratar un seguro de salud y por el otro lado el crecimiento del país se debe principalmente a la Inversión Extranjera Directa que se orienta a la Manufactura con lo cual se infla el número de exportaciones y de producción en diversas zonas geográfica y en general a nivel nacional.

El costo por la salud privada de calidad representa casi un lujo, a pesar de ser un derecho que todo ciudadano mexicano tiene, ya que las instituciones de salud pública se encuentran altamente saturadas en las principales ciudades y carentes en ciudades poco pobladas.

En los seguros se tiene un mayor riesgo económico en accidentes y enfermedades que en daños, robos y fenómenos naturales, generando un mayor costo en las primas, además que la contratación es individual y conforme pasan los años, el costo por prima se incrementa por el nivel de riesgo que representan las enfermedades crónicas degenerativas y que ante accidentes, estos se vuelven más costosos en cuanto a la recuperación.

Solo en pólizas grupales es que se eliminan todos los factores adversos mencionados y el empleado puede dar de alta a su pareja (solo si están casados legalmente) y a sus hijos menores a 25 años que se encuentren dados de alta en alguna escuela o institución de educación si así lo permite la póliza.

Como resultado de la desigualdad que predomina en México solo un 5 a 7 por ciento de la población tiene acceso a Seguros de salud en el ramo de Gastos Médicos Mayores de los cuales el 60 por ciento del total de asegurados pertenecen a pólizas grupales. Este valor tiene un intervalo de dos puntos porcentuales debido a las altas, bajas y renovaciones a nivel empresa y particular.

Para el caso del Distrito Federal y el Estado de México que son de las zonas geográficas con un gran número de habitantes, la concentración de empresas y secretarías de Estado hace posible que su población logre una mayor número de pacientes con acceso a la seguridad social y a la obtención de una SGMM con alrededor del 10 por ciento y que en muchos de los casos esta derivado del riesgo al que puede estar expuesto. Por otro lado la encuesta que genero la aseguradora británica Bupa, menciona que al menos el 45 por ciento de la población adulta padece alguna enfermedad crónica y no es tratada adecuadamente derivado de la no cultura del seguro. Contradiendo esta encuesta y observando el panorama general de la seguridad social en México no es posible en la mayoría de los casos generar un fondo destinado a los seguros de salud, en su caso se puede contratar un tarjeta de descuentos con la cual pueden tener acceso preferencial a consultas con especialistas, laboratorios e imagen, pero no a tratamiento prolongados ni costosos.

c) Cobertura de los SGMM en los servicios hospitalarios

Los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) ofrecen preservar la salud a través de hospitales y clínicas, sin embargo no todos los hospitales tiene convenio con todas las aseguradoras ó con las pólizas, siendo esta una de las características principales que segmentan este tipo de servicios. Otra característica importante es el tipo de contratación que puede ser: individual ó colectiva dando la posibilidad de elegir entre que se pretende cubrir de manera prioritaria y qué definitivamente se excluye.

En el caso de pólizas individuales, existe la selección de riesgos y eventos los cuales aumentan ó disminuyen el pago de la prima, adicionalmente se aplica un cuestionario médico el cual es analizado por el área de selección de riesgos para determinar si el asegurado es objeto ó no de un seguro. En la contratación de seguros colectivos por su parte, interviene el giro del grupo asegurable o empresa como factor principal con el cual se fijará el costo de la prima siendo diversificados en base al riesgo de sus trabajadores, estos van desde el riesgo tipo **A**, que es el menos riesgoso, hasta el riesgo tipo **J**, donde se encuentra las personas que están expuestas a riesgos altamente probables estadísticamente y su clasificación específica es la siguiente:

RIESGO A: Personal que trabajan tiempo completo en lugares no peligrosos como: oficinistas, farmacéuticos, optometristas, dibujantes, bibliotecarios, etc.

RIESGO B: Personas cuya ocupación principal es en la calle sin exposición a riesgos calificados como: cobradores, vendedores, propagandistas, etc.

RIESGO C: Personas que necesitan viajar constantemente para el desempeño de su ocupación habitual, sin exposición de riesgos calificados como: agentes de viaje, inspectores, propagandistas, ingenieros, arquitectos, superintendentes, contratistas, etc.

RIESGO D: Personas que manejan vehículos urbanos, de reparto y transportadores de carga ligera como: taxistas, choferes de autobuses, de camionetas, de mudanzas, etc.

RIESGO E: Personas que efectúen trabajos manuales ligeros pero cuyas herramientas, material o medio en el que el trabajo se desempeña representan peligro como: plomeros, vidrieros, mecánicos, zapateros, empleados de gasolinera, etc.

RIESGO F: Personal que realicen trabajos manuales sin manejar maquinaria pero cuya actividad es por sí misma peligrosa dado el medio de trabajo como: instaladores de elevadores, albañiles, electricistas de alto voltaje, policías, conductor de fondos bancarios, patrulleros, etc.

RIESGO G: Personal que manejan maquinaria pesada o motocicletas para el desarrollo de su trabajo como: operadores de buldócer, palas mecánicas, aplanadoras.

RIESGO H: Personal que desempeñan una ocupación cuya propia naturaleza representa un riesgo peligroso y constante como: limpiadores de ventanas, operadores de planta eléctrica de alto voltaje, etc.

RIESGO I: Personal con ocupación sumamente peligrosa pero que a juicio de la compañía podrían aceptarse como: los perforadores de pozos petroleros, constructores de torres de televisión ó de de estructuras de acero, bomberos, etc.

RIESGO J: Personas que no son asegurables y en caso de ser aceptados, la prima será muy alta como el caso de: boxeadores, toreros, corredores profesionales de automóviles, personas que intervienen en el manejo de la energía atómica, etc.

De forma general una vez que un evento se encuentra dentro de las coberturas amparadas por la póliza y en un hospital en convenio, el SGMM cubrirá lo relacionado directamente con el evento como:

- Honorarios por consultas médicas
- Honorarios médicos por atención hospitalaria
- Honorarios quirúrgicos
- Gastos dentro del Hospital.
- Honorarios de Anestesista.
- Material médico.
- Equipo de anestesia
- Honorarios de enfermera
- Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloteria, fisioterapia, y otros semejantes.
- Cirugía reconstructiva a consecuencia de accidentes.
- Consumo de oxígeno.
- Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, suero y otras sustancias semejantes.
- Aparatos ortopédicos y prótesis.
- Renta de equipo tipo hospital.
- Medicamentos (los consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera, siempre que hayan sido prescritos para el padecimiento.
- Análisis de laboratorio y gabinete
- Estudios de rayos X, electrocardiogramas, o cualquier otro estudio que se haya utilizado para el diagnostico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.
- Coberturas a recién nacidos con ciertas restricciones

Algunos padecimientos crónico-degenerativos, solo pueden ser cubiertos mediante “periodos de espera” esto quiere decir que: el asegurado debe cumplir con un cierto periodo de tiempo con la póliza para tener cobertura ya que por su naturaleza, tienen un periodo mediano o largo de desarrollo, impidiendo así el posible dolo por parte del asegurado, que al saberse poseedor de cierto padecimiento, contrata la cobertura con el fin de que su gasto en la atención de ese padecimiento le sea cubierto por el seguro, en contra de la esencia misma del seguro ya que se trataría de la cobertura de un evento seguro y no de un riesgo.

Los padecimientos con periodo de espera en general son los siguientes:

- Los tratamientos por desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo (Litotripsias).
- Operación cesárea y las complicaciones del embarazo.
- Padecimientos ginecológicos.
- Insuficiencia venosa y varices de miembros inferiores y del piso perineal.
- Nariz y/o senos paranasales por accidente.
- Endometriosis
- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fistulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias (incluye las de disco).

En ocasiones se otorgan beneficios adicionales a los clientes con el fin de hacer más atractivos los productos, para mejorar la calidad de los servicios ó bien como una herramienta de venta en caso de clientes muy competitivos. Sin embargo suele suceder que estas coberturas adicionales se manejan como endosos especiales, los cuales aumentan el costo de la prima debido al nivel de riesgo de cada endoso.

Por otra parte existen algunas coberturas adicionales que por su naturaleza representan un bajo o nulo riesgo de acuerdo que no representan una afectación adicional en el costo del seguro y se otorgan sin costo alguno.

Algunas coberturas adicionales que se manejan en general en el mercado son:

- Urgencia médica en el extranjero en planes con cobertura en territorio nacional.
- Ambulancia terrestre de terapia intensiva en caso de emergencia médica.
- Ambulancia aérea en caso de emergencia médica.
- Ampliación de la atención Médica en el extranjero en planes con cobertura en territorio nacional.
- Accidentes personales en viajes aéreos.
- Cobertura de gastos funerarios.

- Cobertura de servicios asistenciales en el extranjero.
- Indemnización diaria por hospitalización. En esta cobertura se otorga una renta diaria al asegurado en caso de sufrir una hospitalización a consecuencia de un accidente o de una enfermedad que está cubierta por la póliza.
- Cobertura de maternidad.
- Operaciones de nariz y/o senos paranasales por accidente o enfermedad.
- Circuncisión.
- S.I.D.A.
- Padecimientos oftalmológicos, cirugías correctivas de la vista.

Algunas exclusiones pueden llegar a convertirse en coberturas adicionales mediante el pago adicional de la prima establecida o por lo menos un tiempo de espera predeterminado, sin embargo existen algunas otras exclusiones que a pesar de ser exigidas por clientes gigantescos no pueden ser en la mayoría de los casos incluidas.

- Enfermedades preexistentes (sin periodo de espera).
- Tratamientos psiquiátricos o psicológicos y sus derivados.
- Afecciones propias del embarazo, aborto, partos prematuros o partos normales o anormales.
- Tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
- Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso o esterilidad.
- Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir astigmatismo, hipermetropía, miopía y estrabismo.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la fertilidad, natalidad o sus complicaciones.
- Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante el internamiento en el sanatorio u hospital, excepto cama extra.
- Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión auto generada, intento de suicidio, aún cuando se cometa en caso de enajenación mental.
- Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del asegurado o si el asegurado esta bajo la influencia de bebidas alcohólicas.
- Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de vehículo de carreras.
- Practica de: box, lucha grecorromana, lucha libre, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, cacería, alpinismo, paracaidismo, espeleología y rapel.
- La práctica profesional de cualquier deporte.

- Lesiones que el asegurado sufre cuando viaje en aeronaves que no pertenezcan a un línea comercial.
- Tratamiento médico quirúrgico de nariz y/o senos paranasales que sea originado por enfermedad.
- Tratamientos dentales, alveolares, maxilofaciales.
- Circuncisión.
- Tratamientos preventivos, tratamientos en vías de experimentación.
- Reposición de aparatos o prótesis.
- Todos los gastos originados por los tratamientos derivados del S.I.D.A

d) El Seguros de Gastos Médicos Mayores como prestación a empleados de la empresas

En las empresas formales se ofrecen prestaciones que marca la ley sin embargo, solo el 10 por ciento ofrece prestaciones superiores a las establecidas como fondo de ahorro, compensaciones salariales, días de vacaciones adicionales, caja de ahorro ó Seguros de Gastos Médicos Mayores. En el caso particular de los Seguros de Gastos Médicos Mayores el objetivo es disminuir el riesgo económico de sus trabajadores ocasionado por algún tipo de eventualidad como un accidente o enfermedad del empleado o alguno de sus dependientes que afecte al empleado directamente.

La prestación de SGMM también puede ser parcial, ya que en algunos casos tiene que participar con alguna proporción de la prima, aunque esto significa un gasto adicional para el trabajador, también puede ser de gran utilidad debido a que la salud en forma privada es muy costosa.

En el mercado de seguros en México, las características que se solicitan para la contratación grupal o colectiva de seguros gastos médicos mayores son:

- Edad
- Sexo
- Parentesco
- Ocupación
- Zona geográfica donde reside.

Estas variables principalmente (exceptuando el parentesco), son con las que se cuantifican el riesgo del grupo asegurado y se proporciona una prima de acuerdo a la póliza contratada. En los seguros grupales no existe la selección de riesgos comunes o de baja probabilidad estadística.

Según el reglamento del Seguro de Grupo solo se consideran a los grupos que se mencionan a continuación:

- Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones o grupos.
- Los cuerpos del ejército de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajos u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables.

Aquellas agrupaciones que se hayan unido únicamente con el fin de obtener el seguro no se consideraran como Agrupaciones Asegurables.

Para aclarar estas diferencias se dice que existen asociaciones grupales y colectivas:

Grupales: aquellos que cumplen en su totalidad con el Reglamento del Seguro de Grupo y que como mínimo se aseguren 25 titulares.

Colectivos: son sociedades de carácter voluntario creadas con un fin diferente que contratar el seguro. Deberán ser al menos el 75 por ciento del grupo total asegurable y como mínimo deberán ser 10 titulares. Estos límites son los mínimos que se establecen en el Reglamento del Seguro de Grupo.

Los seguros que pueden contratar las empresas están diversificados en base al riesgo de sus trabajadores estos van desde el A que es el menor riesgoso hasta la J donde se encuentra las personas que están expuestas a riesgos altamente probables estadísticamente y su clasificación específica es la siguiente:

La zona geográfica afecta en el costo de la póliza ya que en un país como México el desarrollo de los Estados no es similar por lo que los costos de atención médica no son los mismos.

Existen otras variables que se podrían tomarse en cuenta para el cálculo del riesgo de las personas hacia las enfermedades y los accidentes como:

- El ingreso. Esta variable nos podría ayudar a cuantificar la salud de la persona debido a que si uno cuenta con un buen ingreso, tiene acceso a mejores servicios como alimentación, exámenes médicos periódicos, vivienda, vacunas contra enfermedades epidémicas, educación, etc.
- El nivel de educación.
- El estado civil de la persona.

e) El SGMM como Fuente de ingreso

El empleo en la actualidad crece con mayor dinamismo en el sector servicios en todo el mundo. Los seguros también han tenido un crecimiento notable en las últimas décadas con la excepción en el periodo de la crisis económica actual, el cual ha modificado las tendencias actuales globales en la industria de seguros, obligando a las grandes compañías aseguradoras a ofrecer mayores servicios para conservar a sus clientes ó para atraer a más. De forma generalizada los seguros cubren casi todo tipo de eventos, en este caso nos enfocaremos a los Seguros de Gastos Médicos Mayores y sus derivados.

Un factor en beneficio para las personas que se dedican a este tipo de negocios es el envejeciendo de la población en forma acelerada, siendo este el grueso de la población que hace 10 años era de adultos jóvenes y que en un plazo no menor a 10 años serán adultos en la edad donde comienzan a manifestarse los problemas de salud más comunes del nuevo patrón de enfermedades de México.

Otro factor que les beneficia es la población o empresas con altos ingresos económicos, los cuales deciden contratar seguros adicionales para disminuir costos en materia personal o laboral que generan otros tipos de costos derivados por motivos de salud.

El negocio de agente de seguros, asesor de seguros o también llamado “bróker” genera grandes dividendos tanto para la empresa emisoras como para el agente, debido a que es un negocio circular y constante ya que la renovación de una póliza permite tener ingresos base e ingresos adicionales constantes.

Por ejemplo: si una persona contrata una póliza y la renueva durante 10 años, la renovación generara una ganancia durante los primeros 3 años (que son los años que se le pagan al bróker ante la renovación) , si lo multiplicáramos por diez clientes en un año tendríamos 10 ingresos fijos en ese año y si le aumentamos 10 clientes por año por 10 años, sería un efecto multiplicador muy alentador, la parte difícil de esto es y siempre ha sido captar a los clientes con recursos suficientes para mantener el pago de la prima o para satisfacer sus posibles quejas e inconvenientes, así como posibles propuestas de sus competidores. Estos se vuelve más difícil de conseguir cuando son clientes gigantescos y el servicio está en constante evaluación por de los usuarios miembros de la póliza.

Los consumidores, las marcas y los productos se han visto modificados para hacer a los productos más atractivos a la vista del cliente, como ampliaciones en las coberturas, coberturas adicionales, o fusión entre productos o empresas con el fin de cambiar el nombre o la reputación que se venía manejando. Los consumidores por su parte se han vuelto más asépticos y no es tan fácil convencerlos al cambio.

El dinamismo en la venta de seguros se ha visto frenado debido a factores como el aumento en el costo de la prima a medida que aumenta la edad del asegurado, la información comparativa vía internet, aunado al no uso ya que se puede tomar como un gasto y no como una inversión a largo plazo, esto ha requerido la modificación en las técnicas y modelos operativos.

Desde el punto de vista de las empresas existen nuevas perspectivas para el año 2012 en materia de seguros el cual deja en claro que las aseguradoras deben mantener un margen de ingresos elevado del 72 por ciento de la cartera ya existente en renovaciones.

La eficiencia como factor para la renovación de pólizas también se encuentra entre los puntos importantes, ya que los servicios post venta refieren un vinculo especial para que el cliente se vea atraído a la renovación de las pólizas. La administración del factor riesgo pierde un poco de importancia debido a que estos factores ya están determinados y pocas veces fluctúan como en los casos de epidemias, y lo que realmente se ve afectado es la captación de pólizas y renovación de las mismas por factores de crisis económica.

La administración de expectativas externas disminuyen su importancia a nivel empresa, ya que en muchos casos las redes sociales permiten la difusión de la información, inclusive en algunos trámites que antes eran de manera presencial ahora lo pueden hacer vía internet, lo que disminuye costos en las comisiones pagadas a los agentes.

Por último un factor que ha motivado al cambio, son las encuestas electrónicas, sobre el servicio otorgado acerca de la experiencia del consumidor arrojando este tipo de encuestas preguntas y respuestas cerradas la cual permite moverse al ritmo de las expectativas del consumidor.

Los factores negativos para este mercado son el incremento en el costo de las primas que se genera por el incremento en el número de eventos por lo cual se contrataría.

III. Médica Sur

a) ¿Qué es Médica Sur?

Médica Sur es un moderno centro hospitalario situado al sur de la Ciudad de México, cuenta con 514 consultorios, 138 habitaciones y 26 suites, 17 unidades médicas y 11 clínicas de especialidades.

A través del tiempo, Médica Sur ha pasado de ser una clínica de consulta externa a ser un hospital de tercer nivel, siendo el único hospital en México que actualmente cotiza en bolsa y que recientemente ha lanzado un bloque de acciones destinadas a la ampliación del complejo hospitalario.

Además cuenta con servicios de alta complejidad ofrecidos por sus diversas clínicas los cuales destacan por encontrarse al interior de un mismo predio evitando los traslados externos entre clínicas.

Las clínicas y servicios con los que cuenta actualmente la institución son:

- Angiografía
- Centro Oncológico
- Centro Integral de Neurocirugía cerebral y la columna vertebral con una unidad de radiocirugía Gamma Knife para el tratamiento de tumores.
- Clínica para enfermedades digestivas, hígado y variatría.
- Clínica de enfermedades vasculares
- Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento (CIDyT)
- Cirugía de estancia corta
- Clínica de Fisioterapia y Rehabilitación
- Unidad Medicina Nuclear
- Unidad Endoscópica
- Unidad Ginecológica
- Unidad de Neonatología
- Unidad de ortopedia

- Unidad de Terapia Respiratoria
- Unidad de Hemodiálisis
- Urgencias
- Etc.

Todos los servicios benefician a la institución sustancialmente para el diagnóstico de sus pacientes, adicionalmente cuenta con el beneficio de la ubicación ya que se encuentra muy cerca de los Institutos y hospitales públicos que, antes que representar a un grupo de competidores, son también usuarios de estos servicios, dicha cercanía beneficia adicionalmente a pacientes y familiares que acuden por servicios que son limitados o escasos en Instituciones Públicas y que son necesarios para continuar con su atención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de cualquier índole.

La competencia ínter-hospitalaria también beneficia al mejoramiento del hospital, no solo por la atención que se brinda a los hospitales cercanos, sino que también atrae a pacientes por su prestigio que, a pesar de tener otros hospitales privados cerca, deciden trasladarse hasta llegar a Médica Sur.

Entre los competidores más grandes encontramos a Hospital Ángeles Pedregal, Hospital ABC, HMG Coyoacán, Sedna, Star Médica. Existen muchos más hospitales y clínicas en el Distrito Federal y en el Estado de México que no representan mayor competencia para estos hospitales por su tamaño y complejidad ó por que forman parte de otras cadenas hospitalarias como en el caso de Grupo Ángeles³⁷.

Las competencias directas del Hospital Médica Sur frente a otros hospitales se basan en la ubicación, tamaño, complejidad, servicio, eficiencia, costo y prestigio. Estas características permiten ofrecer servicios de alta calidad, rapidez y confianza.

³⁷ Grupo Ángeles ha crecido a través de la adquisición de hospitales pequeños formando la cadena más grande de México en hospitales privados

TABLA No. 1: COMPARACION DE SERVICIOS OFRECIDOS POR HOSPITAL

HOSPITAL/ SUCURSALES	UBICACIÓN	COMPLEJIDAD	TAMAÑO	SERVICIO	EFICIENCIA	COSTO	PRESTIGIO	SATURACION
ANGELES /23	SUR	***	***	**	***	**	***	**
ABC/2	NORTE	***	**	**	***	***	***	**
MEDICA SUR/2	SUR	***	**	***	***	**	***	***
SEDNA/1	SUR	**	*	**	**	**	**	*
HMG COYOACAN/1	SUR	**	*	**	**	*	*	*
STAR MEDICA/10	NORTE	**	*	**	**	*	*	*

Fuente: Elaboración propia con datos estimados

En la tabla No. 1 se puede observar claramente que la mayor competencia se encuentra entre Hospital Ángeles Pedregal y Hospital ABC en cuanto a eficiencia, complejidad de servicios ofrecidos y prestigio, ya que el número de sucursales con las que cuenta Grupo Ángeles es ya un puntero difícil de seguir, en cambio, en el caso de servicio y calidad en el servicio, es considerablemente elevado Médica Sur respecto de sus competidores, lo que provoca su preferencia al elegir entre calidad y precio.

Además de ser una empresa con alto valor agregado, Médica Sur se ha vuelto en nuestros días una Marca, no refiriéndose a temas fiscales sino a su impacto en el mercado de servicios de salud. Un ejemplo claro de esta situación y que puede explotarse aun más, son las frases de muchos pacientes:

“estoy en Médica, fui a la Médica, estoy en Médica Sur,”

Cabe señalar que en ninguno de los ejemplos anteriores se menciono la palabra Hospital, sin embargo, la gente sabe a qué se refiere, como decir:

“Pepsilindro, Kleenex, Wiskas, Tortillinas, Coca Cola etc.”

Adicionalmente se cuenta con medios de comunicación altamente efectivos gratuitos llamados: prestigio y efectividad, ya que no es tan común ver anuncios de hospitales en los diferentes medios de comunicación, el prestigio que se van formando diariamente y tiene un alto impacto en el consumidor-paciente al decidir en qué lugar atenderse. La efectividad por su parte es una consecuencia de hacer bien las cosas y contar con los medios necesarios para brindar la atención adecuada.

b) Antecedentes cronológicos del hospital Médica Sur

Médica Sur se crea en 1981 cuando se coloca la primera piedra y se inicia la construcción de la primera torre de consultorios. Es hasta el año 1983 cuando entra en servicio.

En 1985 comienza a funcionar Médica Sur como Hospital de tercer nivel, ofreciendo servicios de consulta, hospitalización y urgencias.

En 1991 inicia la creación de la torre II donde actualmente se encuentra una gran parte de consultorios, módulos de seguros, laboratorios, farmacia externa y servicios bancarios.

Para el año 1995 comienza la construcción de centro de investigación fármaco-biológica CIF-Biotec.

En el año 2000 Médica Sur cuenta ya con 17 Clínicas en su interior, 3 centros especializados y una unidad móvil.

En 2006 se remodela el laboratorio y el servicio de pediatría derivado de la alta demanda en menores de edad.

Para el año 2007 y 2008 respectivamente se adquieren 3 clínicas de atención primaria (CAMP) en Polanco, Pedregal, Monterrey y el Hospital ginecológico Santa Teresa

En el año 2009 se incorpora al Grupo Médica Sur el hotel Holiday Inn en la torre III, además de un helipuerto de primer nivel en la parte alta de la misma torre.

Se incorpora en el año 2011 la cadena de cafeterías Star Bucks con 2 sucursales en su interior. En el mismo año se traza un nuevo camino a seguir con el cierre de las clínicas de Pedregal Polanco y Monterrey, siendo anunciada formalmente la construcción del proyecto denominado Ciudad Médica Sur.

La Ciudad Médica Sur es un proyecto innovador en México que busca reunir a empresas dedicadas a la salud en un solo lugar, o más bien dicho en una plaza comercial en la cual se pueda hacer deporte, compra de medicamentos, materiales de curación, compra de comidas saludables, venta de ropa deportiva, ropa para personal hospitalario, cines, entre otras, así como de una escuela de enfermería y de medicina en convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México, en general reunir un ambiente dedicado a la salud.

c) Médica Sur y la calidad

El tamaño y la complejidad de Médica Sur le permiten ofrecer una alta oferta de servicios diversos a los habitantes en el Distrito Federal, siendo en nuestros días la calidad el tema principal, debido a que la calidad se ha vuelto un lenguaje común en la vida diaria de todos los consumidores y empresas alrededor del mundo ya que para las empresas se ha vuelto el reto más importante a superar todos los días.

La norma ISO 8402- 1986 define a la calidad como: “la totalidad de las funciones y características de un producto o servicio, que tiene su capacidad para satisfacer expresa o implícita necesidades”³⁸

De igual forma la norma UNE-EN 9000:2000 define a la calidad como: “el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”³⁹

La calidad se ha vuelto una estrategia de crecimiento ya que el identificar claramente las necesidades del cliente permite la realización de actividades específicas de manera escrupulosa, utilizar los medios de traslado adecuados y una comunicación efectiva entre los agentes que intervienen en el proceso y en el servicio permiten ofrecerle al cliente lo esperado y un poco mas frente a sus expectativas.

Una de las causas principales por las cuales los esquemas internacionales para el mejoramiento de la calidad fracasan es por no tomar en cuenta las características culturales de la empresa y la sociedad.

El objetivo de la calidad en el ámbito hospitalario es lograr una atención con estándares internacionales a sus pacientes, elevar la imagen frente a su mercado y acreditar las evaluaciones externas necesarias para ampliar la oferta de servicios de salud.

Ante las normas internacionales y las necesidades internas, Médica Sur ha creado áreas específicas para el control y supervisión de actividades como: el Área de Calidad, de Operaciones y Servicios al Paciente, encargadas de monitorear todos los procesos que se llevan a cabo dentro del hospital tanto de acción directa con los pacientes como de forma indirecta para obtener niveles óptimos de satisfacción en el servicio.

El Área de calidad se encarga de vigilar que los servicios que se le dan al cliente le satisfagan todas y cada una de sus necesidades.

³⁸ Organización de Estándares Internacionales

³⁹ Estándares de la UNION Europea

El Área de Operaciones se encarga de supervisar cada una de las actividades genéricas de las diferentes áreas que componen a la institución y que sean llevadas a cabo conforme a los protocolos establecidos.

El Área de Servicios al Paciente se encarga de orientar a pacientes y familiares acerca de los servicios con los que cuenta en las diversas etapas de su estancia, así como de recibir y resolver inconformidades que surjan a cada instante dentro y fuera del hospital.

En su conjunto todas y cada una de las áreas antes mencionadas implican costos necesarios para mantener una calidad y funcionalidad del hospital de manera administrativa ya que el otro pilar fundamental en todo este proceso es el área médica y de enfermería, que de no ser de alta calidad y eficiencia no podría ser sustituido ya que representan el instrumento principal del hospital.

Médica Sur se encuentra actualmente en busca del mejoramiento en la calidad de los servicios. Logrando obtener un lugar dentro de las 500 empresas más importantes de México ocupando el lugar 358⁴⁰. Cifra muy alentadora a pesar de las adversidades económicas nacionales.

Así mismo se somete a evaluaciones internacionales para su reconocimiento como hospital de tercer nivel. Siendo el caso del ranking anual de los mejores hospitales en América Latina elaborado por la revista AEI (AméricaEconomía Intelligence).

Esta evaluación no es oficial pero refleja fielmente la información que fue enviada por cada hospital, siendo los siguientes índices evaluados:

- La eficiencia de los hospitales y clínicas de América Latina.
- La calidad con que se prestan los servicios.
- Seguridad del paciente y dignidad del paciente.
- Capital humano.
- Capacidad.
- Gestión del conocimiento.
- Prestigio.

⁴⁰ CNNEXPANSION 2011

Dicha evaluación fue aplicada a 45 hospitales y clínicas privados que aplicaron satisfactoriamente cada uno de los requisitos, obteniendo como resultado que solo 15 de ellos cumplieron las normas y requisitos internacionales.

TABLA No 2. INDICE DE CALIDAD HOSPITALARIA DE AMERICA LATINA

HOSPITAL	UBICACIÓN RANKING	INDICE DE CALIDAD 2011						INDICE 2011
		SEGURIDAD	CAP. HUMANO	CAPACIDAD	GEST. DEL CONOCIMIENTO	EFICIENCIA	PRESTIGIO	
ALBERT EINSTEIN	1	100	84.3	100	100	94.8	85	94.05
MÉDICA SUR	12	79.42	57.2	64	72.06	96	58.1	69.63
ALBERTO HURTADO	45	53.78	37.5	46.2	39.8	65.1	25.3	45.9

Fuente: Elaboración propia con datos de la revista AMERICA ECONOMIA, SEPTIEMBRE 2011

La tabla No. 2 muestra la distribución de los indicadores censados de 3 hospitales ubicados en los extremos de la tabla y Médica Sur al centro como objeto a evaluar. A nivel Latinoamérica Médica Sur obtuvo el lugar número 12, derivado del promedio de los índices evaluados, cabe destacar que la brecha sobre la evaluación de los 3 hospitales indica diferencias notables en sus indicadores.

La brecha en el promedio del Hospital Israelita Albert Einstein de Sao Paulo Brasil (número 1 en el ranking) y el Hospital Alberto Hurtado de Santiago de Chile (número 45) es de 48.96 puntos, cifra que de forma desglosada deja de forma muy clara las fortalezas y debilidades de la atención hospitalaria.

Por otro lado la diferencia entre el hospital Israelita Albert Einstein (número 1) y Médica Sur (número 12) es de 24.42 puntos cifra también elevada a pesar de encontrarse más cerca en la tabla versus el indicador de eficiencia que coloca al Hospital Médica Sur por encima de El Hospital Albert Einstein.

En el rubro de capital humano, se refiere a la capacitación con la que cuentan los hospitales, desde nivel médico, paramédico, enfermería y administrativos, teniendo nuevamente una diferencia marcada entre estos hospitales.

No cabe duda que si bien en este caso Médica Sur logro uno de los mejores lugares a nivel nacional, las expectativas de mejoramiento tienen que ser muy ambiciosas para lograr disminuir esa brecha antes que avanzar en la escala inter-hospitales.

A continuación se muestra un análisis FODA para la Médica Sur Según los resultados obtenidos en la evaluación.

TABLA No.3 ANALISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>*Alta infraestructura al interior de complejo</p> <p>*Tecnología biomédica de tercer nivel</p> <p>* Eficiencia del personal y equipo de laboratorio e imagen</p> <p>*Ubicación del hospital en zona de institutos y hospitales públicos</p> <p>* Alto nivel de ocupación hospitalaria y de consulta externa</p> <p>* Base de datos confiable a nivel empresa(ERP)</p> <p>*Investigación farmacológica para la obtención de patentes</p> <p>* Prestigio regional y nacional de años atrás</p> <p>* Comunicación entre áreas pre hospitalaria y hospitalaria</p> <p>* Cómodo ambiente hospitalario hacia el paciente</p>	<p>* Turismo medico, que permite el incremento de los ingresos económicos y divisas</p> <p>*Incrementar el número de habitaciones por alta demanda pretérita y futura</p> <p>* Obtener certificaciones internacionales, que incrementan el prestigio inter hospitalario</p> <p>*Ampliar convenios con aseguradoras de GMM y autos</p> <p>* Captación de más clientes por convenios con empresas de forma particular</p> <p>* Simplificación en los procesos Ingreso-Egreso hospitalario, para mejoría en la calidad en el servicio</p> <p>* Crecimiento de mercado a través de la creación de laboratorios y clínicas en diversas zonas del área metropolitana</p> <p>* Mayor promoción de paquetes, preventivos, curativos y maternidad</p> <p>*Capacitación continua de personal, en atención, manejo de programas informáticos y de conflictos</p>	<p>* Falta de personal de enfermería a nivel hospitalario</p> <p>* Delimitación de funciones al personal médico y administrativo en cada área</p> <p>* Sobrecarga de trabajo en área hospitalaria(personal insuficiente en departamentos específicos)</p> <p>* Inestabilidad del personal de enfermería por existir sobre demanda a todos niveles</p> <p>* Falta de publicidad en medios y formas permitidos</p> <p>* Falta de herramientas efectivas de trabajo a nivel administrativo: abastecimiento de papelería, equipo de computo y mobiliario</p> <p>*Falta de personal especializado en diversas áreas médicas y administrativas</p> <p>*Precios muy elevados VS servicio ofrecido por parte del hospital MS</p>	<p>* Cambios estructurales agresivos (reestructuraciones de personal)</p> <p>*Cambios estratégicos agresivos (nuevos proyectos VS proyectos inconclusos)</p> <p>* Situación económica del país (fluctuante por la estabilidad laboral e inseguridad)</p> <p>*Situación política del país en elecciones y reformas (fiscales y laborales)</p> <p>*Crecimiento de la competencia, principalmente por la absorción de hospitales de Grupo Ángeles</p> <p>*Aumento de la competencia por la creación de nuevos hospitales en la zona: Hospital Sedna y Ángeles Acoxa</p> <p>*Contracción en el número de sucursales (disminución de mercado) por el cierre de las sucursales Pedregal, Polanco y Monterrey</p>

Fuente: Elaboración propia con resultados de la evaluación de la revista AMERICA ECONOMIA SEPTIEMBRE 2011

La tabla No.2 nos muestra la situación en la que se encuentra el hospital frente a otros hospitales de América Latina con mejor puntuación, mientras que la Tabla No.3 nos arroja algunos de los puntos débiles que se ven reflejados en los resultados generales y en otros casos los puntos internos que no fueron censados para el ranking, esto lo podemos observar hasta que hacemos la reflexión sobre los resultados obtenidos al interior del hospital.

Adicionalmente Médica Sur cuenta actualmente con diferentes certificaciones y acreditaciones en materia de sistemas de calidad que ayudan al punto del prestigio inter-hospitalario, y en algunos otros casos son certificaciones necesarias para la operación como:

- Consejo Americano de Patólogos (CAP)
- Certificación ISO 15189:2003 para el Banco de Sangre
- Consejo Nacional de Salubridad
- Acreditación de la Unidad de Bioequivalencia Clínica y de la Unidad Analítica del CIBBIOTEC por la COFEPRIS
- Certificación de cumplimiento ambiental que otorga la PROFEPA

En suma, este tipo de certificaciones permiten al Hospital mantener un nivel de operatividad, eficiencia y prestigio.

d) Decisiones de inversión como crecimiento

Las inversiones son desembolsos de recursos que permiten a las empresas obtener recursos materiales y humanos para maximizar el rendimiento de los activos.

Las empresas invierten también para obtener para obtener mayor competitividad y participación en el mercado debido a que en la actualidad la competencia entre empresas se ha vuelto mayor.

De igual forma la inversión en infraestructura, mercadeo y capacitación de personal son indispensables para mantener un ambiente cómodo para los usuarios, ya que en muchos casos la falta de instalaciones apropiadas, una baja comercialización y baja capacitación del personal refleja debilidades que inducen a pacientes y familiares a la búsqueda de nuevas alternativas para su tratamiento.

Médica Sur ha invertido fuertes cantidades en innovación tecnológica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que requieren de tecnología de vanguardia, no obstante los costos que implican la compra de dicha maquinaria representan recuperaciones a largo plazo.

Las decisiones crecimiento no se han limitado a la construcción de su proyecto Ciudad Médica Sur en la Ciudad de México, también se hicieron ampliaciones fuera del complejo hospitalario en 2012 a través de la creación de 25 laboratorios, consolidando así una nueva estrategia de expansión y dejando atrás la idea de clínicas.

La inversión en capacitación juega un papel importante debido a la fuerte inversión que se ha hecho en el personal a través de la plataforma de Médica Sur en línea con la creación de la Universidad Médica Sur con la que se pretende, capacitar a los trabajadores de manera eficiente en temas nosocomiales y de seguridad institucional, así como dotar de otro tipo de habilidades para que en su momento se pueda tener un desarrollo profesional sin tener que mirar hacia afuera en materia de recursos humanos.

El personal médico actualmente cuenta con altos índices de capacitación, de hecho dentro de los planes a futuro se pretende tener su propia escuela de medicina y de enfermería avaladas en convenio con la UNAM, en la parte administrativa, se dota de habilidades extra para la mejoría en la atención al cliente, informática, y conocimiento general de las normas hospitalarias internas, nacionales e internacionales. Dicha capacitación representa una inversión que tiene el objetivo de aumentar la eficiencia en la atención hospitalaria para crear una satisfacción completa a los pacientes que visitan a la institución.

Como resultado de toda la inversión que se genera, en infraestructura, maquinaria y capacitación es que Médica Sur se aventura ha obtenido reconocimiento a nivel nacional, buscando ahora el reconocimiento y la obtención de certificaciones internacionales.

e) La capacitación del capital humano

Médica Sur cuenta con ventajas competitivas y comparativas que lo hacen sobresalir entre los hospitales del Distrito Federal y de América Latina, dichas ventajas se encuentran en el personal y en la tecnología, ya que faltando cualquiera de estos factores no se obtendría el mismo resultado.

Las decisiones de inversión en capital humano deriva de la preocupación en la delimitación de las funciones, puesto que todas las áreas dependen en cierta medida unas de otras, por ello se han creado programas de inducción a otras áreas que

parecieran no tener relación pero que en la práctica diaria pueden ser de gran ayuda y así minimizar costos posteriores así como la capacitación de personal específico para los proyectos de expansión

La forma en que se miden los resultados sobre la capacitación es cuantitativa a pesar de ser en muchos casos factores cualitativos. En la actualidad se cuenta métodos de medición de la rentabilidad sobre la capacitación del personal ya que no todo el tipo de capacitación genera un rendimiento a la empresa, por esto es necesario identificar las verdaderas necesidades que tiene la empresa e identificar las carencias o debilidades en materia de personal.

Este tipo de información se obtiene a través del personal operativo y del sistema utilizados MEDSYS. El objetivo principal es proveer de información suficiente y veraz en la operatividad con la que se encuentra funcionando y el objetivo es mejorar todos y cada uno de los parámetros para la mejora continua.

Tomando en cuenta las variaciones en los indicadores, es que podemos observar el comportamiento en cada área del hospital ya sea operativa o administrativa. Entonces podemos partir de ahí para la capacitación del personal en busca de mejorar estos indicadores

Algunos aspectos no medibles directamente dentro del sistema Medsys para medir si la calidad en el servicio antes y después de la capacitación es eficiente, son:

- El número de quejas recibidas
- Volumen de operaciones realizadas (no contemplar externalidades)
- Productividad (individual)
- Cambio en el clima laboral*
- Reducción de costos de operación

Finalmente posterior a la capacitación para el servicio, observamos los resultados esperados podemos hacer cálculos del ROI (beneficio neto/capital invertido). Este indicador nos especifica si las capacitaciones otorgadas al personal permiten tener una visión más amplia de las funciones y capacidades para desarrollar de manera eficiente las actividades específicas asignadas así como el cambio de clima laboral permite mejorar las relaciones entre empleados para no entorpecer de forma personal la atención que se les puede brindar a los clientes.

La ecuación con la cual podemos determinar si la inversión en capital humano ha tenido éxito y nos puede arrojar un arma para el crecimiento económico es la siguiente:

Beneficio neto = (incremento en operaciones+disminución de costos)

Capital invertido = (costo total de capacitación aplicada)

La formula anterior se puede adaptar a diferentes áreas del hospital siempre y cuando puedan ser medibles son las siguientes:

- Consulta externa especializada
- Ingreso y egreso de pacientes a hospital
- Ingreso y egreso de pacientes por estancia corta
- Facturación electrónica
- Ventas directas
- Servicios a domicilio
- Servicio de laboratorio e imagen
- Cirugías de estancia corta y hospitalización
- Servicio de farmacia

Adicionalmente estas actividades se encuentran censadas mensualmente por cada área para determinar el volumen de operación del personal y a nivel de área, con lo cual podemos observar si hay variaciones positivas ó negativas que reflejen cambios en el personal, también puede haber variaciones endógenas ó exógenas que pueden ser desde un fenómeno meteorológico, fenómeno social o algún evento aislado.

De igual forma Médica Sur ha hecho extensa su participación en los ámbitos docentes y de investigación, ya que cuenta con especializaciones, residencias para el personal médico y de investigación para coadyuvar a la creación de Medicamentos y tratamientos para enfermedades crónico degenerativas como son la Diabetes mellitus tipo II y el cáncer.

f) Fusiones y convenios de Médica Sur como factor de crecimiento

El crecimiento del Hospital Médica Sur no solo se ha limitado a la construcción o ampliación de espacios también se generan convenios con otro tipo de empresas como en el caso del Hotel Holiday Inn o la cafetería Star Bucks coffee ya que se encuentran ubicado dentro del Complejo Hospitalario.

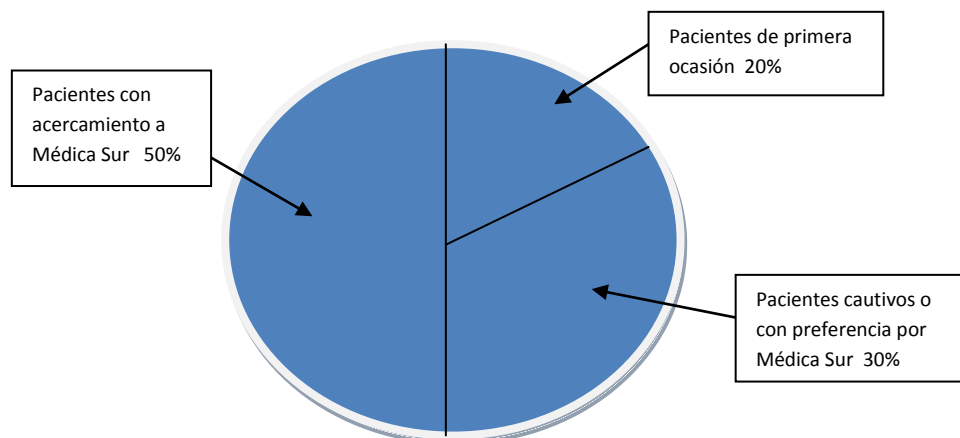
No obstante la fuente principal de crecimiento se basa en convenios que se generan con aseguradoras y empresas ya que actualmente representan alrededor del 72 por ciento de los ingresos hospitalarios. Dichos ingresos representan el 95 por ciento en asegurados y solo el 5 por ciento en convenios con empresas que solo aplican en las clínicas y en áreas como laboratorio e imagen. El 38 por ciento del total de ingresos hospitalarios se deriva de pacientes particulares (sin algún seguro) y de pacientes con SGMM con los cuales se tiene que tramitar un reembolso posterior de los gastos generados por atención.

Existen convenios menos visibles pero con un grado muy alto de importancia para la atención de los pacientes, se trata de la renta de equipos de alta especialidad, que tiene un alto costo en el mercado, pero si ocupación es tan baja que sería una mala inversión adquirirlo. Por ello Médica Sur crea convenios, sobre arrendamiento de equipos sofisticados a fin de cubrir sus necesidades sin hacer gastos innecesarios.

Los ingresos hospitalarios representan la mayor Fuente de ingreso para el hospital dividido en sus áreas de urgencias, hospitalización, siendo de mayor peso en ingresos monetarios admisión hospitalaria, a su vez urgencias representa el área de mayor importancia debido al número de pacientes y en tercer lugar el área de unidad médica laser en la que se encuentran cirugías de estancia corta.

El área de urgencias se puede considerar el foco de ingresos más importantes de todo el complejo Médica Sur debido a que ingresan entre 80 y 100 pacientes al día (24 horas) de los cuales alrededor del 20 por ciento son pacientes que visitan por primera vez a la institución al menos como paciente, el 50 por ciento ya habían tenido alguna consulta externa o algún tipo de acercamiento como estudios o clínicas, y el 30 por ciento son pacientes cautivos de la institución.

GRÁFICA 9: PACIENTES QUE INGRESAN A URGENCIAS EN MÉDICA SUR



Fuente: elaboración propia con datos estimados

En el gráfico No. 9 se observa que los pacientes que cuentan con aseguradoras y convenios vigentes con el hospital es un factor que debe aprovecharse para la elaboración de mas convenios en pago directo, lo que ocasiona mayor confianza en su aseguradora y en permitirse un diagnostico amplio y correcto. También puede representar un incremento en el número de pólizas vigentes al incrementar su competitividad frente a otras aseguradoras afectando positivamente a pacientes y hospitales.

Los ingresos del hospital se encuentran divididos en hospitalarios y no hospitalarios, los ingresos hospitalarios son todos aquellos en que el paciente ingresa para una valoración o tratamiento médico, por su parte los ingresos no hospitalarios son todos aquellos en los cuales los pacientes solo acuden por consulta externa, estudios de laboratorio de imagen, así como por renta de consultorios, debido a que el 98 por ciento de los médicos ofrecen consulta externa. Solo el 2 por ciento de los médicos se encuentran incorporados a la institución como responsables médicos de cada una de las áreas o como médicos adscritos.

Por otro lado el nivel de los ingresos derivados por seguros de gastos médicos podemos distribuirlos para hospitalización el caso de hospitalización en la siguiente tabla en la cual que se muestra la creciente demanda de seguros de gastos médicos.

GRÁFICA 10: PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SGMM



Fuente: Elaboración propia con datos estimados

En la gráfica No. 10 se muestra la creciente demanda de servicios de salud a través de pólizas de gastos médicos. Para Médica Sur el 75 % de los pacientes ingresados los cuales cuentan con algún tipo de seguro, el mismo gráfico es una representación mensual para el caso de hospitalización únicamente.

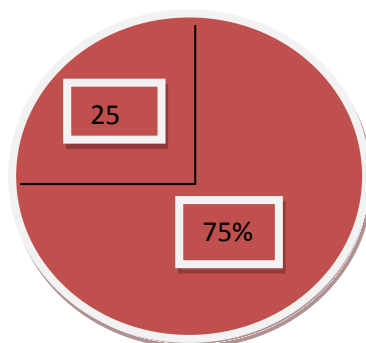
Mirando de forma individual el gráfico, existen al menos 3 seguros GMM, que representan el grueso de los ingresos hospitalarios, encabezado por GNP, Metlife y AXA. Estos seguros GMM no solo tiene peso en Medica Sur, también tienen representatividad en el mercado asegurador nacional, por lo que se pueden ver dos matices.

1. Incentivar los convenios con los seguros más representativos
2. Incentivar los convenios con los seguros menos repetitivos

Cualquiera que se la opción tiene un fundamento de captación de mercado, con el objetivo de captar aquellos pacientes con pólizas GMM.

GRÁFICA 11: PACIENTES TOTALES EN MÉDICA SUR MENSUALMENTE

El 75% de los pacientes cuentan con seguro de GMM que representan en promedio son 1700 pacientes hospitalizados por mes sin considerar los pacientes ambulatorios en urgencias. El número de pacientes que visitan el hospital mensualmente asciende alrededor de 15000 totales, habiendo sido su primer acercamiento en la mayoría de los casos por el área de urgencias



Fuente: Elaboración propia con datos estimados

En la gráfica No.11 se muestra el número de pacientes totales hospitalizados, que en suma son alrededor de 2267 pacientes, de los cuales alrededor de 1700 pacientes son los que cuentan con seguro de gastos médicos, representando la viabilidad de los convenios con seguros y empresas como fuente de ingreso.

No obstante los ingresos por de consulta externa también representativos, sin embargo estos ingresos son captados de forma particular por cada médico. Las hospitalizaciones planeadas, estudios externos y rentas de consultorios son los ingresos para el hospital producto de la consulta médica externa.

g) Médica Sur en un contexto global (joint comission)

Médica Sur ha puesto su mirada en mercados internacionales, para lograr dichos objetivos ha completado en sus primeras etapas diversas acreditaciones nacionales, actualmente está buscando la acreditación de la Joint Comission Internacional (JCI), con el fin de certificar a nivel mundial que es un complejo hospitalario de calidad internacional y así obtener el acceso a pacientes de cualquier parte del mundo con seguro de gastos médicos mayores que representan actualmente un gran nicho de mercado para los países en vías de desarrollo.

La Joint Comission es una organización no gubernamental, independiente y sin fines de lucro que surge en base a la necesidad de brindar servicios de calidad a los pacientes.

En el año de 1910 surge la Joint Commission en Estados Unidos y en el año de 1965 se decreta que la certificación es obligatoria para acceder a apoyos monetarios por parte del Estado.

En el año de 1997 la acreditación se vuelve internacional en base a la necesidad de trasladar a muchos de sus pacientes que requieren de tratamientos largos y costosos, además de contar con pólizas de seguros de gastos médicos limitadas ó topadas a un monto específico y de no ser por este tipo de programas, se verían suspendidos temporal o definitivamente muchos tratamientos debido a los altos costos de la salud en los Estados Unidos y otros países en mismas circunstancias.

La misión de la Joint Commission es: “Mejorar la seguridad y la calidad de la atención de la salud en la comunidad internacional a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría, y evaluación de los servicios”.

La importancia de dicha acreditación internacional tiene como objetivo mantener la seguridad e integridad del paciente, de los familiares y del personal que labora dentro de la cada clínica u Hospital a nivel mundial.

La importancia sobre la certificación para Médica Sur radica en las aseguradoras internacionales que han puesto como requisito en la mayoría de los casos que los hospitales en convenio se encuentren certificados por la JCI para garantizar dicha seguridad y confianza a sus usuarios.

Las metas de acreditación son la adopción de estándares de operación, dichos estándares son la normatividad con la cual debe de participar activamente cada área del hospital. La filosofía de la acreditación de la JCI, plantea de manera más directa que la implementación de estándares que deben ser:

1. Verdaderamente realizables
2. Centrados en el paciente
3. Culturalmente adaptables
4. El proceso debe estimular la mejora continua⁴¹

Nótese que interfiere el factor cultural más allá del estándar internacional, ya que las culturas a nivel nacional e internacional tienen rasgos que los hacen diferentes, ocasionando en muchos casos los resultados sean distintos a lo esperado.

⁴¹ Fuente: Conferencia Anual de Inversión y Administración Hospitalaria. 2007

Cada estándar contiene a su vez tres partes:

1. El estándar
2. Descripción de la intención
3. El elemento medible que se registrara

Cuenta con 368 estándares y con 1033 elementos medibles⁴²

Las metas de la acreditación consisten en:

- Mejorar la atención y la seguridad del paciente
- Reducir costos y aumentar la eficacia
- Aumentar la confianza publica
- Mejorar ò aumentar las fuentes de pago
- Aumenta las posibilidades de incorporación a redes sanitarias y nuevos arreglos con el cuerpo medico
- Mejorar la administración de los cuidados sanitarios
- Proporcionar educación en las mejores prácticas
- Aclarar las expectativas del funcionamiento hospitalario
- Realzar la satisfacción y el reclutamiento del personal
- Proporcional información comparativa⁴³

La acreditación que otorga la JCI permite aumentar las posibilidades de atención, identificadas por la obtención de una certificación de carácter internacional en temas de calidad, salud, eficiencia , eficacia y servicio que a su vez permite la realización de convenios con aseguradoras internacionales, fomentando así el turismo medico.

Las metas internacionales sobre la seguridad del paciente permiten procurar la estancia pre hospitalario y post hospitalaria.

⁴² Fuente: Conferencia Anual de Inversión y Administración Hospitalaria. 2007

⁴³ Ídem

La certificación hospitalaria en México es realizada por el Consejo de Salubridad General, institución encargada de la certificación nacional sobre los servicios nosocomiales. La base de la certificación es el aumento de las ventajas competitivas de cada uno de los prestadores de servicios de salud.

Las ventajas competitivas que se evidencian al obtener dicha acreditación ya que promueven el dinamismo económico. A continuación se enumeran las ventajas competitivas que se adquieren ante una certificación para los hospitales privados:

1. Formar parte de alguna Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).
2. Tener reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora (Convenios).
3. Participar en los procesos de adquisición de servicios de atención médica que sea convocados por el Gobierno Federal y Gobierno del Distrito Federal⁴⁴.

No obstante también se tiene acreditación en los hospitales públicos, lo cual permite el reconociendo entre instituciones y sus pacientes, el cual también permite identificar las fortalezas y debilidades así como áreas de oportunidad.

Por otra parte el objetivo de obtener dicha acreditación es que permite obtener acceso al turismo medico. En general cuando se obtiene acreditaciones internacionales, en el caso del ramo asegurador internacional, solo mira hacia los hospitales con certificaciones, lo cual amplía el mercado potencial existente.

El turismo medico es entonces el acceso a la atención médica de calidad a menor costo favoreciendo en primera instancia a los pacientes que requieren un tratamiento costoso o prolongado que supera a la suma asegurada contratada con alguna compañía de seguros de su país de origen y en segunda instancia a los hospitales o clínicas receptoras de este tipo de pacientes ya que representan grandes ingresos adicionales a su mercado nacional y local.

En países desarrollados el costo de la atención médica y los tiempos de espera, son temas que han permitido el desarrollo del turismo medico que no solo beneficia a pacientes e instituciones, también representa un beneficio económico en general a la sociedad ya que generan empleos en materia de salud, de turismo y consumo en general.

⁴⁴ Fuente: Consejo de salubridad General. 2009

El turismo medico permite a pacientes y familiares la obtención de beneficios adicionales al viajar al extranjero con el fin de recibir atención médica debido a que no se restringe únicamente al tratamiento y diagnóstico por lo que el paciente y/o familiares pueden disfrutar de la estancia en tiempos libres si así lo permite su condición de paciente, y solo será en hospitales con acreditación vigente con los gastos de traslado incluidos, así como la suficiente y oportuna información acerca de los riesgos de hacer viajes largos o actividades vacacionales.

Muchos hospitales en México han puesto en marcha la acreditación para recibir a todos estos pacientes potenciales, para que se atiendan en cualquiera de estos hospitales una vez certificados con la confianza que su tratamiento será de una calidad estándar que en cualquier parte del mundo.

Existen muchos hospitales alrededor del mundo al igual que Médica Sur que han emprendido una ambiciosa carrera y en algunos casos hospitales en Tailandia y la India, no solo han logrado obtener dicha certificación sino que actualmente cuentan con convenios vigentes con aseguradoras internacionales para fomentar el Turismo Medico.

A diferencia de las urgencias en el extranjero, el turismo medico pretende de manera oportuna o preestablecida enviar a connacionales a disfrutar de un tratamiento médico con el beneficio de vacacionar a muy bajo costo. Se estima que dichos costos (incluyendo gastos de traslado y acompañante) reducen en 70 por ciento el costo del tratamiento o cirugía programada así como los tiempos de espera.

Como referencia tenemos que en el año 2007 alrededor de 750 mil personas de Estados Unidos viajaron a otros países para atenderse en algún hospital o clínica del extranjero y se estima que para el 2012 sean alrededor de 1.6 millones de pacientes que salgan de su país para recibir atención en alguna institución de salud.

No es fácil obtener dicha acreditación, la cual contempla funciones muy rigurosas dirigidas al paciente y a la organización.

Las funciones dirigidas al paciente son:

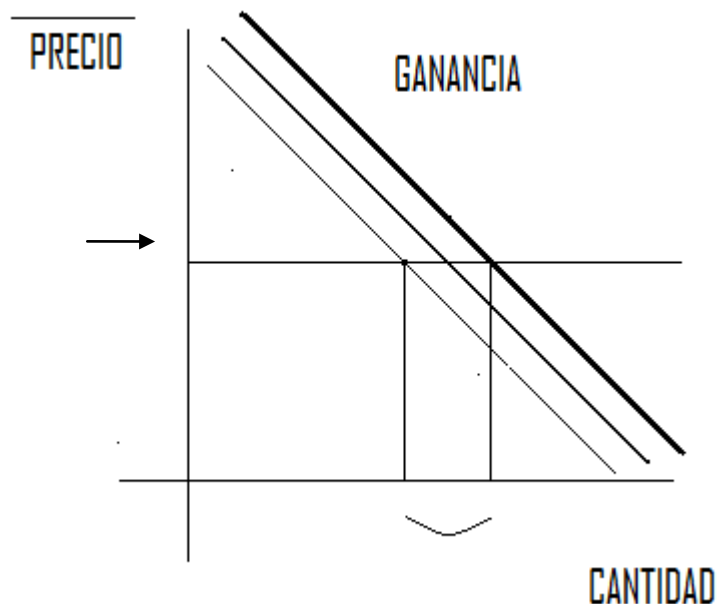
- Acceso a la continuidad de la atención
- Derechos del paciente y familiares
- Evaluación del paciente
- Atención en Anestesia y cirugía
- Uso y gestión en Medicamentos
- Educación del Paciente y sus familiares

Las funciones dirigidas a la organización son:

- Mejora de la calidad y seguridad al paciente
- Prevención y control de infecciones
- Gobierno, Liderazgo y Dirección
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Formación y capacitación del personal
- Gestión de la información

Las funciones anteriores pretenden garantizar una atención de calidad con estándares internacionales, con el objetivo de hacer indiferente la estancia en algún hospital de cualquier país en vías de desarrollo y que solo sea variable el costo de la atención el cual sea atractivo tanto para aseguradoras como a pacientes

Gráfica12: INCREMENTO DE LA DEMANDA POR TURISMO MEDICO



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 12 observamos un desplazamiento de la demanda posterior a la certificación para la obtención de convenios internacionales para el turismo médico obteniendo los resultados esperados bajo la premisa de que “sí mantenemos indiferente o constante la calidad en servicio hospitalario que en países de primer mundo, se logra una preferencia por parte de los pacientes extranjeros al observar que al reducir el costo por la atención, pueden recibir de manera oportuna y completa el tratamiento médico requerido.

Ejemplo 1:

Suma asegurada: 2,000,000 dólares americanos

Costo por tratamiento médico en Estados Unidos: 2,500,000 dólares americanos

Deducible: 10,000 dólares americanos

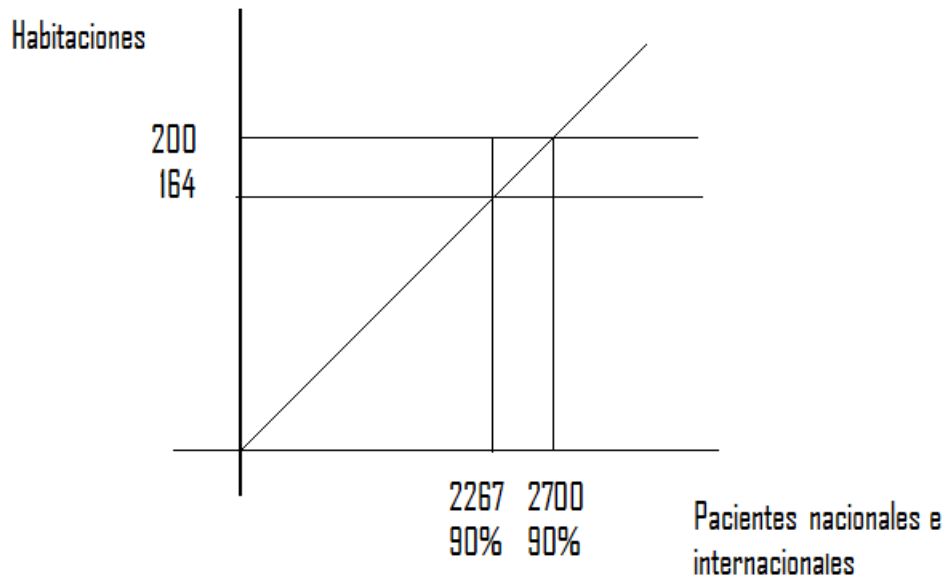
Coaseguro: 10% sobre cuenta y sobre honorarios médicos

Gastos no cubiertos: X*

En el anterior ejemplo el factor suma asegurada no permite tener acceso al tratamiento completo, derivado que la suma asegurada es menor al costo total del tratamiento, sin contar externalidades o gastos no cubiertos dentro de la póliza, tiempos de espera por la saturación en los hospitales de origen.

De igual forma a medida que aumenta nuestra demanda, la saturación del hospital sería tal que no se podría mantener la rapidez y eficacia de los tratamientos médicos aumentando la oferta hasta un punto marginal en el cual ya no sería ganancia ni se podría aceptar más paciente, pero si se invirtieran los recursos tanto propios como de terceros en la ampliación podría incrementarse la oferta aún grado mayor que el actual.

Gráfica No. 13: OCUPACION HOSPITALARIA CON TURISMO MEDICO Y CONVENIOS



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico No. 13 Se observa el nivel de ocupación promedio de hospitalizaciones, considerando el nivel de habitaciones actual y nivel de ocupación. Se observa que un paciente dura en promedio 2 días su estancia y sí se considera que son alrededor de 2267 pacientes totales hospitalizados mensualmente. Entonces partimos a las siguientes afirmaciones:

Si dividimos $2267/30$ días nos da un aproximado de 75 pacientes por día, pero hay que multiplicarlos por dos, derivado de los días de estancia promedio, esto nos da 150 pacientes internados diariamente equivalente a 90 por ciento de ocupación diaria. Lo que nos muestra que ante una mínima variación positiva el hospital se satura.

En caso de saturar el hospital por ampliación de convenios nacionales e internacionales implicaría la necesidad de mayor número de personal e instalaciones, lo cual sería problemático, ya que el nivel de infraestructura se encuentra limitada. Por lo tanto el turismo médico tendería a nuevas alternativas.

Hay que considerar que la certificación internacional es a corto plazo y que la acreditación también trae consigo convenios rápidamente, además se pretende iniciar la construcción del centro comercial Ciudad Médica Sur, lo que pone en una situación muy comprometedoras el trabajar 2 proyectos que requieren de amplios recursos y un mismo espacio.

V. Conclusiones

La seguridad social aún es limitada y en algunos casos deficiente a pesar de los programas sociales para la cobertura universal en materia de salud que aún no cuentan con una sustentabilidad de recursos, materiales, infraestructura y de personal médico.

Los programas nacionales no deben quedar olvidados una vez terminado cada sexenio, ya que la continuidad de programas fortalece la planeación y disminuye la incertidumbre entre la población menos favorecida.

Los seguros son una opción viable siempre y cuando se cuente con un ingreso económico estable y suficiente para poder contratarlo o en su defecto obtenerlo vía prestación laboral.

Los costos por primas de seguros aún son elevados en comparación con otros países del mundo, lo cual dificulta la contratación de forma individual, derivado de la desigualdad social que predomina en el país.

Se debe promover la contratación de seguros como prestación de las empresas a empleados para desahogar a las instituciones públicas permitiendo la obtención de un mejor servicio a la comunidad.

La generación de convenios más amplios entre seguros y hospitales permitirá a personas con pólizas grupales ingresar a servicios médicos sin tener que desembolsar sus recursos personales y tener que esperar un reembolso para no afectar su economía de manera temporal incentivando así su utilización.

La capacitación del personal sigue siendo necesaria para brindar un servicio de calidad y confianza a los pacientes, disminuyendo la variabilidad negativa de los ingresos.

La expansión geográfica debe ser planeada a fin de captar nuevos nichos de mercado que permitan la sustentabilidad y rentabilidad de los nuevos espacios sin dejar de lado el giro principal el cual ha permitido el crecimiento pretérito.

La obtención de certificaciones internacionales permitirán al turismo médico ingresar de manera voluntaria a pacientes internacionales para el tratamiento de enfermedades y generar derramas económicas que benefician a hospitales privados incluyendo a Médica Sur.

La creación de paquetes de salud indicados para los nuevos perfiles de enfermedades y accidentes así como la creación de programas cliente frecuente, aceleraría el crecimiento y fidelidad de los pacientes hacia Médica Sur

La obtención y utilización de correos electrónicos permite enviar información de planes, productos y servicios publicitarios a un bajo costo, lo cual permite incentivar un constante mercado del Hospital frente a los pacientes.

La expansión geográfica, las fusiones y adquisiciones son un reto que se debe alcanzar por parte de Médica Sur, ya que cualquiera de estas genera mayores ingresos, captación de mercado y posicionamiento entre empresas del ramo.

El uso de la Marca Médica Sur debe ser explotado de forma eficiente, así como mejorar la publicidad externa que se maneja.

No hay que olvidar que Médica Sur es una empresa antes que un hospital y que la competitividad se da con personal suficiente y capacitado, ya que la calidad en el servicio es el factor que hoy define a las empresas.

El área de Servicios al Paciente es una herramienta útil que puede marcar el nivel de calidad en la atención hospitalaria, siendo recomendable la reestructuración de sus funciones directas hacia el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Aranda I. Carlos J. Técnicas de Investigación en la elaboración de Tesis y Tesinas, Facultad de Economía, México 2005.
- BID. Inclusión social y desarrollo económico en América Latina, Editorial: Alfaomega, Colombia 2004.
- Gallardo Cervantes Juan. Formulación y evaluación de proyectos de inversión, un enfoque de sistemas para empresas. Nacional Financiera. México 2000.
- Grinblatt Mark, Mercados financieros y estrategia empresarial, Editorial Mc Graw Hill, España 2003.
- Hernández L. Enrique. El desarrollo demográfico y económico de México en los últimos treinta años (1970-2000), CONAPO, México 2003.
- Hidalgo Vega Álvaro, Corugedo. Economía de la salud. Ediciones Pirámide. España 2000
- INEGI. Anuario Estadístico Distrito Federal 2008.INEGI.2008
- INEGI. Anuario Estadístico por Entidad Federativa 2009.INEGI.2009
- INEGI. Anuario Estadístico por Entidad Federativa 2010.INEGI.2010
- Juez Martel Pedro. Herramientas estadísticas para la investigación en medicina y economía de la salud. Ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A.
- Lovelock Christopher, Reynoso, D´Andrea, Huete. Administración de servicios. Estrategias de marketing, operaciones y recursos humanos. Pearson Education. 2004.
- Mao James, Análisis financiero, Editorial El ateneo, Argentina 1980.
- Palacios Plaza Jorge. Medición del impacto y la rentabilidad de la formación. Ediciones Díaz de Santos. Mexico2008.
- Pérez Carballo Juan, compitiendo por crear valor, Editorial Esic, España 1998.

- Santiago Arce Hugo, Administración, gestión y control de empresas agropecuarias, 1999.
- Servitje Roberto. Bimbo, estrategia de éxito empresarial. Pearson Education. México. 2003.
- Tapia Ayala Francisco, Armenta, García. Manual práctico de calidad y productividad a nivel internacional. Instituto Mexicano de Contadores Públicos A. C. México. 2008.

Hemerografía (electrónica)

- <http://www.cnnexpansion.com/las-500-de-expansion/2010/06/10de-shopping-al-hospital>
- <http://www.cnnexpansion.com/negocios/2009/07/17/médica-sur-posterga-plan-de-expansion>
- <http://www.eluniversal.com.mx/finanzas/61721.html>
- <http://impreso.milenio.com/node/8030660>
- <http://www.médicasur.unam.mx/publicaciones.html>
- http://www.oportunidadesdenegocios.com.mx/texto.asp?id_noticia=6909808
- <http://www.slideshare.net/jrmoncho/el-hospital-empresa>

Referencia electrónica

- <http://www.anhp.org.mx/beneficios.php>
- <http://docencia.izt.uam.mx/egt/publicaciones/libros/situacion2003/afluencia/pendiente.pdf>
- <http://ecoadminisalud.blogspot.com/2009/10/hospital-empresa.html>
- http://www.fundacionplenitud.org/cuentasaludalc/Documents/present_Rathe_Conceptos_basicos_economia_salud_sp.pdf
- <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/economicas/tasas.pdf>

- http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6D27683E-9179-4E64-8303-985E374AE71E/0/24jCapitulo_VIII.pdf
- <http://www.issste.gob.mx/issste/historia.html>
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revjurdp/cont/2/art/art2.pdf>
- <http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/hospitales.htm>
- http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol9_n_19/estudios_7.pdf
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2004/panorama.pdf>
- <http://www.sinais.salud.gob.mx/medicinaprivada/>

- [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Mexico/Local%20Assets/Documents/mx\(es-mx\)TurismoMedico.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Mexico/Local%20Assets/Documents/mx(es-mx)TurismoMedico.pdf)
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf>