

Resumen Ejecutivo

LOS SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS EN MÉXICO: SU CONTRIBUCIÓN AL SISTEMA DE SALUD

Dr. Luis Durán Arenas, Mtra. Vanessa Aldaz Rodríguez, Dra. Luz del Carmen Hernández Ramírez, Dr. Luis Antonio García Valladares.

Introducción

Existe una amplia historia sobre la búsqueda de mecanismos para proteger contra los gastos asociados con el tratamiento de enfermedades en las sociedades modernas. Como se verá posteriormente, existen antecedentes desde la historia antigua de esquemas colectivos de financiamiento para proteger contra gastos por la enfermedad y sus consecuencias.

En este documento nos abocaremos en particular al análisis de los esquemas privados de seguros médicos en México. Los esquemas de seguros en el país empezaron en los albores del siglo XX y se han mantenido a lo largo del tiempo con las mismas características: “contratos de seguros que tienen por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se haya afectado por causa de un accidente o enfermedad”.

En breve, se cubren gastos directos por la experiencia de la enfermedad; su objetivo no es mejorar o mantener la salud, simplemente favorecer el acceso a los servicios privados de salud. En este sentido ningún plan cubrirá todos los costos asociados con la enfermedad y existe una gran heterogeneidad y las coberturas varían de un plan a otro.

Al igual que en los países desarrollados, los esquemas de seguros han evolucionado en particular en los últimos diez años, experimentando con nuevas formas de organización, en particular con el movimiento del foco en la enfermedad, hacia la inclusión de la salud como un nuevo abordaje integral.

En la práctica los seguros médicos de salud han resultado en múltiples efectos desde aspectos positivos como la creación de un mercado en la parte financiera, hasta la mejora

en la protección de los beneficiarios; y efectos indeseables como los efectos de las prácticas y formas de pago de los seguros médicos sobre la autonomía de los prestadores de servicios de salud, fundamentalmente los médicos.

En este documento abordaremos el análisis de los seguros médicos en México a través de la consideración de los siguientes aspectos: primeramente el análisis histórico de la evolución de los seguros médicos privados en el país; en segundo lugar, haremos una revisión de las características principales de los seguros médicos en el momento actual; pasaremos inmediatamente después a revisar los desarrollos recientes en el mercado de seguros médicos, en particular la emergencia de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES); terminaremos con un análisis de las tendencias del mercado de seguros médicos privados en los años venideros.

Desarrollo de los seguros médicos privados en México

A través de la historia de la humanidad encontramos antecedentes acerca del inicio de la actividad aseguradora, hablando de seguro en su concepto más general, hasta nuestros días en que se cuenta con una gran sofisticación en la implantación y desarrollo de esquemas de aseguramiento de diferentes aspectos de la vida en la sociedad. Es así como podemos encontrar desde la civilización Babilónica en donde los altos funcionarios de la sociedad como sacerdotes, jueces, magistrados recolectaban impuestos los cuales eran utilizados como fondo comunitario y usado en caso de alguna urgencia comunitaria.

Es bien conocida la gran importancia que en aquellos días tenía la actividad marítima para la cual se estableció el “*seguro a la gruesa*” que era un contrato por el cual una persona presta a otra cierta cantidad sobre objetos expuestos a riesgos marítimos, bajo la condición que, pereciendo estos objetos, devuelva la suma con un premio establecido” (Sánchez, 2000), de la misma manera en la antigua Grecia se adoptó el seguro a la gruesa.

Probablemente el antecedente más antiguo de un “seguro médico” se encuentra en Grecia mediante una asociación llamada *Eranoi* cuya finalidad era proteger a los individuos que se encontraban desvalidos por medio de una aportación de todos los miembros de la comunidad.

En la *Época Moderna* se ubica la primera aparición acerca de los seguros de daños en Hamburgo, en donde la actividad cafetalera era importante se creó la compañía “Lloyd’s de Londres” en la cual los suscriptores aceptaban y distribuían coberturas entre ellos, siendo actualmente una de las mayores instituciones en seguros marítimos (Sánchez, 2000).

A partir del siglo XX se comienzan a establecer diferentes ámbitos en materia de aseguramiento por ejemplo riesgos naturales, daños causados por las personas y a las propias personas, éste es el momento en el cual se comienzan a considerar ciertos factores como el riesgo, al que estaban expuestos los individuos, estilo de vida, condición de salud entre otras.

Posteriormente, elementos científicos, tales como el cálculo de las probabilidades (Blas Pascal) y la ley de los grandes números (Sr. Poisson) y principios universales, como el interés asegurable, la Máxima Buena Fe (sentencia del juez Lord Manfield), la contribución (edicto de Felipe II), la causalidad y la subrogación, sentarían definitivamente las bases de la futura institución aseguradora. (<http://www.asegurate.com.ve/listadosection.php?id=2>)

Hasta el año 1809 por medio de la *Pennsylvania Company for Insurance on Lives and Granting Annuities* se introdujo el seguro médico.

La experiencia en México.

Aunque el antecedente más claro sobre los seguros en México fue durante la Nueva España que se llamó *Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España* que se estableció en el puerto de Veracruz que se convirtió en el principal puerto de actividad comercial entre España y México dicha compañía fue creada para cubrir los riesgos que pudieran presentar en la llamada *Carrera de las Indias* (Sánchez, 2000).

Para el año 1802 varios de los principales mercaderes de la época buscaban la creación de una compañía de seguros marítimos que también se denominó *Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España* aunque en ésta ocasión se observa una mejor administración y legislación de la compañía, sentándose las obligaciones del administrador, los socios e introduciéndose el término de “premio” hoy conocido como “prima”.

Después de la guerra de Independencia en México se conservó la legislación que tenía al ser la Nueva España en materia mercantil se hallaba bajo la reglamentación de las Ordenanzas Reales del Consejo de las Indias, las Ordenanzas del Consulado de México y las Ordenanzas de Bilbao confirmadas por el Rey de España.

En México los contratos de seguro precedieron a las compañías aseguradoras, aproximadamente a la mitad del siglo XIX en México comenzaron a salir a la luz los primeros intentos por legislar en la materia. De esta manera el antecedente se remonta al año 1870 cuando es promulgado el primer Código Civil donde se legisla sobre diversos contratos de seguros, de las cuales las de mayor interés fueron la técnica aseguradora o actuarial, como fundamento de todo contrato de seguro.

En el año 1892 se crea la *Ley sobre Compañías de Seguros en México*, en la cual se asientan las primeras reglamentaciones de la actividad aseguradora en México. A partir de dicha Ley se sustenta el control de las compañías aseguradoras al gobierno mexicano. También le dio al seguro el carácter de privado, estableciendo que cualquier compañía de seguros que quisiera operar en México debería ser aprobada por la Secretaría de Hacienda.

Para el año 1910 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la “Ley relativa a la organización de las compañías de seguros sobre la vida”, posteriormente para el año 1926 se publicó la “Ley General de Sociedades de Seguros” en la cual se establece como principal personaje al asegurado tratando de velar sus intereses. Hasta el año 1935 todas las compañías que operaban en el país se convirtieron a nacionales.

Se estableció un cambio para el año 1935 a partir de la “Ley General de Instituciones de Seguros” con tres objetivos principales:

1. Que la actividad aseguradora se vuelva mexicana (capital extranjero en minoría)
2. Regresar a la Secretaría de Hacienda el control de las instituciones de seguros
3. Fortalecer el control de la actividad aseguradora en el país.

La Comisión Nacional de Seguros fue establecida en el año 1946 para apoyar a la Ley General de Instituciones de Seguros, dicha Comisión es establecida a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para inspeccionar y vigilar las instituciones de seguros.

Posteriormente en el año 1970 se fusiona la Comisión Nacional de Seguros con la Comisión Nacional Bancaria bajo el nombre de Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

Durante la década de los años 80s en América Latina se daban conjuntamente cambios económicos, políticos, y sociales, principalmente en dos ámbitos:

1. Recorte del gasto público y políticas de ajuste
2. Aumento de la participación del sector privado en áreas previamente exclusivas del sector público.

Para el año 1984 se observa que el gasto público en salud se ve afectado con una disminución aunque el aporte de los trabajadores es mantenido hacia las instituciones de seguridad social en el país. De esta manera se observa un efecto paradójico en el sistema mexicano ya que al mismo tiempo que se disminuye la inversión en gasto público se fomenta el crecimiento de las camas privadas y de los seguros médicos (Tamez, 1995).

Para el año 1989 la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es desintegrada en dos Comisiones, la de Seguros y Fianzas, y la Bancaria, de esta manera se cambió la actividad de inspección y vigilancia de las compañías aseguradoras del país.

En México se siguió el consejo del Banco Mundial acerca de la mercantilización de servicios y seguros de salud y durante la década de los 90s, se llevó a cabo un importante cambio en las leyes y normas de seguros médicos privados. La razón planteada para estos cambios era estabilizar el mercado de atención a la salud y servicios médicos en México (Minzoni, 2005).

Cambios normativos recientes en México

En los últimos 20 años se desarrollaron una serie de cambios importantes en el sector de seguros de salud. A continuación se señalan los más importantes:

1990 Reformas a la *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros*.

1991 Emisión del Nuevo *Reglamento de Inversiones*, Establecimiento del Capital Mínimo de Pagos.

1994 Desarrollo de estudios para *reformas a la Ley del Contrato de Seguros y Participación*

a través del COECE en las negociaciones del TLC en Estados Unidos y Canadá.

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

1997 Introducción de *cambios al Marco Jurídico para fortalecer el esquema de supervisión y el Marco de Operación de la Empresa*. Nuevo marco para la operación de Reaseguro, que ofrecerá cobertura a los ramos de Accidentes y Enfermedades y la posibilidad de incluir el ramo de salud.

1998 *Establecimiento de bases legales*, acordes al nuevo esquema de supervisión que operará la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1999 Autorización, para operar el mercado del *Seguro de Salud*.

2000 Expedición por la SHCP, de las *Reglas de Operación de las Instituciones Seguridad Especializadas Salud (ISES)*.

Características actuales de los Seguros Médicos Privados en México

El sector asegurador en México se integra por 56 compañías que realizan diferentes actividades de seguros. Por ejemplo, las 56 tienen seguros de daños (e.g., incendios) y sólo 35 de ellas cuentan con seguro de salud (accidentes y enfermedades). Aunado a estas 35 compañías se cuenta con 13 más que son exclusivas del ramo de la salud.

Cuadro1.

Composición del Sector Asegurador
 Por operación
 Septiembre 2009

Tipo de Seguros	Número de compañías
Con una o más operaciones*	
Daños	56
Vida	44
Accidentes y Enfermedades	35
Exclusivas en un ramo:	
Pensiones	10
Salud	13
Crédito a la Vivienda	3
Garantías Financieras	2

*En estos casos las cias. practican de 1 a 3 operaciones

Fuente: Boletín de Análisis Sectorial: Seguros, Pensiones y Fianzas.

http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/BoletinSect/2009/BASsep09_15%2012%2009%20vf.pdf

Como se puede ver en el cuadro 2, la interacción entre el sistema de salud y los seguros médicos privados varía a lo largo de dos dimensiones, la interacción con el sistema y el nivel de participación. En cuanto a la interacción entre el sistema de salud y los seguros, a diferencia con la experiencia en otros países, principalmente Europeos en que los seguros de salud son suplementarios o complementarios, el sistema de seguros privados médicos en México es del tipo de duplicación. Es decir, ofrece una doble cobertura a servicios que ya son cubiertos por organismos de la seguridad social. Como se verá posteriormente, no sólo en las empresas existe doble aseguramiento sino también en instituciones públicas, federales y estatales y en organismos paraestatales.

Cuadro 2. La interacción entre el Sistema de Salud y los Seguros Médicos Privados

Interacción	Característica	Participación
Substituto/ Primario	La fuente principal de cobertura es la participación del seguro privado.	Participación Alta
Complementario	Típicamente cubre co-pagos entre deducibles del sistema público	Participación Media-Baja
Suplementario	Lo que no está cubierto en el sistema público.	
Duplicación (Doble Cobertura)	Alternativa Privada para la cobertura pública (universal)	Participación Baja

Fuente: Watts A. "Tendencias en Salud y el reaseguro de productos de Salud a nivel Internacional y en México. VP Health Insurance,RGA International. México 2008.

En cuanto a la participación, tal como era de esperarse es baja ya que este tipo de seguros son costosos e impiden que una proporción mayor de la población se vea beneficiada por ellos.

El lugar que ocupan los seguros privados de salud en el sistema de salud mexicano

Los seguros médicos privados concentran una parte menor del gasto en salud, de acuerdo a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) los seguros privados alcanzan cerca de 4% del gasto total en salud y 7% del gasto privado. Si se comparan las cifras con otros países, en EUA se gasta el 63%, en Uruguay 68%, en Argentina 24%, en Brasil 35%, en Chile 40% y en Colombia 34%. Podemos concluir que el mercado de seguros médicos privados en México es marginal comparado con otros países de América (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, 2010; Sesma, 2005).

A pesar de estas cifras, en general por su volumen México ocupa en Latinoamérica un lugar importante; para el año 2000 Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela representaron el 92% del total de ingresos por primas en seguros en la región (Drechsler, 2005).

Cuadro 3. Penetración privada de Seguros de Salud en países selectos de América Latina

País	Plan de Seguro como % del gasto privado	Primas anuales en el seguro privado de salud (Usd)	Producto(s) Principal(es)	Papel del Seguro Privado de Salud
Argentina	38%	19 millones	Seguro de salud Obligatorio	Primario/Substituto Complementaria / Suplementaria
Brasil	36%	4,723 millones	Autofinanciado HMO / Gastos Médicos Mayores	Duplicada / Doble
Chile	54%	207 millones	Seguro de Salud (ISAPRES + Cobertura complementaria)	Primaria /Substituta Complementaria / Suplementaria
Colombia	53%	378 millones	Seguro de salud obligatorio (EPS + Cobertura complementaria)	Primaria /Substituta Complementaria / Suplementaria
México	5%	2,003 millones	Gastos Médicos Mayores	Duplicada / Doble
Venezuela	30%	4,493 millones	Gastos Médicos Mayores	Duplicada / Doble

Fuente: Watts A. "Tendencias en Salud y el reaseguro de productos de Salud a nivel Internacional y en México.

VP Health Insurance,RGA
International. México 2008.

Una vez más México se destaca por varias razones, tal como se presenta en el cuadro 3. En términos del porcentaje de participación de acuerdo al gasto privado, México es el país en América Latina con la menor participación, sin embargo, es el tercer país en volumen de primas con US\$ 2003.00 millones, después de Venezuela y Brasil que duplican el monto de las primas en México. A pesar de su baja participación en el mercado, lo hace en uno de los componentes más caros, gastos catastróficos o mejor conocidos como gastos médicos mayores. Finalmente, como se mencionó anteriormente el papel del seguro privado de salud en México es de duplicación o de doble cobertura.

Esto es congruente con las cifras de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), en el 2006 el número de asegurados en la pólizas de seguros médicos alcanzaba los 8 millones y un volumen de primas de \$ 20, 352 millones de pesos (CNSF, 2006).

Desarrollo recientes de los Seguros Médicos Privados: Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

El “Ramo de la Salud” se creó con la Ley de 1997 el cual es operado por las Instituciones de Seguros especializadas en Salud (ISES). Estas organizaciones en teoría deberían de prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, por medio de acciones en beneficio del propio asegurado. Esta definición va más allá del simple pago de gastos asociados a la enfermedad. Las ISES por lo tanto deberían ser autorizadas por la Secretaría de Salud y contar con un Contralor Médico quien debería supervisar el cumplimiento de los planes de salud en dichas compañías. En el año 2000 se publica en el Diario Oficial de la Federación las “Reglas de Operación del Ramo de Salud”. En estas las ISES ofrecen también gastos médicos mayores (Condusef, 2010).

El nacimiento de estas instituciones de acuerdo a sus proponentes se vio favorecido por de la estructura disfuncional de los servicios de salud en México y por los incrementos en los costos de la atención médica. Por otra parte, los críticos de estas organizaciones argumentan que el surgimiento de las ISES en México se debe a la adopción del modelo de la medicina gerenciada o “managed care”, cuyo fin último es crear un mercado de intermediarios para contratar servicios de salud. Todo esto siguiendo las líneas de desarrollo observadas en los Estados Unidos de América (Rivero, 2007).

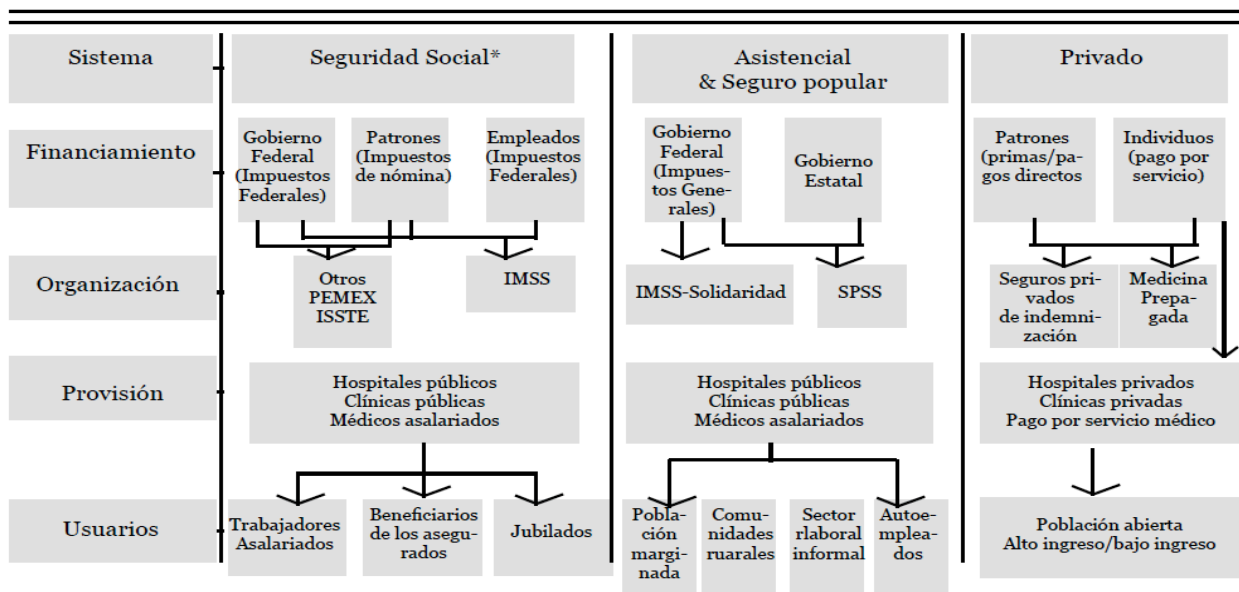
El objetivo de las ISES era realmente buscar una respuesta al lento crecimiento de los seguros médicos privados en el país. Al ofrecer este nuevo producto de medicina prepagada, basado en el desarrollo de una plataforma de atención médica privada y con mejores servicios, se buscaba dinamizar un mercado que como hemos visto se había mantenido en coberturas de alrededor de 3 % de la población del país.

Así las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, fueron desarrolladas como sociedades autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) con el objetivo de prestar servicios para prevenir o restaurar la salud del asegurado en diferentes formas: en forma directa, con recursos propios, es decir, con sus propias instalaciones; mediante terceros, red de médicos prestadores de servicios; o en combinación de ambos, a través de acciones en servicios propios y otras que se realicen en su beneficio (Coronado, 2007 ; Condusef, 2009).

De esta manera se generaría un nuevo esquema de sistema de salud, que utilizaría a las ISES para complementar al sistema, cambiando el papel que los seguros médicos privados habían mantenido durante el siglo pasado. Se esperaba un crecimiento exponencial, como el observado en los 90s en Estados Unidos de América (ver figura 1).

Figura 1.

Participantes del Sistema de Salud



Diferencias con otros Servicios de Seguros de Salud

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), define: que en cuanto a las ISES “Los Seguros de Salud son contratos de seguros los cuales tienen por

objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado”.

Por otra parte, “Los Seguros de Gastos Médicos son aquellos contratos de seguros que tienen por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se haya afectado por causa de un accidente o enfermedad”. Para calcular el costo de este tipo de seguros se deben tomar en cuenta las características y necesidades de cada persona, tales como edad, sexo, hábitos y antecedentes de salud, las diferentes coberturas y variables como porcentajes de copago, reembolso, cobertura nacional o internacional y la forma de pago: anual, semestral, trimestral, mensual, ya que en algunos casos se incluirán intereses.

El deducible y el copago son los primeros gastos fijos que se deberán cubrir al momento de un accidente o enfermedad cubierta. Entre mayor sea el deducible, el costo de la prima será menor; sin embargo, cualquier gasto médico que sea menor al deducible correrá por cuenta del asegurado, lo que significa que el seguro empezará a funcionar cuando un accidente o enfermedad cubierta rebase el deducible contratado.

El coaseguro es una participación porcentual a cargo del asegurado del total de los gastos procedentes del siniestro y la compañía cubrirá el restante de los gastos cubiertos después de descontar el deducible. Se pueden contratar coberturas adicionales, tales como, cobertura de enfermedades catastróficas, segunda opinión médica, cuarto suite y paquete de admisión (al hospital).

En algunos incluye maternidad, complicaciones del embarazo y padecimientos congénitos del recién nacido; sin embargo, debe existir cuando menos una antigüedad de 10 meses de la asegurada y deberá incluirse al niño en la póliza en un lapso no mayor de 30 días después del nacimiento.

Las ISES a diferencia de los Gastos Médicos Mayores enfatizan “la prevención primaria y prevención secundaria, buscando en el primer caso evitar enfermedades y con el segundo detener la progresión de procesos patológicos. Este seguro ofrece la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud”.

Por otra parte, “el Seguro de Gastos Médicos Mayores cubre los gastos efectuados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente previsto en el contrato. De esto se puede desprender que este tipo de seguros sólo cubre el reestablecimiento de la salud, es decir, cubre lo que se ha diagnosticado”.

Por lo tanto, los servicios que las ISES ofrecen incluyen la medicina preventiva (antes de que se de la enfermedad) y la medicina curativa (una vez que ya se presentó la enfermedad).

Tipos de seguros ofrecidos por las ISES

En la realidad las ISES ofrecen los dos tipos de seguro, el de las ISES (Seguro de Salud) propiamente dichas o de medicina prepagada, con una orientación preventiva y curativa y el tradicional de los gastos médicos mayores.

Las ISES para ser autorizadas están obligadas a contar con mecanismos que preserven los derechos de los Asegurados, dentro de los cuales podemos mencionar:

- Acceso expedito a los servicios
- Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal de la ISES.
- La información debe ser confidencial y los servicios con respecto a la privacidad.
- Debe existir seguridad para el asegurado, sus acompañantes y sus pertenencias durante el servicio al que acuda.
- El asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de las personas que le presten el servicio.
- La información sobre el padecimiento, diagnóstico y alternativas de curación se le debe informar al asegurado en todo momento.
- El enfermo tendrá derecho a estar comunicado, en todo momento, con sus familiares.
- Se necesitará el consentimiento del paciente para cualquier acción terapéutica y debe participar en las decisiones relacionadas con el tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

- El asegurado tendrá derecho a pedir otra opinión sobre su padecimiento, de acuerdo al contrato de seguros.
- El usuario podrá no aceptar el tratamiento al que se le quiera someter, escoger el médico y hospital en el que se le trate y cambiar cuando lo considere pertinente, de acuerdo al contrato de seguros.
- Proporcionar un servicio ágil, adecuado, atento e idóneo de acuerdo a los planes que comercializan.
- Mantener actualizados los directorios de prestadores de servicios y comunicar la actualización a los asegurados.
- Mantener, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM) de salud y a las disposiciones de la Secretaría de Salud, las instalaciones propias y los médicos, o exigir a los prestadores de servicios que cumplan con esas normas.

Todas estas son características de las organizaciones para el mantenimiento de la salud en los Estados Unidos de América. Posteriormente, retomaremos este tema para analizar los posibles escenarios para las ISES en México.

A partir del año 2000, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) pueden operar el ramo de salud y, en su caso, ofrecer gastos médicos mayores. Las ISES llevan a cabo acciones para prevenir o evitar enfermedades y para detener la progresión de las mismas, asumiendo las erogaciones realizadas por gastos de prevención o restauración de la salud.

Mercado de las ISES

Las aseguradoras que solicitaron la respectiva autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) son:

1. Dentegra Seguros Dentales
2. General de Salud, Compañía de Seguros
3. Grupo Integral Seguros de Salud
4. ING Salud

5. Médica Integral GNP
6. Novamedic Seguros de Salud
7. Plan Seguro
8. Preventis
9. Salud Inbursa
10. SaludCoop México
11. Seguros Centauro, Salud Especializada
12. Seguros del Sanatorio Durango
13. Servicios Integrales de Salud Nova
14. Vitamédica

Tendencias del mercado de los seguros médicos privados.

Para poder analizar las tendencias en este mercado es necesario dedicar un tiempo a la discusión de las posible formas de organización de las ISES en mayor detalle. En Estados Unidos de América los modelos principales que se han agrupado bajo el nombre de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en Inglés).

Las HMOs en general funcionan de la siguiente manera: los beneficiarios reciben una gama de servicios o paquete de beneficios por un pago fijo (de ahí el término medicina pre-pagada). Generalmente no existen deducibles (sin embargo, la mayoría de los planes requieren algún tipo de copago por consulta médica- 10 dólares). El beneficiario debe escoger un médico de atención primaria de la lista de médicos en el plan. Este médico se vuelve el primer contacto “gatekeeper” por todas las necesidades médicas del beneficiario. Este es el médico al que se debe de llamar en caso de enfermedad y quién deberá de referir al paciente a un especialista u otro prestados de salud cuando sea necesario, todos dentro de la red de prestadores del plan de salud. En la mayoría de las HMOs no se cubren servicios fuera de la red de prestadores, con la excepción de servicios de urgencias. Sin embargo, dentro de las HMOs hay buenas y malas HMOs, los principales tipos de HMO son:

a. Modelo de HMO de Staff.

En este modelo los Médicos son empleados de la HMO y la HMO tiene sus propias instalaciones médicas en las cuales los médicos practican la medicina.

b. Asociaciones de Práctica Médica Individual (IPAs por sus siglas en Inglés).

En este caso, la HMO contrata con grupos de médicos independientes o con médicos individuales. Esto significa que la red de la HMO incluye médicos en diferentes lugares y que la atención hospitalaria se contrata con hospitales independientes asociados o no con los médicos.

c. Organizaciones de proveedores preferenciales (PPO por sus siglas en Inglés).

Esta no es una HMO en sentido estricto, no existe verdaderamente responsabilidad entre la aseguradora y los médicos o los hospitales, sin embargo, es la forma de atención gerenciada con mayor cobertura en los Estados Unidos de América. En este tipo de organización, el beneficiario debe de buscar atención o tratamiento de una red de proveedores aprobadas por el plan, o puede ver proveedores fuera de la red. No existe prestador de servicios médicos de primer contacto y usualmente el beneficiario pagará un copago al momento de recibir la atención y deberá pagar un deducible antes de que los servicios sean pagados por la compañía aseguradora. Es más barato si recibe atención de los proveedores preferenciales en la lista de la aseguradora. Si decide usar médicos fuera de los proveedores preferenciales la proporción que deberá de pagar el beneficiario es mayor.

Para considerar la situación de las ISES en México deberíamos de empezar por reconocer que las ISES son en general PPOs. Es decir, no son una verdadera Organización para el Mantenimiento de la Salud, siguen la forma organizacional de la peor y mas ineficiente forma de medicina gerenciada en Estados Unidos de América. Esto basado en la investigación en servicios de salud de ese país que ha revelado que esta forma es la peor en términos de cobertura, copagos, coaseguros, deducibles, el manejo de condiciones pre-existentes y la limitación sobre equipos, medicamentos y acceso a especialistas.

Seguro Popular y su interacción con las ISES

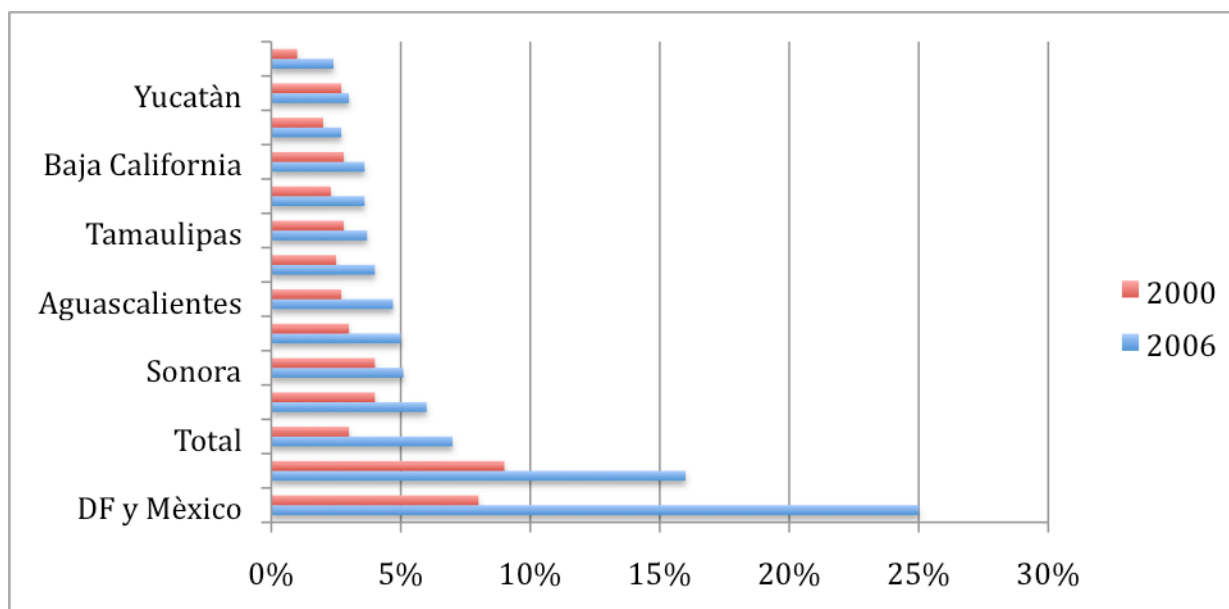
Es difícil establecer cuál es la relación entre las ISES y el Seguro Popular. En principio se planteaban como elementos complementarios como se ve en la figura 1, sin embargo, en la naturaleza del Seguro Popular existe la posibilidad de pagar a una instancia intermediaria por la cobertura de servicios de salud de una población dada. Esto aún no se ha experimentado en ningún estado del país, sin embargo, es una posibilidad.

Escenarios hacia el futuro.

El desarrollo futuro de los Seguros Médicos Privados en el país esta ligado al desarrollo de las ISES. Los Seguros de Gastos Médicos Mayores durante más de 30 años no lograron rebasar el 3% de la población del país. Sin embargo, en la última década se observó un crecimiento de cerca del 200%. En la figura 2, es posible observar el crecimiento en el país, en particular en la Ciudad de México en donde de acuerdo a datos de la CNSF, 1 de cada 4 habitantes cuenta con seguro de gastos médicos privado.

De particular interés es que esta fuente señala que del total de asegurados el 27% corresponde a coberturas de grupo, 18% a seguro individuales/familiares y el 55% a pólizas colectivas. En este último grupo caen las pólizas que las diferentes instancias de gobierno pagan a funcionarios federales estatales y de organismos paraestatales.

Grafico2. Número de asegurados por población general y estado, 2006.



Entre muchas preguntas que necesitamos hacer para explorar el futuro del aseguramiento privado destacan las siguientes: ¿por qué el gobierno paga seguros médicos privados? Una posible respuesta es para fomentar la cultura del aseguramiento. Esto puede ser real, pero no se toma en cuenta que los funcionarios están asegurados por el ISSSTE o por el IMSS, y también es una forma de aseguramiento. ¿Existe tal vez una explicación ideológica?, es factible que dentro del contexto de las reformas llamadas neoliberales el desarrollo del mercado de la salud sólo se concibe con el desarrollo del aseguramiento privado.

Si tomamos como ejemplo la reciente reforma de salud en Estados Unidos de América (23 de marzo de 2010), la propuesta del Presidente Barak Obama incluía la creación de un seguro social, al menos no lucrativo para competir y completar el aseguramiento privado. Sin embargo, ese componente fue desechado y la propuesta de Barak Obama se basa fundamentalmente en seguros privados de salud.

En un documento presentado recientemente ante este Seminario discutíamos porque se había decidido seguir un modelo de reforma en México tan similar al de los EUA, y la respuesta aún no la hemos encontrado. Una situación paralela está pasando con los

seguros médicos privados; no me queda duda de que al igual que en la reforma general del sistema de salud, se ha copiado el peor modelo de medicina gerenciada para las ISES en México. Obviamente, no se puede desasociar la reforma general del sistema del impulso que recibieron las ISES en la última década. Queda preguntarnos, ¿hacia donde nos dirigimos?, me parece que hacia el pasado.

Si como algunos dicen vivimos una situación de amor y odio con los Estados Unidos de América, al menos deberían explorar y analizar su nueva reforma, su futuro y no tratar de recrear el pasado de los años 90s en los que las organizaciones de medicina gerenciada alcanzaron su máximo esplendor a expensas de una caída del acceso a los servicios y de la calidad de la atención a la salud de sus beneficiarios. Una vez más el reto para nosotros es establecer el papel de los Seguros Médicos Privados en un Sistema de Salud que necesita ser transformado.

Glosario de términos

Enfermedad: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Urgencia Médica o Emergencia Médica: Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y por lo tanto que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado. Los Accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se consideran como un solo evento. No se consideran Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico general, Médico especialista u medico homeópata.

Asegurado: Persona incluida en la póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta con derecho a los beneficios contratados.

Antigüedad: Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una póliza de Gastos Médicos con esta u otra Compañía, siempre y cuando esta situación sea

reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro.

Base de Reembolso: Es la cantidad monetaria establecida en la carátula de la póliza, la cual servirá para determinar el monto máximo a pagar por concepto de honorarios médicos y quirúrgicos por la Compañía por procedimiento terapéutico y/o quirúrgico.

Coaseguro: Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del Asegurado por este concepto, quedan indicados en la carátula de la póliza.

Contrato o Póliza: Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) La Tabla de Procedimientos Terapéuticos.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

Deducible: Cantidad fija que aplica a los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza por cada Accidente o Enfermedad cubierta. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía.

Factor de Reembolso: Es el porcentaje que se aplicará a la Base de Reembolso para determinar el monto máximo a pagar por la Compañía por procedimiento terapéutico.

El Factor de Reembolso de cada procedimiento terapéutico incluido en estas Condiciones Generales está expresado de manera porcentual, por lo que para cualquier efecto dicho factor deberá dividirse entre 100.

Gasto Usual y Acostumbrado: Se entiende como el costo promedio cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica y Nivel Hospitalario, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde sea atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta póliza, se encuentren cubiertos.

Pago por Reembolso: Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato.

Prestadores en Convenio: Hospitales, Médicos, laboratorios y gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico vinculados con la Compañía a través de un convenio.

Suma Asegurada: Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato.

Copago: Una cantidad fija de dinero que se paga en el momento de recibir los servicios de atención a la salud. Típicamente los copagos son por consultas de médico, recetas y hospitalización.

Co-aseguro: Un porcentaje específico del costo del tratamiento que el asegurado debe pagar por todos los gastos médicos cubiertos después de que se haya pagado por el deducible.

Deducible: La porción de los gastos de la atención a la salud que se pagan antes de que el seguro empiece su cobertura. Típicamente, entre más alto sea el deducible, menor es la prima de seguro.

Condición preexistente: un malestar, enfermedad o condición que un individuo tiene al momento de afiliarse a un plan de salud.

Prima de seguro: Es el pago mensual por el seguro de salud.

Cobertura catastrófica: Este plan paga gastos hospitalarios y médicos, sobre el pago de un deducible (usualmente alto).

Pólizas de atención a la salud a largo plazo: Estas cubren atención médica, de enfermería y ciertos gastos asociados al cuidado en el hogar, cuando el beneficiario no puede o es incapaz de hacer las actividades de la vida diaria debido a una enfermedad o discapacidad.

Referencias bibliográficas:

1. Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. La institución del Seguro en México, Editorial Porrúa México, 2000.
2. Minzoni Consorti Antonio. Crónica de dos siglos del seguro en México. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 2005.
3. Tamez S., Bodek C., Eibenschutz C., Public and Private: Insurance Companies and Medical Care in Mexico. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (4): 579-587, Oct/Dec, 1995.
4. Minzoni Consorti Antonio. Siglo y medio de supervisión del seguro en México. Noviembre 2005. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 2005.
5. Condusef. ¿Conoces los seguros que te ofrecen las instituciones de seguros especializadas en salud? Disponible en http://www.condusef.gob.mx/PDF-s/Comunicados/2005/comunicado_20.pdf, 2010
6. Octavio Rivero Serrano, Miguel Tanimoto Coordinadores. El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX, tercera parte, editorial siglo XXI editores- México edición 2007.
7. ISES, instituciones de seguros especializadas en salud Una opción de salud privada asequible al bolsillo y de calidad. Temas de ciencia y tecnología vol. 11 numero 33 septiembre- diciembre 2007 pp29-46.
8. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Martínez-Monroy T, Lemus-Carmona EA. Gasto privado en salud por entidad federativa en México. Salud Publica Mex 2005;47 supl 1:S27-S36.
9. Denis Drechsler and Johannes P Jütting. Private Health Insurance in Low and Middle-Income countries. OECD Development Centre; march 2005.
10. Coronado, Miguel. "ISES, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud : "Una opción de salud privada, asequible al bolsillo y de calidad". Temas de Ciencia y Tecnología. Version electronica. Pág 41. 2007.

11. ndusef. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud. <http://www.condusef.gob.mx/index.php/aseguradoras/916.html>, 2010. Co
12. Coronado , Miguel. "ISES, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud : "Una opción de salud privada, asequible al bolsillo y de calidad". Temas de Ciencia y Tecnología. Versión electrónica. Pág. 41. Septiembre-Diciembre 2007. <http://www.utm.mx/~temas/temas-docs/ensayo4t33.pdf> Consultada el 22/03/2010.
13. gen de la actividad Aseguradora. <http://www.condusef.gob.mx/index.php/aseguradoras/794.html>, Junio 2009 Ori
14. misión Nacional de Seguros y Fianzas . Boletín de Análisis Sectorial: Seguros, Pensiones y Fianzas. Año 5 No. 28, Diciembre 2006. Co
15. misión Nacional de Seguros y Fianzas . Boletín de Análisis Sectorial: Seguros, Pensiones y Fianzas. Año 8 No. 31, Diciembre 2009. Co
16. tituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES). Mayo del 2009 <http://www.condusef.gob.mx/index.php/aseguradoras/916.html> Ins
17. ra di Lauro, Eduardo. "Seguros de Salud: Factores para Impulsar su Crecimiento". Milliman consultores y actuarios. Pág. 5. Milliman México Salud Noviembre 2005. [http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Seguros Salud Mexico %20Nov 2005.pdf](http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Seguros_Salud_Mexico_%20Nov_2005.pdf) La
18. ección de instituciones de Seguros Especializados en Salud www.salud.gob.mx/unidades/dgces/ises/page/doctos/encuesta.pdf, 2010. Dir
19. Instituciones de Seguros Especializado en Salud (ISES). 2003-2010 http://www.economia.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Instituciones_de_Seguros_Especializadas_en_Salu?page=1
20. tituciones de Seguros Especializados en Salus (ISES). ¿Qué son las ISES?; Noviembre del 2009. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/normatividad/ises.pdf> Ins
21. ¿Conoces los seguros que te ofrecen las instituciones de seguros especializadas en salud?; Junio 2005. http://www.condusef.gob.mx/PDFs/Comunicados/2005/comunicado_20.pdf
22. Seguros de salud planes individuales / familiares; 2006. http://www.condusef.gob.mx/PDFs/cuadros_comparativos/seguros_y_fianzas/amis_salud.pdf
23. Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES); Mayo 2009. <http://www.condusef.gob.mx/index.php/aseguradoras/916.html#6-icuales-son-las-ises-que-ofrecen-servicios-al-publico>