

20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE CIENCIAS

**ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS
INTEGRALES DE SALUD EN MEXICO Y LA
NECESIDAD DE EXTENDER LOS PROGRAMAS
DE REVERSION DE CUOTAS EN EL IMSS,
COMO PARTE DE LA REFORMA DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
A C T U A R I O
P R E S E N T A :
MARIO ALBERTO PERALTA CATALAN**

Director: ACT. ARTURO ROLDAN LOPEZ



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

27744/46 1999



**FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

MAT. MARGARITA ELVIRA CHÁVEZ CANO
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis. Administradoras de Servicios Integrales de Salud en México y la necesidad de extender los programas de reversión de cuotas en el IMSS, como parte de la reforma del Sistema Nacional de Salud.

realizado por **MARIO ALBERTO PERALTA CATALAN**

con número de cuenta 8222553-3 , pasante de la carrera de ACTUARIA

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis	ACT. ARTURO ROLDAN LOPEZ
Propietario	
Propietario	ACT. MAURICIO AGUILAR GONZALEZ
Propietario	M. en C. AGUSTIN ROMAN AGUILAR
Suplente	ACT. ROSA MARIA ALATORRE SALGADO
Suplente	ACT. MIGUEL ANGEL TORRES RAMIREZ

Consejo Departamental de MATEMATICAS
y CIENCIAS
M. en AP. MARIAS DEL PILAR ALONSO REYES

Como agradecimiento

A mis papás: que siempre me impulsaron.

A mis hermanos y sobrinos: Nayeli, Edgar, Carlos, Yildiz, Hector, Adrián, Irvin, Itzel, Mauricio, Tamara, Eratzin, Joselín y Yuyani.

A mis tíos: en especial a Gerardo y a Juan.

A Donají: Por su apoyo y comprensión.

Y en general a todos aquellos quienes me formaron.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

- I.1. Contexto
- I.2. Evolución de los sistemas de salud
- I.3. Posibles causas del rezago en salud
- I.4. Situación actual en la mayoría de los países de América Latina

II. LA SALUD EN MÉXICO

- II.1. Antecedentes históricos de la seguridad social en México
- II.2. El Sistema Nacional de Salud
- II.3. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
 - II.3.1. Misión del IMSS
 - II.3.2. La Nueva ley del IMSS
 - II.3.2.1. *Beneficios para los trabajadores*
 - II.3.2.2. *Financiamiento*
 - II.3.3. El Seguro Social y la reversión de cuotas
 - II.3.3.1. *Convenios de reversión de cuotas*
 - II.3.3.2. *La doble subrogación*
 - II.3.3.3. *Sujetos de aseguramiento bajo el régimen obligatorio (Ley del IMSS)*
- II.4. Seguros privados de Gastos Médicos
 - II.4.1. Misión del seguro de GMM
 - II.4.2. Antecedentes históricos de los seguros privados en México

-
- II.4.3. El seguro de Gastos Médicos Mayores
 - II.4.3.1. *Seguro de Gastos Médicos Totales*
 - II.4.3.2. *Pago directo y pago directo Total*
 - II.4.3.3. *Convenios con prestadores de servicios médicos*
 - II.4.3.4. *Sujetos de aseguramiento*
 - II.4.3.5. *Financiamiento*
 - II.4.3.6. *Coberturas para los asegurados*
 - II.4.4. Operación

II.5. Deficiencias en el sistema de salud actual

- II.5.1. Desigualdad en la repartición de recursos entre instituciones y grupos de población
- II.5.2. Segmentación de la población por clases sociales
- II.5.3. Rezago en materia de salud

III. LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA (SEGURIDAD SOCIAL)

III.1. Misión de la Compañía Colombiana de Medicina Prepagada

III.2. Antecedentes de la seguridad Social en Colombia

- III.2.1. Bases constitucionales
- III.2.2. Primeros proyectos de seguros sociales en Colombia
- III.2.3. El Instituto Colombiano de Seguros Sociales

III.3. Medicina Prepagada en Colombia

- III.3.1. Usuarios de los Contratos de Servicios de Salud
- III.3.2. Financiamiento
- III.3.3. Servicios para los derechohabientes

-
- IV. ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN MÉXICO Y LA NECESIDAD DE EXTENDER LOS PROGRAMAS DE REVERSION DE CUOTAS EN EL IMSS, COMO PARTE DE LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**
- IV.1. Misión de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud**
- IV.2. Antecedentes de los Planes Integrales de Salud en los Estados Unidos**
- IV.2.1. Blue Cross y Blue Shield
- IV.2.2. Grupos de diagnósticos relacionados (DRG's)
- IV.2.3. Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- IV.2.4. Las Organizaciones de Proveedores Preferenciales (PPO)
- IV.3. Administradoras de Servicios Integrales de Salud**
- IV.3.1. Función social de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud
- IV.3.2. Planes Integrales de Salud
- IV.3.3. Usuarios de los Planes Integrales de Salud
- IV.3.4. Financiamiento
- IV.3.5. Servicios para los derechohabientes
- IV.3.6. Operación, administración y control en México
- IV.3.7. Redes de Prestadores de Servicios
- V.4. Propuesta y beneficios**
- IV.4.1. Premisas
- IV.4.2. ¿Por qué Administradoras de Servicios Integrales de Salud?
- IV.4.3. Extensión de los programas de reversión de cuotas
- IV.4.4. Beneficios al implementar la propuesta
-

IV.4.5. *Condiciones para el buen funcionamiento de Administradoras de Servicios Integrales de Salud, como parte importante del Sistema Nacional de Salud*

IV.4.6. *Por qué las Administradoras de Servicios Integrales de Salud son parte importante del Sistema Nacional de Salud (SNS)*

IV.5. Factores de éxito en la administración del proyecto

CONCLUSIONES

- i) *Justificación de la reforma del Sistema Nacional de Salud en México*
- ii) *Influencia del sector salud en la economía del país*
- iii) *Retos y condiciones de frente al nuevo milenio*

JUSTIFICACIÓN

EL ACTUARIO EN LA ORGANIZACIÓN DE ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO

GLOSARIO

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1. Convenio de Subrogación de Servicios celebrado en la ciudad de México el 22 de abril de 1957 y que entra en vigor el 1o. de marzo de 1957 (México).
2. Adéndum al Convenio de Subrogación de Servicios del 30 de abril de 1986 y firmado el 17 de noviembre de 1988 (México).
3. Memorándum en el que el H. Consejo Técnico del IMSS dicta acuerdo 2329/86 con fecha 13 de agosto de 1986, en el que hace extensiva la reversión de cuotas a empresas aseguradoras y afianzadoras (México).
4. Convenio que modifica parcialmente al diverso de subrogación de servicios del 30 de abril de 1986, así como a su adéndum del 17 de noviembre de 1988; firmado el 14 de enero de 1994 en la ciudad de México y Recibo de reversión de cuotas (México).
5. Artículo 89 de la Nueva Ley de IMSS (México).
6. Nueva Ley del Seguro Social, México (principales artículos de interés para nuestro estudio).
7. Antecedentes históricos de los seguros privados en México.
8. Actividades sobresalientes del Proceso de Modernización del Instituto de Seguros Sociales en Colombia.
9. Proyectos que componen el Proceso de Reorganización del Instituto de Seguros Sociales en Colombia.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo en constante movimiento, en donde el progreso implica para las diferentes sociedades la oportunidad de transformarse. Este continuo y acelerado cambio a conducido a la transformación del medio en que vivimos para nuestra comodidad; a cambio estamos también afectando el equilibrio de la naturaleza. Esto deja como enseñanza que debemos actuar en beneficio del sustento del hombre asimilando permanentemente el progreso pero sin olvidar nuestro entorno.

Las instituciones no deben permanecer al margen del cambio, para aprovechar la experiencia deben evaluar lo que se está haciendo en otros lugares del mundo, por apartados que parezcan, asimilarlo y tomar decisiones congruentes con nuestra realidad, para dirigir los esfuerzos hacia rumbos adecuados.

La información siempre ha jugado un papel muy importante en la vida del hombre. El que tiene acceso a la información tiene poder, porque tiene elementos para tomar mejor sus decisiones; hoy los medios de comunicación abren infinidad de posibilidades para que el hombre esté informado acerca de lo que sucede en todos los ámbitos del conocimiento, eliminando las barreras del tiempo y la distancia.

El sector asegurador en México no está al margen de los cambios, busca constantemente ofrecer servicios y condiciones de contratación atractivas para sus clientes, tratando de expandir su mercado.

En el sector salud, la iniciativa privada está ejerciendo presión por abrir un mercado potencial, reservado por ley al IMSS, para administrar y otorgar la atención médica de los trabajadores y sus familias; actualmente el IMSS, a través de convenios de subrogación de derechos, conocidos también como convenios de reversión de cuotas, concede discrecionalmente a ciertos particulares, básicamente instituciones bancarias, aseguradoras y arrendadoras la autorización de otorgar los servicios médicos de que habla la ley, para que sean los mismos patrones quienes administren la prestación de los servicios de salud de sus empleados.

La iniciativa privada se está preparando para ofrecer los servicios referidos a través de implementar planes integrales de salud, ya que confía que este tipo de servicios se generalice, como en su momento ocurrió con las Afores y Rentas Vitalicias; para ello las empresas (aseguradoras, agrupaciones médicas, etc.) interesadas en otorgar estos planes, están diseñando condiciones operativas y de servicio que proporcionen un valor agregado a los servicios que actualmente y por ley otorga el IMSS.

En torno a este escenario gira este estudio, esperando que constituya una aportación interesante que beneficie a trabajadores y familiares dependientes, a la iniciativa privada, a las asociaciones médicas y compañías aseguradoras interesadas en incursionar en este nuevo estilo de servicios de salud con importante mercado para expandir sus actividades comerciales, a las instituciones de seguridad social que verán fortalecida su organización a través de la competitividad con su consiguiente retribución económica y en general para el Sistema Nacional de Salud y la sociedad.

Sin embargo para hacer tangibles sus beneficios, es necesario reglamentar el esquema operativo que envuelve el servicio de salud con la finalidad de evitar malos manejos, engaños y en particular que se lesionen los intereses de los trabajadores, ya que el objetivo fundamental es proporcionar bienestar social al trabajador y su familia.

El trabajo está dividido en cuatro capítulos. En el primero, se hace un análisis de las condiciones de salud que prevalecen en la América Latina, sus principales causas de rezago y su situación actual en la materia.

En el capítulo dos, nos referimos a la salud en México; iniciamos con los antecedentes del sistema nacional de salud, haciendo énfasis en el Instituto Mexicano del Seguro Social como principal promotor de la seguridad social, mostrando su misión y presentando un panorama general de los antecedentes históricos que nos permitan conocer su evolución dentro de la seguridad social en México. Presentamos algunos aspectos interesantes de la ley del IMSS, relativos a la reversión de cuotas o subrogación de derechos, los esquemas de financiamiento utilizados, los servicios que proporcionan y sus beneficios, y el marco jurídico que lo reglamenta; una parte de éste capítulo se dedica a los seguros privados de gastos médicos, que en su búsqueda por captar nuevos clientes han confluído en otorgar

servicios muy similares a planes integrales de salud, pero bajo conceptos diferentes de los que persiguen las Administradoras de Servicios Integrales de Salud, como son los seguros de gastos médicos totales y el pago directo, marcando una tendencia hacia la formación de los llamados planes de medicina prepagada.

En el capítulo tres, planteamos las condiciones en que trabajan las compañías colombianas de seguros, las cuales otorgan servicios de medicina prepagada, no sin antes retomar su misión social y los antecedentes históricos que han dado origen a los Contratos de Servicios de Salud en Colombia; cabe destacar que mi interés en *presentar información del tema relacionado a un país como Colombia se debe a la similitud de culturas, características socio demográficas y sobretodo a que en éste ya están operando programas de salud similares a los referidos en este estudio.*

El capítulo IV es el tema principal de la tesis, en el que se abordan temas que aportan información que pueden contribuir al desarrollo y regulación de las Administradoras en México. Primero analizamos sus antecedentes en los Estados Unidos, por ser éste país donde se sabe inició el desarrollo de éste tipo de planes, lo cual nos permitirá apreciar su evolución histórica; posteriormente se plantea la razón de ser de las Administradoras, su función social, los servicios que proporcionan, su operación, desarrollo e incursión en México en el manejo de este tipo de planes; posteriormente planteamos una propuesta concreta para mejorar nuestro Sistema de Salud destacando los beneficios que *representa, así como las variables o factores que debemos considerar para garantizar mejoras en la administración de este tipo de planes, para que éstos contribuyan en la reforma del sector salud, y para finalizar mostramos las conclusiones del trabajo.*

I. LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

I.1. Contexto

América Latina está conformada por 20 de 37 países del continente americano, todos ellos con orígenes y circunstancias históricas, raciales, culturales y lingüísticas comunes, pero con características políticas, sociales, económicas, geográficas y climáticas extraordinariamente variadas.

Todos los países del continente americano pertenecen a la Organización Panamericana de la Salud, dependiente de la Organización Mundial de la Salud.

En septiembre de 1978 se celebró en Alma Ata, URSS, una convención internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, que marcó un movimiento general en la que los diferentes gobiernos adquirieron compromisos para formular políticas, estrategias y planes de acción con el objeto de lograr la meta "Salud para todos en el año 2000" como parte de un sistema nacional de salud. Hoy, después de 20 años de este acontecimiento y a menos de uno de llegar al 2000, se puede evaluar sus resultados en América Latina.

A continuación se muestran algunos datos que nos dan idea de los alcances y limitaciones de los programas de salud en algunos países Latino Americanos, su evolución según Jorge Castellanos Robayo y José Reynaldo Flores¹ y también las posibles causas del rezago y su situación actual.

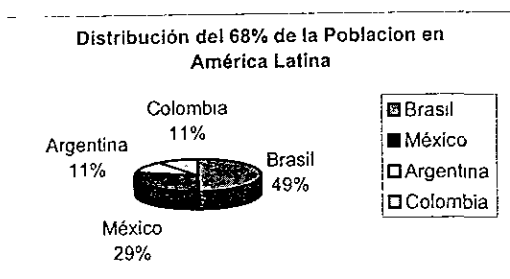
¹ Véase en la bibliografía [12]. Sistemas de salud y la Seguridad Social en América Latina, artículo que presenta Jorge Castellanos y Reynaldo Flores coautores del libro El sistema Nacional de Salud de los 90.

a) Población

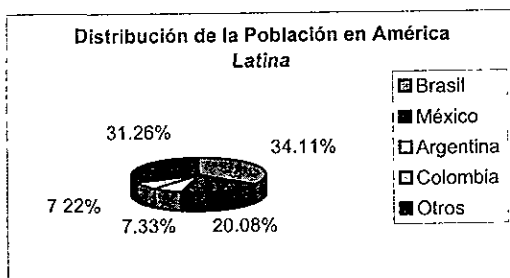
Para 1990, la población de los países de América Latina se estimó en 440,631,000 habitantes.

País	Población	%
Brasil	150,300,000	34.11
México	88,500,000	20.08
Argentina	32,300,000	07.33
Colombia	31,800,000	07.22

Tan sólo estos cuatro países representan el 68.74% de la población en la región.



Gráfica I.1. Distribución del 68% de la Población en A.L.

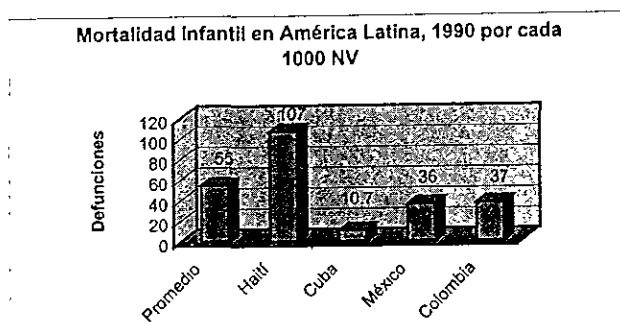


Gráfica I.2. Distribución de la Población en A.L.

b) *Mortalidad infantil*

En 1990 morían en América Latina un promedio de 55 de cada 1000 nacidos vivos,² encontrando variaciones de 107 de cada 1000 NV en Haití y de 10.7 de cada 1000 NV en Cuba; sin embargo 13, de los 20 países ostentaban cifras superiores a los 40 por cada 1000 NV y 3 por debajo de los 20 de cada 1000 NV.

Colombia y México reportaron en 1990 una mortalidad infantil muy por debajo del promedio; Colombia con 37 defunciones de cada 1000 NV, mientras que México una mortalidad de 36 por cada 1000 NV.³



Gráfica I.3 Mortalidad Infantil en América Latina

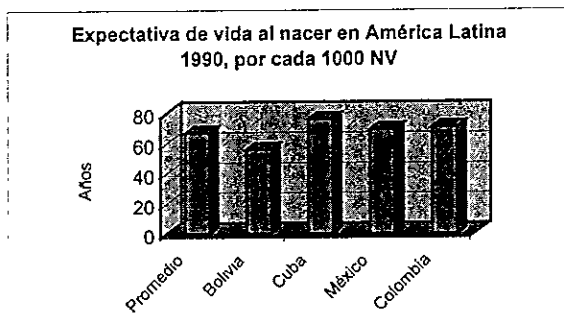
2 Nacidos Vivos = NV

3 Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Demographic Indicators 1950- 2050. Nueva York, 1994

c) **Expectativas de vida al nacer**

En 1990 la esperanza de vida promedio en América Latina fue de 67 años con cifras extremas de 76 años en Cuba y de 56 años en Bolivia. (12 países superaron los 65 años de expectativa de vida y dos fueron inferiores a los 55 años).

Colombia y México se encuentran arriba del promedio, presentando el primero una esperanza de vida de 69.3 años y México de 70.8 años.⁴



Gráfica 1.4 Expectativa de vida al nacer en América Latina
1990, por cada 1000 NV.

d) **Producto Interno Bruto per cápita**

El producto interno bruto per cápita en los países de América Latina en 1988 osciló en 4,544 \$USD para Venezuela y en 319 \$USD para Haití.

⁴ Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Demographic Indicators 1950- 2050. Nueva York, 1994.

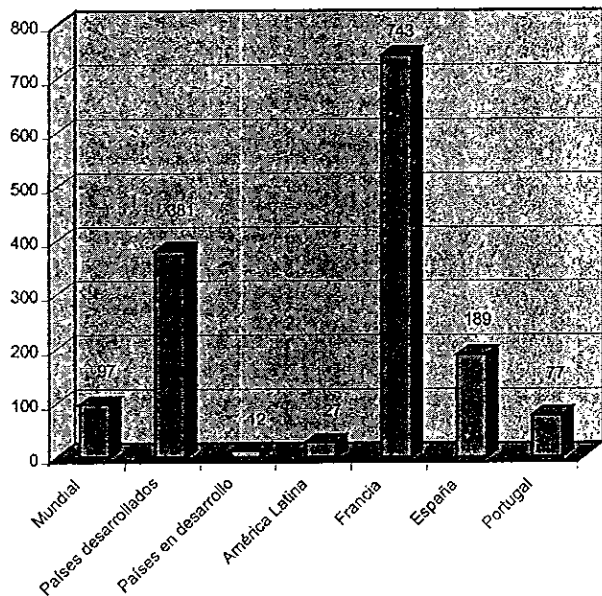
e) **Gasto en salud**

Se estimó en 1990 que en América Latina el gasto en salud oscilaba entre el 4% y 6% del Producto Interno Bruto; Un análisis realizado en 1985 compara a América Latina con el gasto en salud per cápita en países desarrollados y en desarrollo de la siguiente manera:

	Promedio
Mundial	97 \$ USD
Países desarrollados	381 \$ USD
Países en desarrollo	12 \$ USD
América Latina	27 \$ USD

Comparativamente, Francia gastó 743, España 189 y Portugal 77.

Gasto en Salud 1985, en dólares americanos



Gráfica I.5 Gasto en Salud 1985, \$ USD

I.2. Evolución de los sistemas de salud

Jorge Castellanos Robayo en el libro El Sistema Nacional de Salud de los 90 menciona tres etapas reconocibles en el desarrollo de los sistemas de salud, que en general determinan elementos comunes de organización en los países latinoamericanos, reconociendo que han sido múltiples y variadas las entidades que han intervenido en su organización. Las fases a que hace mención son las siguientes:

a) Fase inicial o de organización básica

Las instituciones de salud continúan las tendencias y orientaciones prevalecientes en la Europa de los siglos XVIII y XIX, caracterizadas por:

- ◆ Incipientes organismos de higiene pública.
- ◆ Hospitales gubernamentales para socorrer a aquellos cuyos padecimientos representaban una amenaza social.
- ◆ Entidades regidas por comunidades religiosas y obras filantrópicas para el cuidado de los indigentes y desposeídos.
- ◆ Actividad privada para las clases pudientes y algunos esquemas individualizados para grupos de trabajadores.

En esta etapa los gobiernos participaron pobremente en los esquemas de salud, prevaleciendo como fuente de financiamiento las entidades de caridad y beneficencia, la responsabilidad individual y en ocasiones alguna agrupación gremial. Esta etapa de servicios coincidió con el desarrollo de una economía basada en la actividad agrícola.

b) Segunda fase o de instauración y desarrollo de la salud pública

Esta segunda fase se caracteriza por mayor intervención del Estado en la organización y la prestación directa de los servicios como respuesta a la necesidad de dar protección a la "higiene" colectiva.

Este compromiso del Estado estuvo comprometido a la quiebra financiera de los esquemas filantrópicos y de beneficencia; los hospitales de caridad entre otras organizaciones fueron subsidiados y

posteriormente financiados y administrados por el gobierno iniciando reformas que darían lugar a los Ministerios de Salud.

La motivación básica fue dar atención a la fuerza de trabajo surgida de la industrialización, que hizo aparecer esquemas gremiales surgidos de nacentes movimientos sindicales, los que ejercieron presiones de orden político y social.

Los requerimientos de cada grupo gremial para atender sus necesidades, dio origen a los establecimientos propios que diversificaron los conjuntos o esquemas institucionales de atención a la salud (multi-institucionalidad de los servicios de salud en el sector público).

La participación del Estado no se tradujo en acciones integrales para la población, propiciando el desarrollo selectivo de acciones y servicios preventivos, mediante la creación de centros de salud aislados de los hospitales, propiciando la dicotomía preventivo / asistencial que después se tendría que integrar.

El establecimiento de múltiples esquemas de servicio sin una política común y la asignación de recursos sin equidad, fragmentaron los servicios por clases sociales y estratos.

Estas rigideces tanto de la esfera política como financiera y organizacional continúa observándose en los esquemas de organización actuales.

c) Tercera fase o de conceptualización efectiva de los sistemas de salud

En esta fase la evolución en la organización de los servicios de salud apunta hacia la búsqueda de confluencia de objetivos y políticas institucionales, hasta entonces orientados a la protección de grupos selectos de la población, con el objetivo de generalizar las coberturas que no pudieron lograr los esquemas anteriores.

El desarrollo de los servicios de salud pasa a ser visto como un gran proyecto nacional que admite diversas modalidades de organización y financiamiento, y cuya materialización lleva consigo nuevas formas de intervención del Estado.

Esta transformación inició a mediados o finales de los años sesenta, pero tan sólo un grupo restringido de países ha logrado sus metas.

La motivación central de esta etapa consiste en subsanar:

- ◆ La falta de equidad en el acceso a los servicios
- ◆ Garantizar el derecho a la atención de la salud que tienen por igual todos los miembros de la población.

En resumen, el paso de la segunda a la tercera fase lo constituye la sustitución del concepto de asistencia pública por el de seguridad social, cuya responsabilidad se reconoce como función básica del Estado, sin que esto signifique necesariamente la ejecución directa de las actividades correspondientes.

En sus primeras fases la atención se centró en la protección del trabajador asalariado del sector formal, lo cual demandó una instrumentación jurídica y normativa sobre la cual había gran experiencia en los países desarrollados pioneros en el campo.

Sólo en etapas posteriores se planteó la ampliación de la cobertura de atención como objetivo social,⁵ haciéndose patentes las limitaciones y carencias de los aparatos jurídicos y normativos de la seguridad social y de los sistemas de salud, y la necesidad de extender e incorporar a los programas de salud a los estratos sociales del subdesarrollo y dependencia, a las familias de los asegurados, a los trabajadores independientes, a los que realizan actividades informales, así como los indigentes, campesinos e indígenas, haciendo verdaderamente complejos los procesos de integración.

5 (SPT/2000 Alma Ata) Es el nombre de la Convención Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud celebrada en Alma-Ata, URSS en septiembre de 1978, organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en la que se reconoce que la atención primaria de la salud es la base para lograr la meta. "Salud para todos en el Año 2000". En la Declaración se pidió a todos los gobiernos "formular políticas, estrategias, y planes de acción con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de la salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores", véase Rojas en bibliografía [26] (atención primaria de la salud).

1.3. Posibles causas del rezago en salud

La crisis económica

La crisis económica iniciada en la década pasada y las presiones de organismos internacionales preocupados por la recuperación de la deuda externa,⁶ obligaron a los gobiernos de América Latina a hacer ajustes en su política económica y a modificar sus modelos de desarrollo, trascendiendo a actividades de la vida social, política, cultural y afectando consecuentemente entre otros los proyectos de salud.

Los modelos planteados han tenido desviaciones importantes debido al contexto político y financiero que condiciona y enmarca estas decisiones.

Parcialidad en la participación del Estado

El Estado no ha impulsado acciones integrales y equitativas para toda la población, propiciado el desarrollo de algunas instituciones, con el rezago y marginación de otras, repercutiendo directamente en la población.

Esquemas rígidos de afiliación

Los esquemas rígidos de afiliación y de administración no permiten el crecimiento de las instituciones en función de su desempeño.

Diversidad de instituciones que otorgan servicios en función de clases sociales

La diversidad de instituciones con objetivos yuxtapuestos característico de los países latinoamericanos, sin metas conjuntas, que han intervenido históricamente en la organización de la salud, aunado con la enorme disparidad en la asignación de recursos per cápita por parte de las diferentes instituciones, han fragmentado los servicios por clases sociales y estratos de ingresos.

6 Véase Rojas [26] en la bibliografía. La deuda externa de América Latina supera los 400 mil millones de dólares

Múltiples esquemas de servicio

Los múltiples esquemas de servicio al interior de las instituciones, sin una política común, a provocado una dicotomía preventivo asistencial caracterizada por el desarrollo de centros de servicios preventivos y de salud, aislados de los hospitales.

Desperdicio de recursos

El desperdicio de recursos va desde la duplicación de instalaciones y equipos, generados por esquemas paralelos de servicio en las instituciones de seguridad social, hasta el uso excesivo de incapacidades, prescripciones, diagnósticos médicos y terapéuticos.

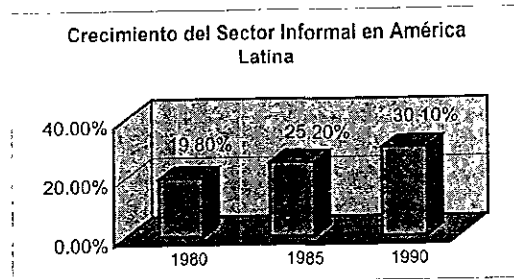
Aumento a la pobreza

También ha influido en el rezago, el aumento de la pobreza y el incremento de la deuda social originado por el ajuste económico de los países.⁷

Crecimiento del sector informal

Otro factor contributivo, es el *crecimiento del "sector informal"*, en el que existe un enorme vacío en materia de protección social, por falta de reglas y condiciones que lo encaucen: algunas cifras revelan que de la población económicamente activa, el sector informal representaba el 19.8% en 1980, cinco años después ya había crecido al 25.2%, y para 1990 ya se había alcanzado el 30.1%, cifra alarmante cuando sabemos que es la clase formalmente trabajadora la que soporta el peso de la seguridad social a través de impuestos y contribuciones; de no tomarse medidas inmediatas, el sector informal será un importante detonador que repercutirá también fuertemente en materia de salud, en tan sólo unos años esta población demandará servicios que no fueron planeados en su momento, representando una verdadera carga social, a la cual, y de cualquier forma, se le tendrá que dar atención.

⁷ Según estudio realizado por el PRELAC en 1980 existían 119 millones de latinoamericanos en situación de extrema pobreza (33% de la población total), para 1985, la cifra se elevó a 150 millones, equivalente al 39% de la población total.



Gráfica I.6 Crecimiento del Sector Informal en A.L.

Fuente en bibliografía [13]

El aumento de la pobreza, el incremento de la deuda social y el crecimiento incontrolable del sector informal, marcan una situación de deterioro social creciente, que no deja de ser preocupante, del que necesariamente tiene responsabilidad el Estado, pero al que se le deben buscar soluciones inmediatas.

Los resultados que arroja la gestión del Estado en el manejo de empresas públicas es poco afortunado. Ineficiencia, burocratismo e incapacidad administrativa, aunados a las situaciones de corrupción de muchos funcionarios públicos, limitan el avance no sólo en materia de salud, ofreciendo inseguridad y pocas expectativas de cambio.

Explotación demográfica

Otra causa del rezago se debe en gran medida al incremento de la población. En 1988 los programas de seguridad social reportaban un incremento de 38 millones de personas en su cobertura en relación a 1980; en términos relativos la cobertura en 1980 fue del 61.68% del total de la población mientras que en 1988 tan sólo fue el 61.62%, esto quiere decir que prácticamente en proporción de la población, la cobertura se mantuvo igual.

I.4. Situación actual en la mayoría de los países de América Latina

“Los países miembros de la Organización mundial de la Salud en la 30ª. Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 1977). Adoptaron la Meta “Salud para todos en el año 2000” (SPT/2000), y la conferencia internacional de Alma Ata (1978), señaló la “Atención primaria” (AP) como la estrategia clave para alcanzar dicha meta. Estas definiciones políticas de gran trascendencia dieron lugar a un movimiento universal, de profundas repercusiones, en la organización de los servicios de salud en todas las latitudes”⁸.

Los esfuerzos realizados a través de todos estos años en América Latina no han logrado consolidar los resultados esperados. Estimaciones hechas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) reflejan que una tercera parte de la población de la región sigue sin acceso a los servicios mínimos de asistencia médica.

Estos procesos de cambio han tenido múltiples variaciones y alcances en los países de la región. A pesar del rezago generalizado, se han logrado avances importantes en algunos países; como ejemplo se puede mencionar el Sistema de Salud de Cuba, la Ley del Seguro Nacional de Salud en Argentina, la legislación que organiza los servicios de salud bajo la seguridad social en Costa Rica, y la nueva Constitución y Ley General de Salud en Brasil.

Independientemente de la situación política de los gobiernos, los sistemas de salud están evolucionando; algunos indicadores que nos permiten afirmarlo, es el debilitamiento del proteccionismo, la apertura a la democracia, la disminución de la presencia del Estado como soporte principal, modificando sus funciones como organizador y administrador de los servicios públicos.

Para apreciar mejor la situación en que se encuentran los países de la región en el logro de sus objetivos, presentamos los siguientes indicadores: cinco países de veinte, entre los que se encuentran Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, han alcanzado por lo menos una cobertura del 80% del total de su población, ocho más: Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y

⁸ Véase bibliografía [12]

Venezuela han alcanzado proporciones intermedias de cobertura y están en proceso de definición y consolidación política y administrativa. Países como El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y República Dominicana apenas han iniciado la definición y transformación de los sistemas de salud, ubicándose entre las naciones en las cuales las brechas de cobertura son todavía deficientes.

Es necesario mencionar que en todos los países la actividad privada juega un papel relevante en la salud. esta participación la constituye una gama amplia de instituciones y actividades que van desde las distintas profesiones, hasta las grandes empresas que actúan en la prestación de servicios de salud, variando la magnitud de su intervención y características en cada región.

Para darnos una idea de lo que actualmente representa el sector privado en América Latina, podemos decir que de aproximadamente un millón de camas hospitalarias, alrededor del 46% corresponden a sector privado⁹ (Los indicadores presentados no permiten establecer la capacidad tecnológica de los servicios hospitalarios).

No podemos dejar de mencionar la influencia que están ejerciendo los variados esquemas de prepago y diversas formas de seguro privado de salud, logrando espacios políticos y operacionales importantes. Vinculadas o no a organizaciones médicas de servicios, o a entidades financieras como compañías de seguros y bancos, están adquiriendo importancia creciente; como ejemplo podemos destacar el modelo de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile, quizás el más desarrollado en la región, así como esquemas parecidos en Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela principalmente.

Este componente privado está poco reglamentado y sólo recientemente se ha comenzado a reconocer la importancia de incorporarlo en los esquemas institucionales de los sistemas de salud.

Como estrategias de desarrollo han surgido planteamientos que apoyan la liberalización del mercado y la privatización de las empresas estatales. Como resultado de estos marcados procesos en los servicios básicos de los países latinoamericanos se ha comenzado a recibir su influencia en los servicios de salud de la seguridad social.

Al igual que en otras partes del mundo, en América Latina se ha

⁹ Véase bibliografía [12], página 58.

generado un movimiento de descentralización de la administración pública, marcando una tendencia hacia una mayor presencia de los gobiernos regionales y locales; ejemplo de estos cambios se han reflejado en países como Brasil, Chile, Colombia y Venezuela.

Históricamente, México desaprovechó el terremoto de septiembre de 1985 ocurrido durante el gobierno de Miguel de la Madrid, para impulsar la descentralización y cambiar las estructuras de organización del Sistema Nacional de Salud; la población estaba sensibilizada para dejar la gran ciudad, situación que no se daría en otras condiciones.

II. LA SALUD EN MÉXICO

II.1. Antecedentes históricos de la seguridad social en México

Los antecedentes históricos más remotos de la seguridad social se encuentran en las sociedades de socorro mutuo y en el ahorro individual del ser humano, que es la forma más semejante al mutualismo individualista, ya que el hombre, antes de haber demandado el apoyo de sus semejantes para defenderse y liberarse de sus más apremiantes necesidades económicas y de subsistencia, tuvo que recurrir a su propia capacidad mediante el acopio y ahorro de todo tipo de bienes que le permitieran sobrevivir.

El mutualismo. No dio un derecho a sus afiliados, sino impuso más bien deberes y obligaciones; los subsidios que repartía el mutualismo individualista no fueron nunca verdaderas indemnizaciones, ya que las mismas se entregaban más bien con ánimo piadoso, para ayudar a sobrellevar las penurias inherentes a ciertas situaciones creadas en el seno de la familia obrera por enfermedades o invalidez; sin embargo hay que reconocer que aunque fueron modestas, marcaron el camino, que más tarde desarrollaría poderosas organizaciones de base técnica y espíritu social.

El cooperativismo. Es otra de las formas con la que los integrantes de la comunidad se ayudan recíprocamente para sobrellevar las cargas económicas a que están sujetos como miembros de una sociedad; sin embargo en infinidad de casos el sistema cooperativista se vuelve inoperante e ineficaz, ya que el necesitado no puede corresponder a las cargas económicas que se le imponen, restando efectividad al no ser correspondidas las obligaciones que se le imponen.

El Imperio Azteca

Asistencia a desposados. Consistía en otorgar ayuda económica a los jóvenes que se casaban.

Asistencia a ancianos. Se daba protección a los ancianos (huetèques) en los últimos años de su vida.

Asistencia a guerreros. Se cuidaba, protegía y daba manutención a los guerreros que después de cierta edad sobrevivían a los combates.

Principios de siglo veinte. La seguridad social en México es impulsada a principios de siglo por los diferentes partidos políticos dentro de sus programas de acción, cuyo objetivo fundamental era garantizar a los trabajadores el derecho a la salud, la asistencia médica y el bienestar social; estos principios se extienden más adelante a proteger a la familia del trabajador.

El Instituto Mexicano del Seguro Social surge en México en 1943, como consecuencia del movimiento revolucionario de principios de siglo, otorgando prestaciones en dinero y especie a cambio de una contribución tripartita entre el Estado, patrón y trabajador.

Desde su inicio el seguro de enfermedades y maternidad recibió subsidios cruzados de los otros ramos, principalmente del seguro de Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM). Si bien la anterior Ley del Seguro Social preveía la posibilidad de que el IVCM financiara a los otros ramos, estos recursos deberían tener un rendimiento y naturalmente, poder cubrir los compromisos cuando el IVCM los requiriera para hacer frente al pago de pensiones de trabajadores retirados. En general, estas condiciones no se cumplieron y los financiamientos en realidad se convirtieron en subsidios.

II.2. El Sistema Nacional de Salud

El proceso de transformación del sistema de salud en México no es cosa sencilla. Se inició hace más de una década y conflictos de intereses de los más variados han dificultado conciliar ideas y avanzar en la reforma del sector salud, a pesar de que el objetivo pareciera

para todos, ser el mismo: recibir servicios médicos de calidad a costos adecuados, accesibles para toda la población, como factor fundamental para elevar el nivel de vida de las familias mexicanas. Posturas ideológicas, tendencias partidistas e intereses financieros desvirtúan y pierden de vista el interés común.

La conformación del actual sistema de salud en México se remonta a la promulgación de la Constitución Política de 1917, en la que se establecen los fundamentos para que el cuidado de la salud fuera una obligación emanada de una relación laboral (artículo 123), creándose el Departamento de Salubridad.

- ◆ En 1937, se crea la Secretaría de Asistencia Pública a cuyo cargo se quedaron los establecimientos de atención médica.

Durante el régimen cardenista se construyeron los cimientos de la etapa moderna del cuidado de la salud dentro del sistema político mexicano.

- ◆ En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad) y el Instituto Mexicano del Seguro Social, quedando sentadas las bases de dos modelos de atención paralelos: la Secretaría orientada a la población en general y el IMSS quien se comprometió a cuidar la salud de los trabajadores que tienen una relación laboral así como a sus familiares; la intervención estatal en materia de salud atendería primero a los grupos políticamente organizados y que contribuyeran con su fuerza de trabajo a la industrialización y crecimiento económico.

El movimiento obrero organizado brindó apoyo al desarrollo del IMSS y fortaleció sus lazos con el gobierno a través del novedoso esquema tripartita de financiamiento para cubrir las cuotas con la aportación de empleados, patrones y estado, la cual se convirtió en una importante fuente de recursos para ampliar la estructura del IMSS.

Desde sus inicios, la Secretaría de Salud creó varios hospitales de tercer nivel, así como centros de investigación, otorgándoles apoyo legal y financiero, e incluso cierta autonomía frente al Estado, sin embargo los fondos fueron administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfirió ciertas partidas a otras secretarías, propiciando dificultades financieras.

- ◆ En 1959 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) dedicado a la protección de los trabajadores del gobierno federal.

- ◆ A finales de los años sesenta, el Estado tuvo que buscar nuevos y menos costosos mecanismos para atender las demandas de la población en servicios de salud.
- ◆ En 1973, fue reformada la Ley del Seguro Social para dar atención mediante regímenes especiales, a grupos de la población excluidos del régimen ordinario, dando respuesta a la imposibilidad de seguir expandiendo la seguridad. Uno de estos regímenes fue el "Programa de Solidaridad Social" creado con el fin de proveer servicios por medio del IMSS a grupos específicos de la población rural hasta entonces atendidos por la SSA.
- ◆ Años más tarde por razones políticas y organizacionales, el Estado encomenda al IMSS la atención médica de los grupos marginados de la población no asegurada, transfiriéndole fondos federales a través del programa IMSS-COPLAMAR, en vez de mejorar la capacidad y cobertura de la SSA.

En esta etapa, el IMSS se fortaleció y consolidó financiera y políticamente frente a la SSA la cual perdió fuerza al disminuir su población, quedando sin capacidad para reclamar más presupuesto al gobierno federal.

- ◆ En la década de los ochenta se propuso por primera vez integrar las diversas instituciones en un auténtico Sistema Nacional de Salud, sus bases políticas e ideológicas fueron elevadas a rango constitucional mediante la modificación del artículo cuarto que establecía el derecho de la población a la protección de la salud. La reforma intentó conjuntar en la SSA al sector salud y romper con los privilegios que había otorgado al IMSS, asegurando un modelo de atención al que todos los mexicanos tendrían acceso.

La reforma del sector salud orquestada por la SSA enfrentó fuertes resistencias, grupos que vieron amenazados sus intereses se aliaron bajo el liderazgo del IMSS para oponerse a la reforma.

- ◆ Ante la imposibilidad de reformar el modelo de salud, en el sexenio siguiente se recurrió nuevamente a la infraestructura del IMSS y su capacidad de respuesta para expandir rápidamente los servicios de salud por medio del programa IMSS-Solidaridad, dando más importancia a la estrategia políticosocial que al proceso de reforma.

Los procesos de reforma en el sector salud se han puesto nuevamente en marcha, los cambios en el IMSS fueron formulados en una nueva ley en diciembre de 1995 que fue ampliamente debatida.

Con las modificaciones a la Ley del Seguro Social en materia de salud, se pretende recuperar la viabilidad financiera del seguro de enfermedades y maternidad, ampliar la cobertura y mejorar los servicios proporcionados por el IMSS.

Los fondos de pensiones del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM) se han usado históricamente para cubrir parte del déficit del seguro de enfermedades y maternidad y para financiar en gran medida la construcción de la infraestructura médica. Con el nuevo sistema de pensiones se pierde esta fuente de financiamiento, pero se recurre a otros. Una es por medio del nuevo esquema de cotización, otra a través del nuevo seguro familiar mediante la afiliación voluntaria, la cual tiene doble propósito: por una parte se propone ampliar la cobertura y por otra el recaudo de todos aquellos individuos con capacidad de pago que actualmente no cotizan en el IMSS.

Otro cambio importante que tiene que ver con el financiamiento y con la prestación de los servicios, está representado por los convenios de reversión de cuotas. Este tema fue uno de los más discutidos en el Congreso y encontró gran oposición por parte del sindicato del IMSS (SNTSS), por el temor que representaba la privatización del IMSS con la ampliación de convenios de reversión de cuotas. Las protestas generaron que la ley de reversión se quedara como estaba originalmente, o sea, quedó a discreción del IMSS otorgarlas y determinar el monto revertido. Bajo estos convenios el IMSS reintegra a las empresas una parte de la cuota pagada por el seguro de enfermedades y maternidad cuando comprueban cubrir a sus trabajadores con un seguro médico o servicios propios.

Finalmente, otro cambio importante en materia de salud es el modelo de medicina familiar que posibilita la libertad de elegir al médico de primer nivel, además de que se premiará al médico que más pacientes tenga.

- ◆ En diciembre de 1995 el Congreso aprueba la nueva Ley del Seguro Social, cuyos objetivos centrales son alentar la competencia entre proveedores y permitir la selección del médico de familia.

-
- ◆ En marzo de 1996 la Secretaría de Salud (SSA) presenta su Programa de Reforma del Sector Salud, iniciando la descentralización de los servicios para la población no asegurada, seguida por la integración de los servicios actualmente prestados por la SSA y el programa IMSS-Solidaridad.

Durante este sexenio el proceso se ha ampliado a todas las entidades federativas, a través de transferencias financieras a los gobiernos estatales como estrategia central. Sus principales objetivos son:

- ◆ Propiciar mayor eficiencia en el desempeño del sistema mediante una mejor asignación de los recursos.
- ◆ Aumento de la capacidad administrativa de las unidades operativas.
- ◆ Mayor transparencia en la distribución de responsabilidades.
- ◆ Ampliar la cobertura de los grupos marginados mediante la provisión de un paquete básico de servicios de salud.

Además de los diversos obstáculos institucionales que se tienen que librar para lograr la reforma, existen dos factores más:

- ◆ La crisis económica que pone en riesgo la viabilidad financiera de la transformación del sector salud, y
- ◆ Las condiciones y acuerdos que deberá definir el sistema político mexicano, para establecer reglas de cooperación que permitan la gobernabilidad, la distribución y alternancia de poderes producto de la participación democrática de su población (a la cual no estamos acostumbrados); la cercanía de las elecciones para presidente de la República, hacen de la toma de decisiones una herramienta política de popularidad o de fracaso, con su consiguiente costo político.

En resumen, el éxito de la reforma depende de la viabilidad financiera y de la sensibilidad política con la que se realice su implementación. También hay que tomar en cuenta que se dejan algunos problemas sin resolver, quizás el más importante es el de la segregación del sistema de salud ya que da lugar, por un lado, a la duplicidad y desperdicio de recursos, y por otro, establece monopolios para las clientelas respectivas de cada institución de seguridad social. Una alternativa sería integrar el sistema de salud por funciones y no segregarlo por grupos sociales.

II.3. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

II.3.1. Misión del IMSS

La misión del IMSS está expresada claramente en los artículos primero, segundo y doceavo de la Nueva Ley del Seguro Social y que podemos resumir de la siguiente manera:

La seguridad social tiene como misión liberar de los riesgos sociales a trabajadores, empleados particulares, familias de éstos, y en general a todos aquellos que están sujetos a un contrato de trabajo o a una relación de subordinación laboral, garantizando el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

II.3.2. La Nueva ley del IMSS

II.3.2.1. Beneficios para los trabajadores

El seguro social cuenta con cinco ramos de seguro para brindar servicios a los trabajadores en el régimen obligatorio:

El Seguro de **Enfermedades y Maternidad** brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

El seguro de **Invalidez y Vida** protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo, mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

El seguro de **Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez** es el seguro mediante el cual, el trabajador reserva un fondo para la vejez, con aportaciones de él, su patrón y el Gobierno. Los riesgos que cubren son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro.

Mediante este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica y a las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

El seguro de **Riesgos de Trabajo** protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado

El seguro de **Guarderías y Prestaciones Sociales** otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

11.3.2.2. Financiamiento

En diciembre de 1995 el Congreso de la Unión aprobó modificaciones a la ley del Seguro Social, en cuatro ramos de la seguridad social:

- ◆ Seguro de Enfermedades y Maternidad (EyM)
- ◆ Invalidez y vida (IyV)
- ◆ Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (CEAyV)
- ◆ Riesgos de trabajo (RT)

El ramo más comentado fue el relacionado con las pensiones, sin embargo en el caso del seguro de Enfermedades y Maternidad hubo cambios importantes principalmente en relación a su financiamiento; de cualquier forma el Sistema Nacional de Salud requiere de cambios profundos, que en esencia, establezcan los incentivos para mejorar la calidad de los servicios a precios razonables de la cobertura total de la población.

Dentro de los cambios importantes introducidos en los cuatro ramos de aseguramiento en la Nueva Ley del Seguro Social, tenemos:

Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez

En el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez se estableció para el segmento de pensiones un sistema capitalizado con cuentas individuales y una pensión mínima garantizada. El manejo de las cuentas individuales lo realizan las administradoras de fondos para el retiro (AFORES) que se desempeñan en un marco competitivo.

Seguro de invalidez y vida

Para los seguros de invalidez y vida, el IMSS continúa proporcionando de manera única dicho seguro aunque la realización de los pagos en caso de siniestro se subcontratan con compañías de seguros.

Seguro de riesgos de trabajo

El nuevo seguro de riesgos de trabajo establece una relación directa entre la siniestralidad de cada empresa y el monto de las primas que cada empresa tiene que cubrir para asegurar a sus trabajadores.

Guarderías

En el caso de las guarderías, que constituyen una porción muy pequeña de la seguridad social en México, se amplió la cobertura a cierto tipo de trabajadores que antes estaban excluidos.

Seguro de enfermedades y maternidad (EyM)

Una de las prestaciones con mayor sentido social que reciben los trabajadores en México, es la relativa al servicio médico cuyos alcances se extienden a la familia del trabajador.

El seguro de enfermedades y maternidad (EyM) tuvo dos cambios principales: se modificó la estructura de las aportaciones y su composición.

En cuanto a la estructura, la ley anterior establecía que el financiamiento de EyM se realizaría mediante una contribución equivalente al 12.5% del salario de cotización con un límite superior de 25 salarios mínimos. Esta contribución la pagaba 75% el patrón, 25% el trabajador y 5% el gobierno.

Con la reforma se buscó reducir la proporcionalidad de los pagos de tal manera que la cantidad que cada trabajador contribuyera no dependiera en forma significativa de su nivel de ingreso (cuota fija por trabajador que no varíe conforme a su nivel salarial), quedando la nueva estructura de las aportaciones de la siguiente manera:¹⁰

1. El patrón contribuye una cantidad fija por trabajador, equivalente al 13.9% del salario mínimo general vigente en el D.F.
2. Para aquellos trabajadores que obtengan ingresos superiores a tres salarios mínimos, adicionalmente a la contribución del punto anterior, el patrón debe aportar el 6% de la cantidad que resulte de restar el salario del trabajador el equivalente de tres salarios mínimos. Para estos mismos casos, los trabajadores deberán realizar una contribución del 2% sobre la misma base de contribución. En ambos casos se mantuvo el límite máximo de 25 salarios mínimos como base de cotización.
3. Además, el gobierno Federal cubrirá cada mes una cuota diaria por cada asegurado equivalente al 13.9% de un salario mínimo general vigente en el D.F. a partir de la entrada en vigor de ésta ley y se actualizará trimestralmente.
4. Adicionalmente, para el pago de prestaciones en dinero, se deberá realizar una contribución del 1% del salario base de cotización que se pagará de la siguiente forma: 60% por el patrón, 25% por el trabajador y el 5% restante por el gobierno.

La nueva estructura de aportaciones aplica cuotas menos proporcionales al ingreso de los trabajadores, basado quizá en la lógica de que el servicio médico que reciben del IMSS los trabajadores es el mismo independientemente de su nivel de ingreso, por lo que el cobro del servicio debe ser el mismo para todos los trabajadores, un segundo argumento pudiera ser que el pago fijo facilitaría el establecimiento en un futuro de un sistema de reversión de cuotas.

La segunda implicación, mucho más importante que la anterior, es el cambio en la composición de las prestaciones. Con respecto a la ley anterior, las aportaciones promedio de los patrones se reducen en alrededor del 24%, las de los trabajadores disminuyen 68%, mientras que las del gobierno aumentan en más de 600%. De esta forma se

10 Véase artículos 106 y 107 del capítulo IV (Del seguro de enfermedades y maternidad), sección cuarta que versa sobre el régimen financiero de la nueva Ley del Seguro Social.

observa que el gobierno absorbe de manera directa una parte muy significativa del costo total de la provisión de los servicios de salud proporcionados por el IMSS. El gobierno aumenta su participación en el financiamiento de éste seguro del 5.6% al 37% del total. La aportación del gobierno para 1998 representa el 4% del PIB¹¹.

El incremento en las aportaciones del gobierno implica que el monto disponible para una reversión de cuotas disminuye dado que, en su redacción actual, el artículo 89 de la Ley del Seguro Social establece que sólo pueden ser objeto de la reversión las aportaciones de los trabajadores y patrones; con esta medida el estado regresa la carga de la seguridad a aquellos que insisten en la reversión de cuotas, obligándolos a pagar más a cambio de contar con un mejor servicio.

Un aspecto que si debe mencionar es la ampliación de la cobertura a sectores de población abierta, ya que todas las personas que trabajan por su cuenta podrán tener acceso a la atención médica del IMSS si se inscriben al Nuevo Seguro de Salud para la Familia, que por un costo de \$135.00¹² mensuales cubre los gastos médicos familiares en todos los niveles de atención.

Quizá lo más sobresaliente del nuevo seguro de enfermedades y maternidad hubiera sido lo que no se reformó del régimen anterior, la nueva ley no prevé cambio alguno en la estructura y procedimientos para el acceso y prestación de los servicios médicos; estos cambios hubieran sido esenciales para lograr mayor calidad, cobertura y eficiencia en el sector, seguramente cambios de este tipo hubieran requerido y requieren de enfrentar intereses creados y romper estructuras, tal vez los recursos adicionales que el gobierno dispuso para financiar este seguro pudieran haber servido como elemento de negociación para logrando esos cambios.

El nuevo sistema de pensiones

Con la nueva Ley del IMSS, que entró en vigor a partir del 1º de enero de 1997, se modificaron las reglas para la administración de las pensiones en dos ramos del seguro:

- ◆ **Invalidez y vida:** que cubre los accidentes o enfermedades no

11 Véase en la bibliografía Salud, presente y futuro [24], página 43

12 Calculado a costos de 1995 (se ajusta anualmente de acuerdo con los índices de inflación).

profesionales, que le impidan al trabajador continuar desempeñando su labor, y la protección de sus beneficiarios en caso de fallecimiento o de ser pensionado por invalidez.

- ♦ **Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez:** Que asegura que el trabajador cuente con una pensión al momento de su retiro por vejez o perder su empleo a una edad avanzada, a través de un fondo que va reservando en su cuenta individual para el retiro, con aportaciones del propio trabajador, su patrón y el gobierno.

Para administrar las aportaciones de cada trabajador se crearon cuentas individuales en las que se concentrarán las contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno.

Para dar transparencia al nuevo sistema de pensiones y permitir que los trabajadores pudieran conocer en todo momento el monto reunido en su cuenta individual, se autorizó la formación de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES).

Esta situación generó intranquilidad entre las personas que ya tenían varios años cotizando para el Instituto ya que de ahora en adelante cada trabajador recibiría por concepto de pensión la cantidad que hubiera podido ahorrar para su retiro únicamente a través de sus cotizaciones y las correspondientes del gobierno y el patrón, por lo que para trabajadores a media carrera laboral se les permitiría elegir entre el esquema anterior o el nuevo según más le convenga, con la finalidad de no afectarlo.

Durante las negociaciones a la reforma se quisieron tocar aspectos que atañen al servicio médico particular que recibe el personal de la banca entre otras instituciones, al amparo del convenio de subrogación de servicios, situación que no pudo ser abordada en esta primera etapa.

Muchas empresas, patrones, empleados y personal relacionado con la prestación de servicios de salud esperan que el cambio siguiente a la ley esté relacionado con la subrogación de servicios.

Base del financiamiento

Bajo el régimen del seguro social, el financiamiento se lleva a cabo por el método clásico de aportes, estas aportaciones son obligatorias, y las instituciones que recaudan y administran los fondos, no tienen ni

deben tener fines de lucro, ni hacer selección de riesgos cubiertos, ni exigir una proporción matemática entre el aporte y el beneficio o prestación que se pueda percibir.

Estas características del seguro social, que combinan la técnica del seguro privado con el ahorro y mutualismo constituyen los medios técnicos financieros "previsionales" que suelen usarse en países en vías de desarrollo.

Son llamados previsionales o contributivos, porque el afiliado o interesado efectúa aportes en forma de primas o cuotas, que obtiene de sus ingresos.

Existen otros medios financieros no contributivos, no previsionales, como cuando se practica la asistencia privada o pública, denominándose la primera beneficencia, financiándose con bienes de las personas caritativas que ayudan al necesitado que carece de recursos; y la segunda denominándose asistencia social o pública que realiza el Estado, financiada con impuestos y beneficiando exclusivamente a las personas que no tiene medios propios de vida.

II.3.3. El Seguro Social y la reversión de cuotas

II.3.3.1. Convenios de reversión de cuotas

Los servicios médicos particulares dentro del IMSS tienen como origen el convenio de subrogación de servicios, mejor conocido como Convenio de Reversión de Cuotas ¹³ firmado el 22 de Abril de 1957 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Asociación de Banqueros de México; en este acuerdo celebrado por tiempo indefinido se otorga a las instituciones miembro de la Asociación domiciliadas en territorio nacional, el permiso para suministrar directamente y bajo supervisión del Instituto las prestaciones en especie y las prestaciones en dinero que establece el artículo 23 del Reglamento de Trabajo de los Empleados de las Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares, quedando excluidos para efectos del convenio, del régimen del seguro social.

El compromiso establece que los bancos miembros de la Asociación

13 Convenio de Subrogación de Servicios, anexo [1]

podrán suministrar directamente a sus trabajadores y familiares derechohabientes, las prestaciones en efectivo y especie del régimen del seguro obligatorio de enfermedades y maternidad y el de riesgos de trabajo, salvo las siguientes que serán a cargo del Instituto:

- I. En el ramo de riesgos profesionales:
 - a) El pago de indemnizaciones globales o de pensiones por siniestros ocurridos a los empleados, presentados como riesgos de trabajo.
 - b) El pago de pensiones de viudez y orfandad a los familiares derechohabientes de los empleados fallecidos por causa profesional.

- II. En el ramo de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte:
 - a) El pago de pensiones de invalidez no profesional a los empleados.
 - b) El pago de pensiones de vejez, cesantía en edad avanzada a los empleados.
 - c) El pago de pensiones de viudez y orfandad a los familiares derechohabientes de los empleados fallecidos, independientemente de lo establecido en el artículo 23 del Reglamento de Trabajo
 - d) El pago de dote nupcial a los empleados.

Por este convenio las instituciones de crédito reconocen que el IMSS queda desligado de las obligaciones y responsabilidades que pudieran provenirle por el suministro de las prestaciones a que está obligado según la Ley; para ello cada una de las empresas retendrá el 47% correspondiente en riesgos profesionales y el 83% en enfermedades y maternidad como reversión por los servicios que directamente proporcionarán a sus empleados provenientes del importe de las cantidades que arroje la liquidación obrero-patronal bimestral correspondiente.

El 13 de agosto de 1986 el H. Consejo Técnico del IMSS dicta el acuerdo número 2 329/86 mediante el cual hace extensivo el Convenio de Subrogación de Servicios y Reversión de Cuotas celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Asociación Mexicana de Bancos, El Banco de México y el Patronato del Ahorro Nacional¹⁴ del 30 de abril de 1986, a las empresas aseguradoras y afianzadoras sujetándose al convenio del 22 de abril de 1957¹⁵.

II.3.3.2 La doble subrogación

El problema que se deriva de este tipo de convenios es que el servicio médico que se otorga no es prestado directamente por las instituciones de crédito como lo establece el convenio, salvo un solo caso y en forma parcial;¹⁶ lo que ocurre en realidad es que los bancos subrogan a su vez este servicio en médicos e instituciones privadas, que son las que en la práctica otorgan el servicio y las que cuentan con la infraestructura requerida; partiendo de esta información es que se presenta una doble subrogación de servicios que no está autorizada por el convenio, ya que el artículo 89 fracción III de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo legitima la celebración de convenios con quienes tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios, advirtiendo que si son patrones se puede pactar la reversión parcial de cuotas, en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios que se subroguen.

Actualmente se presenta incluso una triple subrogación, ya que los bancos contratan los servicios médicos a través de empresas administradoras de servicios de salud, las que a su vez establecen convenios con prestadores de servicios médicos.

Las administradoras de servicios de salud a través de estos convenios forman las denominadas redes de prestadores de servicios de salud, cuyo objeto es, entre otros, formalizar alianzas para controlar los costos y supervisar el servicio.

El servicio médico particular tiene, como es natural en cualquier actividad humana, problemas que son superables, sin embargo la doble subrogación mencionada es preocupante, no sólo porque no está autorizada por el convenio pactado con el Instituto, sino porque la

14 Adéndum al Convenio de Subrogación de Servicios del 30 de abril de 1986, anexo [2].

15 Memorándum, anexo [3].

16 El sistema Banrural, el Banco que tiene su sede en el Distrito Federal, cuenta con una unidad hospitalaria propia

carencia de reglas de operación, pudiera desvirtuar los objetivos del seguro social, en perjuicio de los trabajadores y sus familias.¹⁷

II.3.3.3 Sujetos de aseguramiento bajo el régimen obligatorio (Ley del IMSS)

Los sujetos de aseguramiento al IMSS son las personas físicas que por disposición legal son susceptibles de quedar inscritas ante dicho Instituto. Dichos sujetos de aseguramiento en el régimen obligatorio del Seguro Social pueden ser de dos clases:

- a) Sujetos de aseguramiento obligatorio; son las personas físicas que forzosamente deben quedar inscritas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social en el régimen obligatorio del mismo. Son sujetos respecto de quienes la ley impone una afiliación al IMSS forzosa, aún en contra de su propia voluntad.
- b) Sujetos de aseguramiento voluntario; son las personas físicas que pueden afiliarse al régimen obligatorio del Seguro Social, para lo cual requieren necesariamente manifestar su voluntad de hacerlo, sin la cual no quedarían afectas a dicho régimen.

A continuación mencionamos quienes por ley deben estar asegurados en el régimen obligatorio del seguro Social.

Para Riesgos de Trabajo

Artículo 12. Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio:

- I. Las personas que se encuentran vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea el motivo y cualquiera que sea la personalidad jurídica o económica del patrón y aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de impuestos o derechos.
- II. Los miembros de sociedades cooperativas de producción.
- III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley.

¹⁷ En el sistema Banrural que comprende a la fecha 13 instituciones regionales existen nueve mil empleados en activo, y en contraste con esto, más de 10 mil jubilados que se han convertido en un serio problema financiero para ésta dependencia. El conflicto es de tal magnitud, que los jubilados han formado una asociación nacional para la defensa de sus derechos ante el temor de ser afectados, por los lógicos problemas económicos de estos bancos

Artículo 13. Voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio:

- I. Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;
- II. Los trabajadores domésticos;
- III. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños empresarios;
- IV. Los patrones; personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y
- V. Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Mediante convenio con el instituto se establecerán las modalidades y fechas de incorporación al régimen obligatorio, de los sujetos de aseguramiento comprendidos en este artículo, dichos convenios deberán sujetarse al reglamento que al efecto expida el Ejecutivo Federal.

Para Enfermedades y Maternidad

Artículo 84. Quedan amparados por este seguro:

- I. El asegurado;
- II. El pensionado por:
 - a) Incapacidad permanente total o parcial;
 - b) Invalidez;
 - c) Cesantía en edad avanzada y vejez, y
 - d) Viudez, orfandad o ascendencia.
- III. La esposa del asegurado o, a falta de ésta la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio, si el asegurado tiene varias concubinas, ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.
Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o a falta de

éste el concubinario, siempre que hubiere dependido económicamente de la asegurada, y reúnan, en su caso, los requisitos del párrafo anterior;

- IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos de la fracción III.

Del mismo derecho gozará el esposo de la pensionada o a falta de éste el concubinario, si reúne los requisitos de la fracción III;

- V. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados, en los términos consignados en las fracciones anteriores;

- VI. Los hijos de los asegurados cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico; hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de veinticinco años cuando realizan estudios en planteles del sistema educativo nacional;

- VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como de los pensionados por incapacidad permanente, en los mismos casos y condiciones establecidas en el artículo 136;

- VIII. El padre y madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y

- IX. El padre y madre del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII.

Los sujetos comprendidos en las fracciones III a IX, inclusive, tendrán derecho a las prestaciones respectivas si reúnen además los requisitos siguientes:

- a) Que dependan económicamente del asegurado o pensionado, y
- b) Que el asegurado tenga derecho a las prestaciones consignadas en el artículo 91 de esta Ley.

II.4. Seguros privados de Gastos Médicos

II.4.1. Misión del seguro de GMM

Brindar a las personas relacionadas con el contrato de seguro en cuestión, protección en la asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica y de rehabilitación, así como todos los gastos derivados de la atención médica tales como: medicamentos, análisis de laboratorio, hospitalización, etc., y a cubrir los gastos erogados en cada tratamiento a consecuencia de accidente o enfermedad, ocurridas durante la vigencia de la póliza, y comprendidas en las condiciones generales y/o especiales, sujetándose a los límites y condiciones estipuladas por la misma y mediante la aplicación de la prima respectiva que en cada caso corresponda.

II.4.2. Antecedentes históricos de los seguros privados en México.

Es interesante saber como surgieron los seguros privados en México, sin embargo no es un tema medular de ésta tesis, por lo que decidimos incluirlo como un anexo¹⁸ pero sin dejarlo de mencionar dentro del trabajo por tener importancia cultural para el tema y para aquellos interesados en conocer algo de su historia.

II.4.3. El seguro de gastos médicos mayores

Al igual que el seguro de grupo vida, el seguro de gastos médicos mayores pretende evitar el desequilibrio que se ocasiona en la economía familiar, pero esta vez al verse afectada por un gasto inesperado a consecuencia de la presentación de un accidente o una enfermedad en cualquiera de los miembros de la familia.

Dentro de una póliza de gastos médicos mayores podrá incluirse además del asegurado o titular, al cónyuge e hijos, todos ellos menores de 25 años, que dependan económicamente del titular,

¹⁸ Antecedentes históricos de los seguros privados en México, anexo [7]

cobrando para esto, el costo individual por participante de acuerdo a una tarifa establecida por edad y sexo.

El seguro de gastos médicos mayores puede ser contratado por un grupo siempre y cuando reúna las características estipuladas en el Reglamento del Seguro de Grupo para considerarse como tal, y por lo tanto, contar con las ventajas que ofrece un seguro de grupo a diferencia de un seguro individual.

La vigencia de estos seguros es de un año renovable y el número mínimo de participantes es el que establece el Reglamento de Seguro de Grupo.

Las pólizas de gastos médicos mayores se contratan con un deducible y un coaseguro estipulados desde su inicio, los cuales serán determinados por el contratante y deberán ser de carácter general.

11.4.3.1. Seguro de gastos médicos totales.

El seguro de gastos médicos totales es una modalidad de las pólizas de gastos médicos. Como su nombre lo indica, son los planes diseñados para cubrir todos los gastos derivados de enfermedad que proceda, accidente e incluso el servicio médico preventivo; este tipo de planes incluye el pago de gastos médicos no contemplados dentro de los gastos médicos mayores tales como: gripes, enfermedades leves de las vías respiratorias tan comunes en nuestros días, visita ginecológica, atención dental, y en general consultas médicas de carácter preventivo; cubriendo desde el pago de la primera consulta, medicamentos y todos los demás beneficios que otorgan los planes de seguros de GMM.

11.4.3.2. Pago directo y pago directo total.

El servicio de pago directo es un valor agregado que ofrecen las compañías de seguros al cliente para que el asegurado no efectúe desembolso alguno por los servicios médicos recibidos al afectar su póliza de GMM, siempre y cuando haga uso de los servicios médicos de convenio, ofrecidos por los prestadores que pertenecen a las denominadas "Redes de prestadores de Servicios Médicos"; por otra parte para las compañías aseguradoras significa la disminución de sus costos y la competitividad al mantener primas de riesgo más bajas.

El pago directo total es una combinación entre el seguro de gastos médicos totales y el pago directo.

Previendo cualquier cambio a la Ley del IMSS en cuanto a la

extensión de la reversión de cuotas a otros sectores productivos, éste tipo de planes ofrecen un servicio integral de salud que define una tendencia clara de las compañías aseguradoras por administrar los servicios de salud de los trabajadores.

II.4.3.3. Convenios con prestadores de servicios médicos

Las aseguradoras decidieron como estrategia para bajar los costos derivados del servicio, establecer convenios con prestadores e instituciones médicas a cambio de direccionar el servicio de los asegurados hacia los prestadores afiliados: mediante convenios, las compañías aseguradoras han formado redes de prestadores de servicios médicos, tratando de satisfacer las exigencias de cada asegurado.

Este tipo de convenios ha ayudado a bajar los altos costos derivados del poco control en el sector salud, en que el costo de los servicios proporcionados a las personas que cuentan con un seguro de GMM, se incrementa hasta un 40% sobre las que no lo tienen.

Las compañías aseguradoras, tratando de que el beneficio de usar dichas redes sea mutuo y dependiendo el plan que se trate, se comprometen con el cliente a reducir o eliminar el pago de deducibles y/o coaseguros y a mantener un servicio adecuado.

Las aseguradoras para incentivar el uso de las prestadores médicos en convenio, ofrecen como valor agregado la liquidación directa de los gastos cubiertos por la póliza a los prestadores de servicios médicos afiliados.

II.4.3.4. Sujetos de aseguramiento (usuarios)

Son sujetos de aseguramiento las personas no mayores de 64 años, o tratándose de renovación y siempre y cuando la póliza esté en vigor hasta un límite de 74 años de edad respecto a cada asegurado.

Se considerarán dependientes económicos el cónyuge del asegurado, así como los hijos de ambos miembros de la pareja mayores a 30 días de nacidos y se aceptarán hasta una edad máxima de 24 años, siempre y cuando sean solteros y no tengan ingreso por trabajo personal.

En el caso de padres que dependan económicamente del titular, éstos podrán quedar amparados a través de una póliza individual con el costo correspondiente, independientemente de que se trate de seguros colectivos o de grupo, siempre y cuando estén dentro de los

límites de aceptación establecidos en el punto anterior.

II.4.3.5. Financiamiento

Básicamente los planes de seguros privados se financian mediante el cobro de una prima llamada de tarifa, compuesta de la siguiente manera:

Prima de Tarifa = Prima de Riesgo + Recargos, donde:

La prima de riesgo o prima pura es el monto necesario para hacer frente a lo siniestros únicamente, en ella no se contemplan los gastos que originan la operación de una compañía aseguradora.

Los recargos se dividen básicamente en dos grupos:

- a) Gastos de administración: se refiere a los gastos generales de la compañía por la administración de la misma; ejemplo: sueldos de empleados, papelería, renta, teléfono, luz, etcétera.
- b) Gastos de adquisición: se refiere a los gastos por la expedición de las pólizas: comisiones a los agentes, honorarios de los médicos examinadores, publicidad, etcétera.

II.4.3.6. Coberturas para los asegurados

Las coberturas están relacionadas con las prestaciones que se necesitan: gastos médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, hospitalarios, etc. El primer tipo de cobertura se valúa en función de una tabla de morbilidad es decir una estadística en la que se refleja el número medio de días de enfermedad (función de la probabilidad de enfermarse, del coeficiente de repetición y de la duración de la manifestación morbosa); en los demás tipos de coberturas, de los índices estadísticos de los costos relativos a las diferentes prestaciones¹⁹.

Otros factores que discriminan son la edad, el sexo y la zona.

Relacionado a la edad, se observa que aumenta el riesgo en los primeros años de vida, en la juventud disminuye y se mantiene en la madurez para después de los 50 años seguir en aumento. También se observa que las consecuencias y el costo se incrementa en cuanto aumenta la edad.

¹⁹ Ver Luigi Molinaro en la bibliografía [19]

Es notable también la influencia ejercida por el sexo: según estadísticas el índice de frecuencia para las mujeres es la mitad que el de los hombres (para accidentes de trabajo), no así para enfermedades.

Con relación a la distribución topográfica, es oportuno recalcar las diferencias sensibles entre centros urbanos y provincia.

Cabe destacarse que no puede hablarse todavía de verdaderas y propias estadísticas que reflejen el costo de los servicios antes mencionados por la razón de que los datos se obtienen de estadísticas generales que no aplican en forma íntegra a los seguros voluntarios, caracterizados por elementos de subjetividad, amenazado por la antiselección y susceptible de una amplia discriminación de los riesgos; esta carencia constituye el obstáculo principal de naturaleza técnica, los datos a disposición son parcialmente aprovechables y no permiten la determinación de una ley de frecuencias relativamente constante durante el tiempo.

II.4.4. Operación

Para tramitar el pago de los servicios médicos cubiertos por la póliza, el asegurado puede solicitar el reembolso de los gastos efectuados siguiendo los trámites correspondientes ante la aseguradora, o bien, acudir con los prestadores de servicios en convenio con ella y recibir la atención médica necesaria.

El asegurado que no se atiende con médicos afiliados a la red, paga el servicio y posteriormente tramita el reembolso de los gastos conforme al tabulador asignado para tal efecto y de acuerdo con el padecimiento tratado.

Los tabuladores de padecimientos y procedimientos médicos son parámetros que asignan rangos del costo promedio de los servicios por enfermedad o padecimiento, y sirven como guía para reembolsar los gastos realizados por los asegurados; este tipo de tabuladores definen gasto usual y acostumbrado (GUA); para poder solicitar el reembolso es necesario presentar la siguiente documentación:

- ◆ Informe de accidente y/o enfermedad
- ◆ Comprobantes de los gastos erogados con todos los requisitos fiscales

- ◆ En caso de medicamento, acompaña la receta respectiva.
- ◆ En casos de estudios de laboratorio y gabinete, anexa los resultados.

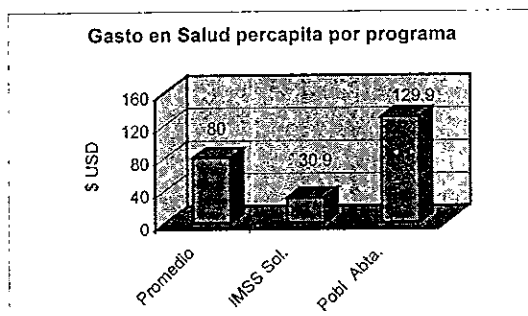
II.5. Deficiencias en el sistema de salud actual

El modelo de salud actual ha conducido entre múltiples situaciones a:

II.5.1. Desigualdad en la repartición de recursos entre instituciones y grupos de población

Como ejemplo de la desigual repartición de recursos financieros, entre las diferentes instituciones y grupos de población, encontré variaciones importantes en la asignación de recursos dirigidos tanto a población abierta, como a instituciones que otorgan el servicio a población asegurada:²⁰

- ◆ El gasto per cápita anual varía entre 30.9 \$USD en el programa IMSS - Solidaridad, hasta 129.9 \$USD por persona entre las instituciones cuyos servicios se dirigen a la población abierta.

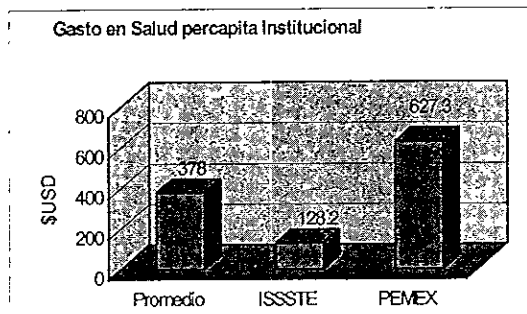


Gráfica IV.4 Gasto en salud per capita por programa \$USD²¹.

²⁰ Beatriz Zurita; Coordinadora de Análisis de Políticas de Salud (FUNSALUD)

²¹ Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (SCNS) de FUNSALUD.

- ◆ Entre las instituciones para la población asegurada las cifras van desde 128.2 \$USD del ISSSTE, hasta 627.3 \$USD de PEMEX, (entre instituciones se presentan diferencias de hasta 20 veces el gasto per cápita).



Gráfica IV.5 Gasto en salud per capita Institucional \$USD²².

II.5.2. Segmentación de la población por clases sociales

La prestación de servicios de salud en América Latina y particularmente México, se proporcionan en función de dos grandes segmentos poblacionales:

- ◆ Los pobres y,
- ◆ La población con capacidad de pago,

Esta última a su vez, abarca dos grupos:

- ◆ Los que trabajan en el sector formal de la economía, mismos que quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social y,
- ◆ El constituido por las clases medias y altas, en su mayoría urbana, que están cubiertas por la seguridad social, pero además cubiertos también por seguros y planes privados, lo cual hace que el primero sea subutilizado.

²² Véase en la bibliografía Salud, presente y futuro [24], página 83.

Estos segmentos a su vez se dividen en muchos grupos sociales más, dependiendo la actividad económica que desempeñan, el gremio al que pertenecen, e incluso su solvencia familiar.

II.5.3. Rezago en materia de salud

En México se observa un importante rezago en las condiciones de salud en ciertos sectores de la población

- ◆ Estados como Chiapas y Oaxaca presentan un rezago en salud de más de 25 años con relación a estados como Nuevo León²³.

Según estudios elaborados por la Organización Mundial de la Salud, en América Latina, existen tres grupos básicos en función de los ingresos que perciben, mismos que se pueden observar en la composición de la población en México:

- a) El núcleo de extrema pobreza, ubicado en su mayoría en áreas rurales dispersas y zonas periurbanas marginadas
- b) Los sectores informales que viven en la pobreza y que se ubican principalmente en las áreas urbanas y periurbanas
- c) Los sectores formales, concentrados en las áreas urbanas

a) El núcleo de extrema pobreza

Problema: En el caso del grupo en extrema pobreza, el acceso actual, a los servicios de salud formales es mínimo y en ocasiones, inexistente (con frecuencia, limitado a campañas esporádicas de salud pública).

Solución: Para corregir esta situación se requiere formular un paquete de servicios esenciales como base de una política central. Al usar la palabra “esencial” nos referimos al conjunto de servicios a que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral.

Un paquete esencial representa un compromiso social basado en los principios de equidad en la asignación de recursos.

²³ Véase bibliografía [27], página 100.

b) Los sectores informales que viven en la pobreza

Problema: El segundo grupo está excluido de la seguridad social ya que no cotiza para ningún instituto de seguridad social, no cuenta con respaldo financiero fijo y su acceso a los servicios de salud es limitado por no pertenecer al sector formal de la economía.

Solución: La prescripción, en este caso, sería la ampliación de la seguridad social a través de un paquete explícito de beneficios, mismos que serían financiados mediante esquemas de prepago y subsidios orientados a la demanda según el ingreso de las familias.

c) Los sectores formales

El tercer grupo está integrado por la población ubicada en la economía formal, que tiene acceso a servicios integrales a través de la seguridad social, presentándose mas bien problemas de equidad, eficiencia y calidad.

Para financiar la seguridad social del grupo más pobre, se podría adoptar el esquema de subsidios, mientras que en los otros dos grupos, el de contribuciones obligatorias.

III. LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA (SEGURIDAD SOCIAL)

Durante mi investigación, estuvo a discusión por parte del gobierno capitalino el programa del Seguro Unico de Vehículos Automotores (SUVA), revisando algunas leyes de la salud en Colombia encontré que en este país existía un programa similar desde hace mas de cinco años, y programas de medicina prepagada que llamaban la atención internacionalmente; esto me alentó a buscar información concerniente al tema, por una parte porque pensé que debido a la similitud de culturas y característica sociodemográficas mostradas anteriormente, podrían aportar información valiosa al desarrollo de esta investigación.

Por ello doy espacio en este trabajo a lo que son los servicios de salud en Colombia, sin que esto represente una desviación del tema central y más bien como complemento del mismo.

III.1. Misión de la Compañía Colombiana de Medicina Prepagada

El Instituto de Seguros Sociales (ISS)²⁴ en Colombia en la presentación del informe estadístico del año 1993 que comprendía la información básica de los seguros económicos de salud, de su población aportante y beneficiaria hace mención a los que consideran la misión, visión y valores del Instituto como elementos básicos para orientar el proceso de reorganización y cambios requeridos para adecuarse al *nuevo entorno que sería competitivo y de libre elección*, a continuación presentamos su misión para poder entender su labor dentro de la seguridad social de su país²⁵.

"Ser líder en la protección del asegurado y su familia, ofreciendo

24 El ISS es la principal y más grande empresa de seguridad social en Colombia

25 Misión según se relata en el Informe estadístico 1993 del Instituto de Seguros Sociales, en éste se manifiesta la preocupación por mejorar los servicios proporcionados ante la apertura de la competencia y la libertad de elección de los prestadores de los servicios demandados.

servicios integrales de salud y prestaciones económicas, con eficiencia y calidad”.

III.2. Antecedentes de la seguridad Social en Colombia

Durante la Colonia.

La seguridad social de las instituciones españolas vigentes hasta 1827, parecían referirse únicamente al ámbito de la seguridad militar y política; buscaban proteger a las viudas y huérfanos militares.

Primera década del siglo hasta 1942.

En 1904 el General Rafael Uribe en su discurso “Socialismo de Estado”, conceptualiza y plantea términos específicos de la seguridad social en Colombia, tales como la necesidad de un código laboral, la implantación de los seguros sociales, la creación de cajas de ahorro para los trabajadores y vivienda popular.

Posteriormente y hasta 1942, se efectúan intentos sucesivos en la legislación colombiana sobre disposiciones sociales; se dictan normas aisladas y de alcance limitado para cubrir sectores de población muy reducidos y que amparan unas pocas contingencias, tales como la vejez, los accidentes de trabajo, la muerte, la maternidad, etc.; por sus características sólo puede considerarse como esfuerzos incompletos y nunca como una verdadera seguridad social.

- ◆ Ley 37 de 1921: Establece el seguro de vida colectivo para los empleados y obreros particulares (legislación del primer seguro en Colombia)
- ◆ Ley 26 de 1921: Legisla sobre los servicios médicos hospitalarios y farmacéuticos, auxilios y servicios asistenciales en las empresas industriales y mineras del Chocó.
- ◆ Ley 86 de 1923: Sobre el auxilio de enfermedades de empleados y obreros oficiales.
- ◆ Ley 15 de 1925: Sobre reglamentos de trabajo y normas de higiene y salubridad laborales.

-
- ◆ Ley 10 de 1934: Establece el auxilio de cesantías para los empleados particulares en caso de retiro voluntario.
 - ◆ Ley 53 de 1938: Establece como derecho, para la mujer embarazada, una licencia remunerada de ocho semanas posteriores al parto.
 - ◆ Ley 166 de 1941: Instaura un seguro de vida para el empleado a razón de un mes de sueldo por cada año de servicio.

III.2.1. Bases constitucionales

Entre las garantías constitucionales relacionadas con la seguridad social, encontramos algunas que constituyen una base jurídico-política de gran importancia para la protección social:²⁶

- ◆ El trabajo es una obligación social y gozará de la especial protección del Estado.
- ◆ La asistencia pública es función del Estado, se deberá prestar a quienes, careciendo de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, están físicamente incapacitados para trabajar.
- ◆ La Ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deberá darla directamente el Estado.

III.2.2. Primeros proyectos de seguros sociales en Colombia

En 1929 se presentó a consideración del Senado el primer proyecto de ley tendiente a implantar los seguros sociales en Colombia, el cual fue archivado por el Congreso.

En este proyecto el Gobierno autorizaba la creación de una Caja de Seguros de Trabajo, a la cual estaban obligados a afiliarse “todas las personas de uno u otro sexo, residentes en Colombia, que para subvenir a sus necesidades tengan como único principal ingreso los emolumentos que se deriven de su propio trabajo”; dicho seguro se

26 Esta información fue proporcionada por la embajada de Colombia en México, “La seguridad Social en Colombia”.

extendía tanto a trabajadores asalariados como independientes y cubría los riesgos de invalidez, vejez, enfermedad y muerte así como los cuidados de maternidad.

También fueron desechados dos proyectos más, uno en 1929 y otro en 1930, en los que se autorizó la creación de cajas de "Indemnizaciones obreras" y de "seguros de trabajo", y que disponían en sus artículos, el servicio de indemnización por accidentes de trabajo y seguro colectivo en la primera y la protección en caso de invalidez, vejez, enfermedad, muerte y maternidad en la segunda.

Caja Nacional de Previsión Social

En 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión Social, como un establecimiento público de orden nacional, con personalidad jurídica, autónoma administrativa y patrimonio propio. (En 1992, en el decreto 2147, se reestructuró convirtiéndola en Empresa Promotora de Salud)

III.2.3. El Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)

Las exigencias de tipo jurídicas y técnicas habían vetado uno a uno los proyectos de ley presentados al parlamento, sin embargo habían venido delimitando las bases y criterios necesarios para erigir como una necesidad la atención y normatividad referentes a la seguridad social.

El 26 de julio de 1946 se presentó a consideración del Senado la Ley 90 tendiente a establecer el seguro obligatorio y a crear el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales para asegurar a los trabajadores particulares, estableciendo que el Instituto funcionaría como entidad central para dirigir, vigilar y controlar el seguro en los aspectos de la administración, el orden técnico, científico, financiero y contable (la Caja Nacional de Previsión se encargaría de del seguro para trabajadores oficiales).

Esta Ley, aun cuando no se decide por el seguro total, hacia allá polariza sus aspiraciones.

Los años sesenta en la historia del Instituto

De la creación del Instituto a los años sesenta se logró la extensión de la cobertura geográfica; los años sesenta, además, se caracterizaron por la ampliación de las coberturas de los riesgos amparados por el seguro social.

Los años noventa marcan una etapa muy importante en la historia del Instituto de Seguridad Social Colombiano

Como resultado de la redefinición de la ley de Seguridad Social ordenada en el decreto 2148 de diciembre de 1992 en la que se confronta una realidad competitiva impuesta, el ISS de Colombia inicia un proceso de modernización que responde a las necesidades de un país que tiene que hacer frente a la creciente complejidad y mayor inestabilidad que generan los numerosos y rápidos cambios del entorno mundial y nacional.

Ante el ambiente competitivo de la seguridad social colombiana, el ISS, por medio del desarrollo de proyectos trabaja frentes críticos en las áreas de organización, salud, sistemas, infraestructura física, recursos humanos y financieros, seguros económicos, auditoría entre otros²⁷.

III.3. Medicina Prepagada en Colombia

En Colombia los contratos de Medicina Prepagada o Sistemas Integrales de Salud distinguen dos casos:

- I. El Contrato de Asistencia Médica Integral²⁸
- II. El Contrato de Asistencia Médica de Diagnóstico²⁹

El objeto del primero es la prestación, en especie, de servicios de asistencia médica ambulatoria, de hospitalización y cirugía; el objeto

²⁷ En los anexos podrá conocer las actividades sobresalientes del proceso de modernización del Instituto de Seguros Sociales (PROMISS) anexo [8] y los 25 proyectos que componen el proceso de reorganización del ISS (PRISS) anexo [9].

²⁸ Véase bibliografía [8].

²⁹ Véase bibliografía [7].

del segundo es la prestación en especie, de los servicios de asistencia médica ambulatoria únicamente.

Esta división es interesante ya que pone al alcance de más personas un servicio básico que presupone el derecho a la salud, basado en la premisa de que el costo consecuente es más bajo.

En cuanto a la operación de los servicios de asistencia médica de diagnóstico, el beneficiario paga el 20% de valor de los servicios con excepción de los exámenes de diagnóstico, este pago - que en Colombia llaman aporte - en México es llamado coaseguro; cabe destacar que el pago de un deducible alto desmotiva a los usuarios, a hacer uso innecesario de los servicios médicos.

III.3.1. Usuarios de los contratos de servicios de salud

Un usuario puede contratar los servicios de salud de la medicina prepagada Colombiana bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

Modalidad individual

- ◆ Familia del contratante: Cónyuge o compañero(a) permanente, sus hijos solteros legítimos, extra matrimoniales y adoptivos, sus padres, hermanos solteros y el personal del servicio doméstico.

Modalidad colectiva

- ◆ Empleados del contratante y sus familias
- ◆ Asociados y funcionarios de asociados y cooperativas y sus familias

III.3.2. Financiamiento

Los servicios de salud son financiados directamente por los usuarios individuales o colectivos mediante el pago anticipado de una cuota fija especificada en la carátula, por el periodo de vigencia estipulado en el contrato, según la forma de pago acordada y del tipo de contrato que se especifica en I y II de la página anterior, La duración de contrato es por un año y es renovable automáticamente mediante el pago de la cuota correspondiente al nuevo periodo.

III.3.3. Servicios para los derechohabientes

Durante la vigencia del contrato, se proporcionarán a los usuarios a través del GRUPO DE ATENCIÓN RED SALUD los siguientes servicios³⁰:

1. **URGENCIAS:** Servicios de urgencias para diagnóstico, hospitalización y cirugía.
2. **CONSULTAS:** Consulta médica ambulatoria en las siguientes especialidades y en las demás que a criterio médico se consideren necesarias:

- Alergias
- Cardiología
- Cirugía General
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Geriátria
- Ginecología
- Hematología
- Medicina Física y de Rehabilitación
- Medicina General
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología
- Urología
- Nutrición
- Optometría

3. **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:** Asimismo se prestará a los usuarios los siguientes servicios, desde su inclusión.

Previa orden de un médico perteneciente al grupo de atención se cubren los siguientes exámenes de diagnóstico:

³⁰ Esta información la obtuvimos del Contrato de Asistencia Médica Integral de la Compañía Colombiana de Medicina Prepagada S.A. véase bibliografía [8].

-
- ↳ Exámenes generales de laboratorio clínico e histopatología.
 - ↳ Radiografías simples y con contraste, ecografías.
 - ↳ Electrocardiogramas y electroencefalogramas.

4. PEQUEÑA CIRUGÍA

5. TRANSFUSIONES DE SANGRE: Serán cubiertos por LA COMPAÑÍA únicamente los gastos causados por el acto médico y los equipos para la administración.

6. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: Desde el día siguiente a la fecha en que el usuario sea aceptado por LA COMPAÑÍA, ésta a través del GRUPO DE ATENCION RED SALUD, prestará los siguientes servicios complementarios:

6.1. Fisioterapia y rehabilitación. Estos servicios se prestarán bajo tratamiento hospitalario o ambulatorio, previa autorización otorgada por LA COMPAÑÍA a solicitud escrita de un médico perteneciente al GRUPO DE ATENCION RED SALUD, hasta por un máximo de cincuenta (50) sesiones al año, por persona, por caso clínico, no acumulables año por año, como tratamiento de afecciones recuperables, iniciadas con posterioridad a la inclusión del usuario al contrato.

6.2. Terapia respiratoria y de lenguaje. Estos servicios se prestan en forma independiente, bajo las mismas condiciones del numeral anterior

6.3. Ambulancia terrestre: La compañía autorizará este servicio para traslado del usuario desde y/o hacia centros de asistencia del grupo de atención red salud, dentro del perímetro urbano siempre y cuando el estado de gravedad del usuario así lo requiera. Si dadas las características de la urgencia, no es posible solicitar la autorización de la compañía, el usuario se compromete a notificar a la empresa dentro de los dos días siguientes y esta asumirá el costo de dichos servicios de acuerdo con las tarifas establecidas en sus convenios.

IV. ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN MÉXICO Y LA NECESIDAD DE EXTENDER LOS PROGRAMAS DE REVERSIÓN DE CUOTAS EN EL IMSS, COMO PARTE DE LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Consideramos que para lograr que los servicios de salud lleguen a toda la población, no son suficientes los esfuerzos separados que hace el gobierno a través de los subsistemas de salud hasta ahora creados, mucho menos cuando por al ser juez y parte pierden de vista sus objetivos, bajo este esquema en vez de fortalecer la salud nacional la debilita, por ello tomamos la iniciativa de criticar y proponer alternativas en las que los actuarios como gremio tenemos mucho que hacer para lograr que técnica y organizacionalmente sea factible el cambio que beneficie a la población, dejando en claro, que la propuesta no representa la única solución, sino una alternativa más.

El trabajo realizado no representa un secreto,³¹ simplemente con él se contribuye para que se consideren aspectos quizás no vislumbrados o posiblemente omitidos, también confirmamos que las administradoras deben operar bajo reglas claras que eviten injusticias como las que más adelante se manifiestan.

A continuación muestro como se empieza a percibir las Administradoras en México según algunas ya existentes.

³¹ Están operando en México algunas administradoras que otorgan servicios de salud a los empleados de empresas (generalmente bancos) y familiares derechohabientes, que tienen establecidos convenios de reversión de cuotas con el IMSS.

IV.1. Misión de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud

Su función es preservar la salud de los derechohabientes afiliados a los seguros de salud, empleados y familiares derechohabientes, mediante un Sistema Integral de Salud, a través de recursos médicos afiliados, que brindarán atención oportuna y de calidad cuando sea requerida al presentarse un accidente o enfermedad. Este sistema contempla la atención *integral de servicios médicos necesarios*, con recursos médicos en todas las especialidades, con hospitales y farmacias, enfermeras, laboratorios de análisis clínicos, gabinetes de rayos X y ultrasonido, ópticas, ambulancias, etc. que cumplen con ciertos requisitos, parámetros de infraestructura adecuada, niveles de servicio y calidad, así como las normas éticas relacionadas con la salud.

IV.2. Antecedentes de los Planes Integrales de Salud en Estados Unidos

Es conveniente hacer una reseña de las Administradoras de Salud o planes de medicina prepagada en los Estados Unidos, quienes se ha caracterizado en las últimas décadas por ser parteaguas de los avances sociales más importantes.

IV.2.1. Blue Cross y Blue Shield

En Estados Unidos conocemos como antecedentes de los planes Integrales de salud, los denominados planes *Blue Cross*; aparecieron en el año de 1929 en Texas, como un esfuerzo de algunas universidades privadas quienes acordaron pagar por adelantado, 21 días por año de cuidados en el hospital; para 1939 el símbolo *Blue Cross* se había difundido y adoptado por los planes prepagados que se habían establecido.

Paralelamente surgieron los planes *Blue Shield*, encargados de cubrir

los beneficios de gastos médicos, por ejemplo, visitas médicas a domicilio y consultorio, cirugías, etc.; inicialmente los planes *Blue Cross* y *Blue Shield* operaron bajo bases no lucrativas, sin embargo se convirtieron en organizaciones lucrativas por leyes estatales.

IV.2.2. Grupos de diagnósticos relacionados (DRG's)

Con la finalidad de controlar los costos el gobierno federal de los Estados Unidos fijó el costo razonable, usual y acostumbrado por el tratamiento más adecuado en función de los diagnósticos médicos relativos a grupos de padecimientos y/o enfermedades (DRG's) estableciendo criterios de pago y reembolso por los tratamientos, honorarios médicos, cirugías, etc., los cuales proveen métodos de estandarización que minimizan los abusos en los costos ofrecidos por el prestador de servicios.

IV.2.3. Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud

Las organizaciones para el mantenimiento de la salud, con sus siglas en inglés HMO, fueron aprobadas en 1973 por el Congreso de EU, en ese año también se establecieron las reglas para considerar una HMO como federal; en este tipo de planes, los individuos pagan un costo fijo por los servicios de salud, por este pago, las HMO financian, administran y proveen esos servicios. Las leyes federales en Estados Unidos son las que regulan el funcionamiento de las HMO, las cuales obligan a los patrones a afiliar a sus empleados a una HMO, quien estará encargada de proveer los servicios básicos de salud en las zonas de residencia de los trabajadores.

IV.2.4. Las Organizaciones de Proveedores Preferenciales (PPO)

Las Organizaciones de Proveedores Preferenciales en Estados Unidos (con sus siglas en inglés PPO), son agrupaciones de proveedores de servicios de salud que se han formado paralelamente a las HMO; estos proveedores de servicios negocian con los patrones costos

preferenciales para los empleados y sus dependientes que utilicen los servicios de salud de la PPO; generalmente los servicios son utilizados a través de algún plan de seguros de gastos médicos o de salud.

IV.3. Administradoras de Servicios Integrales de Salud

Las Administradoras de Servicios Integrales de Salud en México (ASIS), también conocidas como Organizaciones Articuladoras de Sistemas Integrales de Salud (OASIS) son servicios de medicina administrados por organizaciones privadas que ofrecen principalmente a empresas, la administración de la salud de sus empleados; el concepto como tal abarca mucho más allá de la atención médica de enfermedades o padecimientos conocidos como gastos médicos mayores, sino también la prevención, vigilancia de la calidad y del precio adecuado de los servicios.

Para llevar a cabo tal objetivo, las administradoras aprovechan la *facilidad que otorga el seguro social*, para que algunas empresas otorguen el servicio médico a sus empleados mediante la reversión de cuotas, financiando los recursos básicamente mediante dos esquemas de prepago: el seguro de salud y la administración de cuotas, esquemas que abordaré más adelante en la sección dedicada al financiamiento.

Actualmente operan en el país 13 administradoras afiliadas a la Asociación Mexicana de Administradoras de Salud Integral (AMASI), algunas de ellas utilizan como canales de comercialización los brockers, bancaseguros y aseguradoras, con una población aproximada de 150 mil personas; sin embargo no existe una *reglamentación específica para su operación*.

IV.3.1. Función Social de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud.

Algunas de las funciones sociales que las empresas administradoras *deberán contemplar para regular y garantizar aspectos sociales y humanitarios* además de sus intereses mercantiles son:

-
- ◆ La promoción de la afiliación y el recaudo de los grupos con capacidad de cotizar,
 - ◆ La administración del “Plan Obligatorio de Salud” así como los “Planes Complementarios”, que cubran tanto al asegurado como a su familia.
 - ◆ Formar y administrar un “Fondo para la Salud de los grupos mas necesitados”, cuyo objetivo será apoyar a los grupos de población más pobres y vulnerables, sin capacidad para contribuir al sistema, en particular las madres jefes de hogar, las madres gestantes y lactantes, los discapacitados, ancianos indigentes, comunidades indígenas, habitantes pobres de las zonas rurales, niños de la calle, entre otros.
 - ◆ Cuidar que la calidad de la atención sea la adecuada.
 - ◆ Cuidar que los costos de los servicios que se proporcionen sean justos.

IV.3.2. Planes Integrales de Salud

Para administrar la salud de las personas se integran como base cuadros de servicios básicos reglamentados y obligatorios en función de las prestaciones mínimas que cada empresa otorga a sus empleados, a partir de estas, se arman otros planes en función de las necesidades de sus mercados, estos cuadros los llamaremos Planes Integrales de Salud. Su función será la de proporcionar servicios de salud que refuercen las necesidades de este mercado que día a día se vuelve más exigente.

Este tipo de planes integrales de salud, son más accesibles y justos, ya que por una parte y para la población que no cotiza para ninguno de los institutos de salud, representa la disminución de los gastos de bolsillo que por concepto de salud se ven obligados a realizar, y la posibilidad de enfrentar riesgos catastróficos en materia de salud de su familia. Por otra parte para los empleados que cotizan, significa la cancelación de seguros adicionales de enfermedades y maternidad para cubrir sus expectativas de salud, evitando duplicar el pago como un gasto adicional a las prestaciones que le otorga la ley, contribuyendo en el pago el gobierno y el patrón como lo establece la

ley del IMSS, acercando el servicio a las necesidades particulares de cada trabajador.

IV.3.3. Usuarios de los Planes Integrales de Salud³²

Para los sistemas de administración de cuotas y según establece la ley, se consideran usuarios del servicio, los empleados activos o pensionados y sus dependientes legales, entendiéndose como tales:

- ◆ La esposa(o) concubina(o), siempre y cuando no trabaje, dependa totalmente del empleado y no tenga derechos propios a prestaciones similares (IMSS, ISSSTE, etc.)

Para que el concubinato sea reconocido, deberán existir por lo menos 5 años de convivencia probada, o con la (el) que haya procreado hijos y encontrarse libres de matrimonio. Si existen varias concubinas(os), ninguna(o) tendrá derecho a la prestación.

- ◆ Los hijos del empleado que sean menores de 18 años, y hasta los 25 años cuando sean solteros, no trabajen o tengan derecho a prestaciones similares y comprueben estar estudiando en planteles del Servicio Educativo Nacional. Estos comprobantes deberán presentarse en los meses de febrero y septiembre de cada año.

La permanencia de hijos mayores de 18 años y hasta 25 en el servicio médico es renovable semestralmente, por lo que el envío de la documentación queda bajo responsabilidad de cada uno de los empleados o pensionados con hijos en esta situación. De no recibir en el área de recursos humanos los comprobantes de estudios en los meses de febrero y septiembre de cada año, la baja en el servicio médico operará automáticamente y no podrá darse de alta nuevamente hasta el siguiente semestre.

En caso de embarazo de una hija, no podrá ser otorgado servicio médico ginecológico y de atención del parto, ni podrá otorgarse atención médica al hijo de ésta.

- ◆ El padre y la madre del empleado, siempre y cuando dependan totalmente del titular y vivan con él, asimismo, no disfruten de

³² Según las condiciones de Seguros Comercial América para la administración de los servicios de salud de sus clientes.

prestaciones médicas del IMSS, ISSSTE, u otros organismos públicos o privados.

IV.3.4. Financiamiento

Como se mencionó, el financiamiento de este tipo de planes se lleva a cabo básicamente mediante dos esquemas:

El seguro de salud, en el que las administradoras reciben una prima de riesgo por derechohabiente, suficiente para hacer frente a los compromisos generados por los servicios médicos requeridos, más un porcentaje utilizado para cubrir los gastos de administración.

Entendemos que al tratarse de un seguro de salud, las Administradoras afrontan el riesgo de que la prima no sea suficiente por desviaciones en la siniestralidad, motivo por el que las administradoras recurren a los diferentes tipos de reaseguro como medida de protección.

Administración de cuotas, bajo este esquema, se administra un fondo de contingencia producto de las aportaciones obrero patronales, destinadas a cubrir las prestaciones de enfermedades y maternidad para empresas con convenio de reversión de cuotas.

El monto del fondo usualmente se estima según la experiencia en siniestralidad del cliente, más el pago por adelantado de los gastos de administración. (Los gastos de administración pueden ser una cuota fija por derechohabiente, un porcentaje del fondo que se destina para hacer frente a los siniestros o una cuota por cada consulta requerida por los derechohabientes).

El fondo es renovado al final del periodo según el plazo fijado por la vigencia del contrato, al término del cual se evalúa el ahorro obtenido por una "buena administración", sobre el gasto esperado del patrón, en cuyo caso, la diferencia se reparte por partes iguales entre el patrón y la administradora de servicios, representando un ahorro para el primero y una utilidad para la segunda, situación en la que no estoy de acuerdo, ya que el trabajador esta contribuyendo con una parte de la aportación como lo establece la ley, por lo tanto debiera participar también de esa utilidad.

IV.3.5. Servicios para los derechohabientes

A continuación se mencionan algunos de los servicios médicos y asistenciales que actualmente proporcionan las empresas que administran algunos tipos de planes integrales de salud:

Para el personal activo, jubilado y pensionado y para los familiares derechohabientes:

- ◆ Consulta externa
- ◆ Consulta y tratamiento odontológico en los términos indicados.
- ◆ Hospitalización.
- ◆ Suministro de medicamentos
- ◆ Análisis de laboratorio y estudios de gabinete
- ◆ Atención de urgencias médicas
- ◆ Apoyos paramédicos
- ◆ Terapias de rehabilitación en los términos indicados.

Para el personal activo exclusivamente:

- ◆ Anteojos, lentes de contacto y lentes intraoculares; en los términos indicados
- ◆ Aparatos de ortopedia o prótesis, en los términos indicados

IV.3.6. Operación, administración y control en México

Como ya se mencionó, la Ley del IMSS concede como derecho a los trabajadores, prestaciones financiadas por empleados, patrones y gobierno mediante aportaciones bimestrales administradas por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social; los servicios que conllevan estas prestaciones son también otorgados por el IMSS; mediante convenios de subrogación de servicios se sustituye al IMSS como prestador de servicios y se concede a los bancos la obligación de otorgarlos directamente, sin embargo y partiendo de que el giro del negocio de éstos no es administrar servicios de salud, a la vez los subsubrogan a través de convenios con médicos, hospitales y en general, prestadores de servicios de salud o en su defecto con alguna

empresa que esté especializada en la administración de este tipo de servicios.

Bajo esta situación, los bancos, arrendadoras y compañías aseguradoras, eligen uno de los cuatro esquemas siguientes para proporcionar los servicios a que están obligados; cabe mencionar que el primer esquema utiliza los servicios del IMSS y los restantes diferentes modalidades del esquema de subrogación de servicios.

- I. **Esquema tradicional:** El IMSS recauda y administra las cuotas de trabajadores, patrones y gobierno y otorga el servicio médico.
- II. **Reversión pura:** Las empresas con derecho a la reversión contratan personal para administrar y proporcionar el servicio médico a sus empleados.
- III. **Subsubrogación de servicios con prestadores médicos:** Las empresas con derecho a la reversión efectúan convenios directamente con prestadores de servicios médicos, para que sean éstos quienes se encarguen de proporcionar el servicio a sus empleados.
- IV. **Subsubrogación de servicios con Administradoras:** Pagan a empresas especializadas una cuota por la administración de los fondos y la coordinación de los servicios médicos requeridos por los empleados y derechohabientes familiares, quienes acuden con prestadores de servicios médicos preestablecidos bajo un convenio previo de servicio con la administradora.

Cada uno de estos esquemas presenta ventajas y desventajas entre las que podemos mencionar las siguientes:

Esquema I

Ventajas:

- ◆ El patrón paga sus aportaciones y la de sus empleados y se olvida de administrar la salud, deslindándose de cualquier responsabilidad ante la Ley.

Desventajas:

- ◆ En ocasiones las prestaciones que otorgan los patrones son mayores a las que marca la Ley, teniendo de cualquier manera que administrar las prestaciones adicionales otorgadas.

-
- ◆ En muchas ocasiones contratan seguros de gastos médicos adicionales a la afiliación con el IMSS, para satisfacer las necesidades particulares de sus empleados.
 - ◆ Se pierde la personalización del trato, y en muchos casos se tiene la sensación de mal servicio.
 - ◆ Tiempos de espera prolongados en trámites administrativos burocráticos
 - ◆ La información específica relativa a los riesgos de la empresa, se pierde en las cifras de volumen del Instituto, imposibilitando la atención particular requerida para atacar los problemas de salud de cada empresa.

Esquema II

Ventajas:

- ◆ El personal médico y administrativo se ubica en los centros de trabajo.
- ◆ Una vez diagnosticada la enfermedad, el usuario acude directamente con el médico de su confianza bajo riesgo y cuenta propio.

Desventajas:

- ◆ No es posible contar con la infraestructura completa para atender los casos de salud más diversos, o los recursos humanos para atender o diagnosticar casos que requieren la intervención de un especialista.
- ◆ Sólo se da el servicio general y de primeros auxilios, remitiéndose a hospitales y especialistas los casos severos.
- ◆ Personal exclusivo en nómina para administrar las prestaciones.
- ◆ Administración de actividades no propias al giro de la empresa.
- ◆ Poco o nulo control de los costos de los servicios, de las *incapacidades otorgadas y de la morbilidad de la empresa.* (enfermedades y padecimientos)
- ◆ Cuando se trata de montos pequeños, el empleado hace el desembolso por el pago de los servicios y posteriormente es reembolsado.

-
- ◆ Nulo seguimiento de las causas de la enfermedad o accidente, eliminando la posibilidad de implementar acciones correctivas.
 - ◆ Los convenios con prestadores de servicios para bajar costos por volumen son incipientes.

Esquema III

Ventajas:

- ◆ Las empresas de salud tratan de acercar el servicio a los centros de trabajo
- ◆ En la mayoría de los casos se esmeran porque el cliente esté satisfecho con el servicio.
- ◆ Hay cierto control en los costos y descuento por volumen.

Desventajas:

- ◆ Incapacidad para efectuar convenios atractivos en volumen para prestadores y en costo para las empresas.
- ◆ Se pierde el seguimiento de las causas de la enfermedad o accidente, impidiendo implementar acciones correctivas.

Esquema IV

Ventajas:

- ◆ Ofrecimiento de una red completa de servicios en todos los niveles de atención.
- ◆ Las Redes de Prestadores de Servicio se forman en función de la distribución de la población en los centros de trabajo y muy específicamente su morbilidad.
- ◆ Personal capacitado en la administración de los servicios.
- ◆ Disminución en los tiempos de espera por trámites burocráticos.
- ◆ Convenios que representan una ventaja competitiva en cuanto a servicios y costo de los mismos.
- ◆ Personal médico que supervisa y audita el servicio.
- ◆ Transparencia en el manejo de los recursos.

-
- ◆ Información actualizada y completa para la toma de decisiones.

Desventajas:

- ◆ El servicio finalmente también es subrogado.
- ◆ La atención médica se proporciona única y exclusivamente por medio de la Red de Prestadores de Servicio con los que la empresa previamente ha establecido convenio y la cual está integrada por médicos de consultorio de primer contacto y especialistas, así como apoyos médicos tales como farmacias, laboratorios, gabinetes, hospitales, etc.
- ◆ Sólo en caso de emergencia y dependiendo de la urgencia que se presente, se podrá autorizar el uso de otros servicios médicos fuera del sistema.

IV.3.7. Redes de Prestadores de Servicios

Las Administradoras para poder otorgar y vigilar el servicio, establecen convenios con proveedores de servicios médicos y hospitalarios formando Redes de Prestadores de Servicios Médicos.

Dentro de esta estrategia y con finalidad de proporcionar un servicio integral, las Administradoras están recurriendo al desarrollo de un sistema administrativo capaz de controlar la operación, de proporcionar de manera oportuna la información necesaria para detectar desviaciones, evaluar la operación y mejorar el servicio.

IV.4. Propuesta y beneficios

IV.4.1. Premisas

1ª Financiamiento

Problemática:

Se requiere que los programas de salud en México sean rentables, sustentables y justos.

Solución:

Buscar alternativas de financiamiento, tales como:

Afiliación obligatoria de todas las personas con capacidad de cotizar y que actualmente no pertenecen a ningún instituto de salud (comerciantes, personal doméstico, economía informal, etc.).

Cambiando la fórmula actual de aportaciones en función de un plan básico mínimo, y no con aportaciones proporcionales al sueldo que se percibe.

Permitiendo que los usuarios que requieran otras características del servicio, puedan adquirir en lugar del plan básico, planes complementarios a un costo superior.

Aportaciones en función del número de miembros de familia afiliados.

Formando un fondo o fideicomiso con participación del gobierno y la iniciativa privada, que solvete los gastos de aquellos sin capacidad para contribuir al sistema, en particular las madres jefes de hogar, las madres gestantes y lactantes, los niños de la calle, los discapacitados, ancianos indigentes, comunidades indígenas, habitantes pobres de las zonas rurales, entre otros para que también tengan acceso a la seguridad social integral básica.

Ante el planteamiento de estas opciones y como mero ejemplo de que con iniciativa, voluntad y creatividad es posible mejorar la salud en nuestro país, se menciona que los seguros de Gastos Médicos a través del tiempo han tenido la necesidad de establecer mecanismos para controlar la siniestralidad, bajando costos sin descuidar servicio, asegurando una utilidad que no siempre existía, debido a los altos costos de los servicios e insumos médicos, ya que el índice inflacionario del sector salud es mayor que el INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor) y al abuso de prestadores propiciado por la falta de control.

2ª Mejoramamiento del servicio

Problemática:

Insatisfacción por los servicios médicos que proporcionan los institutos de seguridad social a trabajadores y usuarios, ha obligado a la población a buscar alternativas que satisfagan sus necesidades y exigencias consecuencia de las deficiencias, maltrato, servicios lentos

y burocráticos, carencia de medicamentos, entre otras.

Para algunas empresas conscientes de las necesidades de sus empleados, la solución ha sido la reversión de cuotas, para otras que no tienen la opción de la reversión, ha sido la adquisición de seguros de gastos médicos en sus diferentes modalidades.

Individualmente la situación no ha sido mejor, ya que en el mejor de los casos y cuando existen posibilidades económicas, se ha acudido a sistemas de prepago o a la contratación de seguros privados, en la mayoría de los casos sin poderse escapar de los gastos de bolsillo.

Solución:

El mercado privado de la salud ha visualizado en esta problemática un área de oportunidad, preparándose poco a poco por ganar ese mercado, simplemente otorgando mejores servicios, situación que se ha reflejado en la disminución de sus costos.

Sin embargo para el usuario, llamémosle empresa, empleado, derechohabiente, dependiente o usuario simplemente, el acudir a la iniciativa privada para recibir los servicios que demanda, implica duplicar el costo de los servicios que por ley tiene derecho, sin representar una solución congruente, y sí representando una carga financiera importante, ya que finalmente, nos vemos obligados a pagar, más de una vez, el costo de los servicios; ese doble gasto no es posible para el grueso de la población ya que debemos recordar según las cifras arrojadas por el Programa Nacional de Solidaridad PRONASOL en 1990, que de los 90 millones que somos el 45 % vive en condiciones de pobreza y de esos que viven en la pobreza, el 40% alcanzan el calificativo de extrema pobreza, cifras que hoy han sido rebasadas³³.

Una opción viable sería ampliar y legalizar los convenios de reversión de cuotas a toda la población que cotiza para algún instituto de seguridad social, situación que discutiremos a fondo más adelante.

33 Véase Rojas en bibliografía [26], página 181.

3ª Seguridad social equitativa y más justa

Problemática:

La seguridad social impartida no es equitativa, debe ser más justa.

- ◆ La falta de equidad en la asignación de recursos en las diferentes regiones del país e instituciones encargadas de proporcionar servicios de salud a ocasionado rezago importantes.
- ◆ Miles de pequeñas poblaciones carecen de servicios médicos institucionales.
- ◆ Los desempleados y subempleados que carecen de una relación laboral estable no tienen acceso a la seguridad social.
- ◆ La situación anterior también la viven millones de campesinos asalariados que por sus condiciones de trabajo no están sujetos a una relación laboral que les permita ingresar a la seguridad social³⁴.

Solución:

Plantear un Plan Básico Obligatorio y alternativas para complementarlo, cuidando no duplicar los servicios y abarcando a toda la población, incluyendo a los grupos más pobres y vulnerables a quienes necesariamente se apoyará a través de subsidios y responsabilidades compartidas; exigiendo la afiliación de toda la población en general a programas que incluyan planes obligatorios se refuerza a los grupos con capacidad de cotizar y que actualmente no lo hacen a integrarse y a la vez contribuir con una parte de la seguridad social en cuanto a salud se refiere.

La seguridad social a través de sus prestaciones no debe verse como una ayuda que permita al afiliado sobrellevar las dificultades momentáneas, sino como un servicio de primera calidad que sea accesible económicamente a la población, ello es posible combinando la idea del seguro social tradicional basado en los principios de solidaridad con los del seguro privado sustentados en el planteamiento de aportaciones en función de los niveles de aseguramiento, que son suficientes para una la adecuada indemnización sin descuidar los

34 Algunos grupos de campesinos organizados como los son los cañeros, tabacaleros, henequeneros y otros tienen acceso a la seguridad social, sin embargo pertenecen al régimen modificado del seguro social, lo que implica que no tengan acceso a todas las prestaciones otorgadas bajo el régimen obligatorio

costos de la atención y la calidad de los servicios.

Con los cambios recientes a la Ley del IMSS, se estableció que las aportaciones al régimen obligatorio del seguro social serían proporcionales a los ingresos, sin contemplar que los niveles de atención serían los mismos, o bien que en muchos de los casos ni siquiera se haría uso del servicio proporcionado, situación que de entrada marca el inicio de muchas injusticias.

La monto de aportación actualmente es independiente del número de derechohabientes dependientes del titular, cuando el gasto por los servicios requeridos no lo es.

4ª El Estado no debe ser juez y parte

Problemática:

Según hemos podido observar en el contenido de este trabajo, el Estado ha demostrado su incapacidad para administrar adecuadamente la salud en México.

Solución:

El Estado no debe ser juez y parte, tampoco está en capacidad de seguir subsidiando la ineficacia e ineficiencia. Por ello sería recomendable como se ha hecho no sólo en Colombia sino en otros países, que sea el Estado quien regule y vigile básicamente y quien acerque en comunión a la participación privada, el servicio a las comunidades más apartadas.

En síntesis; el sistema requiere de la conformación y consolidación de organizaciones que se encarguen de administrar la salud, que garanticen el acceso a los servicios para toda la población, que vigilen la calidad y que promuevan la afiliación y recaudo para hacer este ordenamiento, rentable y sostenible a través de implementar Administradoras de Servicios Integrales de Salud.

IV.4.2. ¿Por qué Administradoras de Servicios Integrales de Salud?

En este trabajo consideramos que el tamaño de la reforma del sector salud es importante, y que atrás de la reforma se mueven infinidad de intereses a favor y en contra (sindicatos de trabajadores que imparten

los servicios de salud, sindicatos de trabajadores que reciben los servicios de salud, patrones, prestadores de servicios, partidos políticos, gobierno, usuarios del servicio, etc.) que han frenado su avance; por otro lado debemos insistir en que no podemos cruzar los brazos en espera de que las cosas sucedan, ya que tenemos la obligación moral y civil de buscar y proponer alternativas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud y abatir el rezago, sensibilizando a la población con resultados positivos.

Como parte de este razonamiento y como sustento de este trabajo de tesis proponemos la implementación **supervisada** de Administradoras de Servicios Integrales de Salud, ya que conceptualmente representan una parte del cambio que estamos buscando.

Situaciones funcionales y operativas semejantes se vienen presentando, pero sin la modulación, regulación y coordinación adecuada por parte del gobierno, bajo la protección de convenios de reversión de cuotas otorgados por el IMSS,³⁵ lo cual de entrada elimina el penoso e ineludible proceso de convencer y buscar el consenso de los diferentes intereses en juego, y el prolongado cambio de reglamentos y leyes, que aún cuando se demuestra que son necesarias, su modificación, aprobación y consecuente implantación en el mejor de los casos, tardaría años, cuando que los problemas los enfrentamos y vivimos día con día en sus diferentes medidas.

Para ello y con la finalidad de que la nueva organización crezca sin vicios, se necesitan repasar y reforzar reglas y procedimientos para su buen funcionamiento, teniendo en cuenta que la falta de las mismas proporcionaría un pretexto más para la corruptibilidad de los servicios de salud y el rezago consecuente de su población.

IV.4.3. Extensión de los programas de reversión de cuotas en el IMSS

Cabe mencionar que desde los inicios de la reversión de cuotas, las empresas han estado al margen de lo que especifica el convenio, para poder ceder los compromisos de asistencia médica bajo subrogación de servicios, y mucho menos se han establecido las reglas que

35 Recordemos que las condiciones para la *Reversión de Cuotas* se encuentran plasmadas en la legislación actual del IMSS en el artículo 89, capítulo IV, sección primera del seguro de enfermedades y maternidad, Anexo [5].

especifiquen el uso posterior de los excedentes por buena siniestralidad, partiendo de la base de que el dinero de trabajadores, patrones y gobierno fue aportado con la finalidad de prevenir y curar no con la de mantener ingresos adicionales a los del giro del negocio; se requiere reglamentar el uso de los excedentes que hubieren en los casos presumibles de una buena siniestralidad.

En lo que se refiere a la subrogación de servicios, Luis Valderrama Navarro en su libro "El Régimen Laboral en la Banca" propone las siguientes opciones³⁶:

- ◆ La banca asume el servicio tal y como se prevé en el convenio de subrogación, situación por demás inoperante, ya que por una parte seguiríamos segregando el servicio por grupos y estratos sociales, lo cual, hemos visto históricamente que no es bueno, y por otra implicaría inversiones importantes en infraestructura que sería subutilizada.
- ◆ El propio IMSS conviene con los médicos y hospitales privados que actualmente tienen contratados los bancos; advirtiéndole que en este supuesto no cesaría la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bajo este supuesto el banco tendría que seguir administrando las prestaciones adicionales que ya tienen derecho los trabajadores de la banca.

A estas propuestas agregamos una más por considerarla más viable: La reglamentación y clara definición de la subrogación de derechos con la intención de que la doble o triple subrogación no esté al margen de lo que actualmente marca la ley, y con la finalidad de propiciar una sana competencia que provoque una mejoría en los servicios de salud.

Hoy por hoy, lo que está sucediendo es que las empresas y patrones a quienes se les concedió el permiso para otorgar los servicios mediante convenios de subrogación, subrogan a su vez y en ocasiones hasta llega a existir una triple subrogación, ya que los bancos a quienes les fue concedida la autorización, simplemente no cuentan con los medios médicos propios para proporcionar el servicio, obligándose a ceder el compromiso en el mejor de los casos a organismos médicos privados o a empresas administradoras que a su vez lo subrogan, por lo que existe un intermediarismo que implica el encarecimiento del servicio y

36 Véase Valderrama en bibliografía [29], página 122.

por otro la implementación de mucho más controles y la pérdida de información.

IV.4.4. Beneficios al implementar la propuesta

Con la implementación de Administradoras obtendríamos como beneficios:

Para el usuario final del servicio

- ◆ Protección al consumidor: La importante asimetría que existe en el mercado de la atención a la salud, hace necesaria la vigilancia explícita para proteger al consumidor.
- ◆ Disminución de los gastos de bolsillo: Hay dos razones principalmente por lo que la población recurre a los gastos de bolsillo para atender sus demandas de salud: Primero, al no pertenecer a algún segmento de la seguridad social o no estar afiliado, segundo, la deficiencia de los servicios proporcionados que van desde la falta de sensibilidad en el trato, hasta la inexistencia de servicios ágiles y menos burocráticos.
- ◆ Con la implementación de Administradoras, la medicina privada pasaría del esquema de financiamiento de gastos de bolsillo a esquemas de financiamiento prepagados; se destaca que los pobres erogan proporcionalmente más que los ricos en este tipo de gastos, que en ocasiones alcanzan proporciones muy grandes, y que ponen en riesgo su precaria solvencia.
- ◆ Eliminación del traslape en la demanda de servicios: La deficiencia en la calidad de los servicios origina un traslape considerable de servicios, recayendo la carga de tal decisión en el mismo usuario, ya que se ve obligado a hacer uso del servicio privado y a pagar por la atención que recibe, a pesar de haber pagado de antemano una prima de aseguramiento.
- ◆ Significa la oportunidad de elección para que los usuarios recurran a la salud privada, ya que en muchos casos los programas de salud institucionales en que encajan y al que están afiliados por pertenecer a un gremio o clase social, no llenan sus necesidades y expectativas teniendo que enfrentar gastos catastróficos, claro siempre y cuando tengan los recursos económicos para hacer uso

de los servicios privados. Esto conduce a la población de bajos recursos a la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y en ocasiones empresas una carga financiera desproporcionada³⁷.

- ◆ Posibilidad de que los usuarios de los servicios puedan hacer uso de su derecho de elegibilidad, primeramente afiliándose a la Administradora pública (institutos de seguridad social) o privada que más le convenga y posteriormente eligiendo libremente al prestador y médico de su preferencia, (como el programa piloto de libre elegibilidad de médicos de familia) para ello será necesario poner énfasis en la implementación de programas enfocados a difundir los servicios proporcionados dentro de las instituciones, con el objeto de que el usuario elija de manera justa el servicio que requiere.
- ◆ Posibilidad de efectuar convenios con los médicos de cabecera del usuario.
- ◆ Médicos y servicios particulares cercanos a los centros de trabajo y/o ubicación domiciliaria
- ◆ Eliminación de sobreseguros: Cuando existe conciencia y posibilidades económicas se contratan seguros privados que amparan los riesgos cubiertos por la seguridad social. Estrictamente hablando, los derechohabientes que cotizan para algún régimen de seguridad social, en particular aquéllos con ingresos elevados, pagan contribuciones a la seguridad social, pero nunca utilizan sus servicios, viendo sus contribuciones como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento.
- ◆ Disminución de desigualdades al no mantener servicios de salud unilaterales, mediante la eliminación de esta restricción, las familias no afiliadas podrían hacer uso de las instalaciones de la seguridad social (actualmente hacen uso sólo en casos de urgencia y de algunos cuantos servicios de alta prioridad, sin la colateral

37 En promedio según datos elaborados por la Organización Panamericana para la Salud (1994), aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún Instituto de Seguridad Social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado. En México actualmente el 52% de su población es derechohabiente en alguna de las instituciones encargadas de prestar servicios de salud, es decir por arriba del promedio, sin embargo no pude precisar en mi investigación que porcentaje no hace uso del servicio.

compensación de los usuarios que aún cotizando no hacen uso del servicio).

- ◆ Actualmente la atención se da a grupos cerrados determinados en función del gremio al que pertenecen, mediante un esquema de atención a población abierta, se daría la oportunidad a personas sin derecho a la afiliación y con capacidad de cotizar a hacer uso de los servicios, solicitando su afiliación al Instituto que más le convenga.
- ◆ Focalización de servicios hacia las clases más necesitadas: Debemos reforzar la noción de que los servicios privados no deben estar reservados únicamente para las clases medias y altas; se deben buscar mecanismos y fórmulas de financiamiento que en conjunto con la liberalización de recursos públicos, permitan dar la debida atención a los que carecen de ellos. Actualmente la importante asignación de recursos asignados a la salud pública, no se ve respaldada por los datos existentes sobre la utilización de los servicios, lo interesante está en que el sector privado sigue siendo una fuente importante de atención para los hogares pobres, mismos que como ya se vio, destinan una importante proporción de sus ingresos al pago directo de servicios de salud que los hogares de mayores ingresos.

Finalmente todo este trabajo redundará en mayor satisfacción de la población en relación de los servicios que recibe.

Para los prestadores institucionales y privados de los servicios de salud.

- ◆ Se fomenta la competencia incluso al interior de la seguridad social como medio para ofrecer mejores servicios

Lo que se busca es incrementar las opciones a los consumidores, a la vez que los proveedores se verían obligados a integrarse en redes eficientes que estarían claramente articuladas y modeladas.

- ◆ Asignación equitativa de recursos
 - ⊗ Erradicación de subsidios cruzados entre ramas de seguros
 - ⊗ Desarrollo de fórmulas explícitas de asignación de recursos (por ejemplo en función de los derechohabientes afiliados)
 - ⊗ Abasto de medicamentos y material de curación

↳ Racionalización de los procesos de atención

La asignación de recursos se orientaría a la demanda, más que a la oferta, asignando a las unidades responsables de administrar la salud presupuestos en función de cada persona afiliada a los servicios de salud, en lugar de presupuestos desarticulados de su desempeño, de ahí surgiría un interés intrínseco de las Administradoras por atraer primero, y cuidar después de los potenciales pagos que cada usuario traería, por la preferencia del servicio proporcionado, esta cuota de aseguramiento serviría para agrupar y articular el sistema de salud, y su administración estaría a cargo de entidades que en este trabajo de tesis llamamos "Administradoras de Servicios Integrales de Salud" y que en el medio empiezan también a conocerse como "Organizaciones para la articulación de servicios de salud" (OASS).

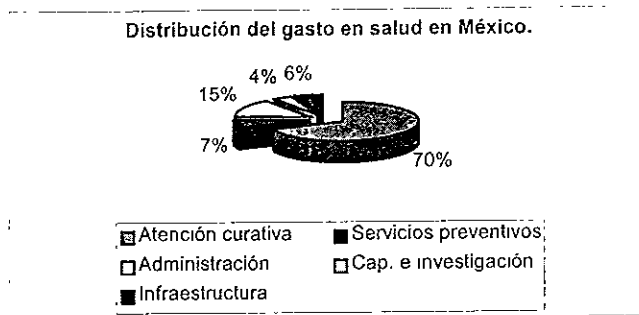
Para la empresa que solicita el servicio

- ◆ Cada empresa pagará sus cuotas de acuerdo con su propia siniestralidad, sin importar el ramo de la industria al que pertenezca.
- ◆ Cada industria, comercio o servicio determinará sus cuotas por sus propias condiciones de seguridad, el número de accidentes que en ella ocurran y la morbilidad de sus trabajadores.
- ◆ Posibilidad de hacer revisiones anuales de las cuotas de cada empresa, para incrementar o reducir de acuerdo a su siniestralidad y a los cambios realizados en sus factores de riesgo.
- ◆ Cada empresa podrá reducir sus cuotas mediante acciones eficaces en la prevención de riesgos laborales.
- ◆ Disminución de costos de operación, al no estar obligadas a proporcionar los servicios de salud de su empresa o gremio
- ◆ Disminución de gastos de administración, al dedicarse únicamente a atender las actividades de su giro comercial o industrial. La atención y administración de la salud pasa a manos de una empresa especializada y con experiencia.
- ◆ Posibilidad de obtener información estadística confiable de la siniestralidad específica de cada empresa, proporcionada por la Administradora de Salud a la que pertenezca.

-
- ◆ La administradora estaría especialmente pendiente del control y detección de desviaciones en el uso de los servicios, cuidando de los intereses de los consumidores.

Para el desarrollo de la reforma del sector salud

- ◆ Se establecerían las bases para que los servicios de salud se proporcionen a la población, independientemente de la clase social o el gremio al que se pertenezcan.
- ◆ Eliminación de monopolios: actualmente cada institución de seguridad social ejerce un monopolio sobre su clientela respectiva, es decir hablamos de grupos cerrados en los que los usuarios no pueden elegir libremente la institución de su preferencia.
- ◆ Se propiciaría la modulación y articulación de los servicios a través de la dirección del gobierno. Hoy en día cada segmento institucional - las instituciones de seguridad social, y el sector privado - desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico.
- ◆ Mediante la posibilidad de hacer uso de las diferentes instituciones, se elimina la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología, una opción podría ser mediante la administración por especialidades y no por grupos sociales como hasta ahora se viene haciendo, y que generalmente este modelo de salud conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos de la población, en particular, los servicios que se encuentran reservados a los pobres.
- ◆ Distribución del gasto de manera conveniente; actualmente el consumo de recursos se reparte de la siguiente manera:
 - ✎ 70% de los recursos lo consume la atención curativa
 - ✎ 7% los servicios preventivos
 - ✎ 15% la administración
 - ✎ 4% la capacitación e investigación
 - ✎ 6% infraestructura



Gráfica IV.1 Distribución del gasto en Salud en México ,³⁸

Para la población asentada en las áreas urbanas, la libre elección del usuario, para afiliarse a uno u otro instituto o cualquier Administradora de Servicios Integrales de Salud propiciaría todo un esquema plural de instituciones públicas como privadas, dispuestas a competir para otorgar mejores servicios, y así garantizar su existencia.

Para las áreas rurales, en las que rara vez se reúnen las condiciones para la competencia, se propondrían incentivos y estímulos para fomentar la participación de los prestadores de servicios médicos y la inversión para la generación de infraestructura.³⁹

El modelo basado en la segregación de la población, en función de su capacidad de pago y organización social, lo llaman modelo Segmentado,⁴⁰ esta estrategia fue hasta los años ochenta, el tipo de organización más común en América Latina; algunos países han intentado romper con la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema político único.⁴¹

La modernización económica, los acelerados cambios demográficos y la sensibilidad democrática en la toma de decisiones, han hecho

38 Véase en la bibliografía Salud, presente y futuro [24], página 84.

39 En Colombia, se han establecido cooperativas organizadas bajo la designación de empresas "Solidarias de Salud", en México se ha propuesto adoptar el modelo de franquicias de salud, y en Perú la gerencia mixta de centros de salud, en la que participan tanto el gobierno como la comunidad, véase pagina 135 en la bibliografía [27].

40 Véase en bibliografía Salud, Presente y Futuro [27], Modelos Actuales de Sistemas de Salud; Julio Frenk (Vicepresidente ejecutivo, Economía y Salud, FUNSALUD, Noviembre de 1997), página 121

41 Variantes de este tipo de reforma lo encontramos en la estrategia de privatización de la seguridad social en Chile con las ISAPRES o bien la estrategia de descentralización, con la devolución de responsabilidades previamente descentralizadas a las autoridades locales como lo está haciendo actualmente la Secretaría de Salud con el apoyo de Ernesto Zedillo

insostenibles los privilegios que los modelos segmentados de salud han concedido a grupos y gremios sociales pequeños, sin embargo han logrado sobrevivir por la debilidad mostrada por el gobierno, en su esfuerzo por modular y establecer reglas de juego claras en la transferencia de responsabilidades.

Necesitamos que el sistema de salud en México, dirigido y modulado por el gobierno, provoque una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los que participan en la compra - venta de servicios de salud, mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia.

IV.4.5. Condiciones para el buen funcionamiento de Administradoras de Servicios Integrales de Salud, como parte importante del Sistema Nacional de Salud.

Una vez analizado el contexto de la salud en México dentro del sector salud es obligado proponer caminos que ataquen la problemática descrita; este trabajo de tesis se aboca específicamente a uno de los principales Institutos encargados de atender la salud en nuestro país, me refiero al IMSS que según estadísticas de 1994 cubre el 35.5% de las consultas externas dentro del Sistema Nacional de Salud.⁴²

Para subsanar el rezago existente en nuestro país en materia de salud y establecer las condiciones para el buen funcionamiento de las Administradoras, requerimos definir una política de alcance nacional que involucre a toda la población urbana y rural, pública y privada (la iniciativa privada históricamente no ha sido tomada como elemento de la seguridad social aunque su participación siempre ha sido más que importante), tanto como a usuarios de servicio, prestadores, proveedores, médicos, empresarios y gobierno.

Esta política plantea explícitamente la necesaria reestructuración del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de mejorar su eficiencia y

42 Esta cifra solamente superada por la SS con una atención del 50% de las consultas externas y seguida por el ISSSTE con un 8% de las mismas. Cabe destacar que el restante 6.5 % del total de las consultas externas se distribuye entre Unidades Médicas como son DDF, PEMEX, SDN, y Unidades Médicas Estatales. (Fuente: Breviario Estadístico, Sistema Nacional de Salud 1980 - 1994.

extender sus beneficios a toda la población, mediante:

- 1- La coordinación de todos los responsables de la salud.
- 2- La revisión de las formas de prestación de los servicios públicos y privados.
- 3- El uso equitativo y racionalizado de los recursos.

Para ello se plantean algunas condiciones que hemos agrupado en tres grandes rubros:

- a) Financiamiento.
- b) Reglamentación.
- c) Organización, operación y control.

a) Financiamiento. El financiamiento de los servicios deberá ser mixto, es decir, fondos públicos, seguridad social, responsabilidad privada, con participación de los seguros privados.

- ◆ Diversificación de las fuentes de financiamiento, como por ejemplo, el financiamiento de los planes de salud a través de:
 1. La administración de cuotas.
 2. Los seguros de salud.

El primero se refiere a las aportaciones de trabajadores y patrones que mediante convenios de reversión de cuotas utilizan algunas empresas para otorgar directamente los servicios de salud de sus empleados.

La segunda mediante la afiliación de la población abierta a los seguros de salud a través del pago de una prima que cubra como mínimo un paquete de servicios básico, o uno mayor en función de la prima pagada.

b) Reglamentación. El Estado debe establecer las reglas de la reforma nacional de salud, remover barreras y restricciones para garantizar acceso equitativo y efectivo de servicios apropiados para toda la población.

- ◆ Regulación de un sistema único de salud por parte del Estado.
- ◆ Extensión de los programas de reversión de cuotas a la población que cotiza para cualquiera de los Institutos.

-
- ◆ Inscripción a los seguros de salud de toda la población abierta, con capacidad de cotizar y sin relación laboral estable.
 - ◆ Libre selección del usuario para afiliarse al instituto o Administradora que más se apegue a sus intereses.
 - ◆ Selección libre de prestador de servicios, e incorporación de médicos de cabecera.
 - ◆ Asignación de recursos a los institutos y Administradoras en función de la población afiliada.
 - ◆ Caudales e incentivos que garanticen el desarrollo de Infraestructura médica hospitalaria en lugares en que por razones mercantiles, no la hay o es insuficiente, con la finalidad de lograr el objetivo de cubrir al total de la población. (Indígenas, campesinos, niños de la calle, etc.)
 - ◆ Incorporación del comercio informal a los programas de salud.
 - ◆ Definición de un plan básico para toda la población y planes complementarios que cubran las necesidades de los afiliados.
 - ◆ Establecer programas urgentes y mecanismos de financiamiento para la población más necesitada, lo cual debe reflejarse en la asignación de recursos.

La ley establece que para los casos en que se otorga la reversión de cuotas, ésta será únicamente sobre las aportaciones de trabajadores y patrones; el uso de la aportación del gobierno no está claramente definida, por lo que a manera de sugerencia podría ser usada para subsidiar el seguro de salud de los más necesitados; debemos de tomar en cuenta que si el programa de reversión se generaliza, los recursos de que dispondría el gobierno se incrementarían con la extensión de los programas de reversión.

- ◆ Creación de fondos o reservas para la atención de riesgos catastróficos contratados a través de aseguradoras.
- ◆ Reglamentación del uso de dividendos por baja siniestralidad para los sistemas de administración de Cuotas.
- ◆ Adecuada aplicación de recursos para obtener más altos beneficios a través de la definición de los porcentajes en la asignación de recursos para garantizar el crecimiento íntegro del sistema, cubriendo aspectos como:

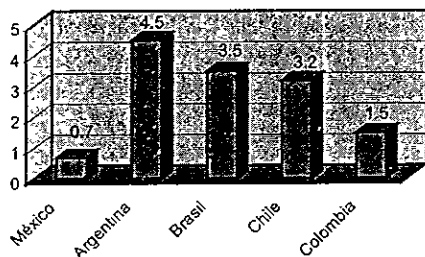
- ⌘ Promoción
- ⌘ Administración
- ⌘ Prevención
- ⌘ Investigación
- ⌘ Infraestructura
- ⌘ Atención de enfermedades, padecimientos y rehabilitación

Debemos hacer que el gasto público se asigne de modo más conveniente y eficiente; si tomamos en cuenta como indicador el gasto público per cápita en salud en México, en función a países como Argentina, Brasil, Chile y Colombia, y lo comparamos con el número de camas censables por cada 1000 habitantes como indicador de los servicios de salud directos disponibles, podemos observar que no guarda proporción alguna, aquí la pregunta sería ¿cómo se gastan los recursos asignados a la salud en México? Éste no es punto de la investigación, sin embargo es un aspecto importante a considerar como parte de la reforma del sector.

Camas censables por cada 1000 habitantes

México (.7) Argentina (4.5) Brasil (3.5)
 Chile (3.2) Colombia (1.5)

Camas Censables por cada 1000 habitantes

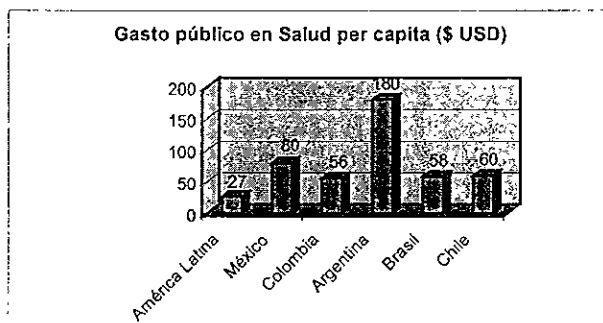


Gráfica IV.2 Camas censables por cada 1000 habitantes⁴³.

⁴³ Fuente: Observatorio de la salud, FUNSALUD 1997 (datos correspondientes al año de 1990).

Gasto público en salud per cápita

México (80 \$ USD) Brasil (58 \$ USD)
Colombia (56 \$ USD) Chile (60 \$ USD)
Argentina (180 \$ USD)



Gráfica IV.3 Gasto público en salud per capita.⁴⁴

- ◆ Incentivos para que las empresas cuiden la salud de sus empleados como elemento fundamental para elevar la capacidad competitiva, encauzando la responsabilidad social de las empresas en acciones concretas. Elementos para que las empresas protejan, promuevan y restablezcan la salud de sus empleados.

La aplicación de esta cultura de la responsabilidad no es automática, ni fácil, requiere de la participación responsable, en lo que a cada uno atañe, tanto de las autoridades como de empleadores, prestadores de servicios y de la misma población.

- ◆ Reglamentar quiénes pueden operar una Administradora y qué requisitos deberán reunir.
 - ✧ Labor social, misión y valores.
 - ✧ Estructura operativa.
 - ✧ Recursos humanos, financieros e infraestructura.
- ◆ Especificar las condiciones bajo las cuales se puede otorgar la reversión de cuotas.

⁴⁴ Véase en bibliografía [27], página 37.

-
- ◆ Definir para la administración de Planes Integrales de Salud:
 - ⊗ Usuarios potenciales (características).
 - ⊗ Servicios a otorgar y condiciones.
 - ⊗ Condiciones de contratación de prestadores de servicio (médicos, hospitales, laboratorios, gabinetes, etc.).
 - ⊗ Costo de los servicios.
 - ⊗ Reglas para estimular la competitividad entre los diferentes esquemas a través de incentivos que garanticen la eficiencia y efectividad con que se administren y otorguen los servicios a la población.
 - ⊗ Planificación de los recursos humanos como son los profesionales de la salud en función de la demanda de servicios. Exceso de médicos generales, odontólogos, etc. además de problemas gerenciales atraería desempleo o subempleo.
 - ⊗ Incentivos y candados para asegurar que los asegurados no hagan uso excesivo del sistema y que los médicos y demás prestadores se beneficien al ampliar la cobertura y calidad, pero sin generar costos demasiado altos.

El lograr las condiciones propuestas como parte de la reforma del sector salud traería entre otros beneficios:

- ◆ Mayor bienestar social al lograr que la población cuente con más y mejores servicios médicos.
- ◆ Un sistema más eficiente de salud, con menores costos.
- ◆ Una estructura adecuada de contribuciones emparejada a servicios médicos que la población valore.

c) Organización, operación y control. El Estado deberá establecer los alcances dentro del conjunto de servicios, para que sin que se desvirtúe el esquema, contribuya realmente a lograr soluciones sin incidir negativamente en la organización, replanteando los modelos de atención, tanto en los estratos iniciales de la prestación de los servicios, como en la atención hospitalaria especializada.

-
- ◆ Órgano encargado de normar y vigilar la operación.
 - ◆ Operación de las organizaciones que administren Planes Integrales de la Salud.
 - ◆ Organización por funciones y no por estratos sociales.
 - ◆ Mecanismos de control y estandarización de la información mínima requerida para vigilar la operación y garantizar la calidad del servicio.
 - ◆ Dentro de los mismos planteamientos deberá formular normas o pautas que orienten y controlen tanto la demanda como la oferta de servicios, para estimular y orientar su desarrollo, incluyendo la incorporación en materia de los seguros y planes privados.

Para llevar a cabo la reforma en salud, debemos tomar en cuenta las enormes desigualdades sociales, expresadas en los niveles de ingreso, condiciones de trabajo y vida, en los valores éticos, morales y socioculturales, Por lo que se requerirá de diferentes formas de abordar la problemática en función de los niveles de rezago y características propias de cada entidad del país.

IV.4.6. ¿Por qué considero que las Administradoras de Servicios Integrales de Salud son parte importante del SNS?

Las Administradoras de Servicios Integrales de Salud son empresas privadas que actualmente están buscando parte de su mercado dentro de la seguridad social aprovechando la facilidad que da el IMSS a través de sus convenios de reversión de cuotas. EL gasto privado en salud representa el 1.8% del PIB comparado con el gasto público que es del 2.2%, es decir el primero representa 45% del PIB asignado a la salud, de tal manera que si se logra canalizar adecuadamente los recursos públicos y privados a través de reglas claras y equilibradas, estaremos beneficiando directamente a la población.

IV.5 Factores de éxito en la administración del proyecto

*Modulación, coordinación, financiamiento, regulación, y articulación, factores que ayudarían al gobierno a impulsar con éxito la reforma de salud a través de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud*⁴⁵.

Llamo factores de éxito a estos preceptos, ya que si el gobierno pone especial cuidado en ellos, podremos contar con un sistema de salud rentable, sustentable y justo.

Modulación

Mediante la implementación de Administradoras de Servicios Integrales de Salud, el gobierno enfocaría su atención en la modulación; la modulación es una función importante que debe diferenciarse del financiamiento y la prestación de servicios, de forma que se eviten conflictos de intereses y se asegure transparencia en el gran número de transacciones que tienen lugar en los sistemas de salud modernos. La modulación debe estar a cargo de instancias neutrales, que se encuentren por encima de cualquier interés particular.

Dentro de la labor de modulación que debe ejercer el gobierno, se deben incluir los siguientes elementos:

- ◆ Formulación de políticas
- ◆ Planeación estratégica
- ◆ Establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, incluyendo el proceso de obtención de consensos en torno a estas prioridades.
- ◆ Promoción de campañas de salud que influyan en los factores sociales, económicos, ambientales y culturales.
- ◆ Desarrollo de criterios y estándares para evaluar el desempeño de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud, prestadores e institucionales de servicios e instancias financieras.

45 Julio Frenk, al hablar de un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina se refiere a la modulación y a la articulación como función descuidada y función innovadora respectivamente, véase página 136 y 142 en bibliografía [27].

-
- ◆ Fortalecimiento de los sistemas de salud, a través del fomento de inversiones en infraestructura física, recursos humanos, investigación científica, desarrollo tecnológico y sistemas de información.

Es necesario modular la operación de los mercados de seguros y servicios, establecer entidades Administradoras bajo reglas que les permitan competir a fin de que la libertad de elección sea una realidad para toda la población.

Coordinación

Otra función importante que necesariamente debe recaer en manos del gobierno, es la coordinación; mediante esta función se regula la acción, crecimiento, orientación y desarrollo de los sistemas de salud; por ejemplo, se definen estándares con la finalidad de limitar el número de prestadores que proporcionan tecnologías complejas y costosas de tercer nivel, el número de médicos necesarios en un área geográfica, en función de las necesidades y tamaño de su población; en general, la coordinación es necesaria entre áreas geográficas, niveles de gobierno y organizaciones públicas y privadas.

Es necesario que la autoridad, como coordinadora del sistema de salud convoque a todos los que participan en el sector salud, para la consecución de objetivos comunes.

- ◆ Lo anterior no significa que la coordinación deba de imponerse de manera autoritaria.
- ◆ La coordinación es una tarea de diseño estratégico que confiere transparencia y consistencia al modelo de salud propuesto.

Financiamiento (Diseño financiero)

Para incrementar la cobertura y la calidad de los servicios, los sistemas de salud deben otorgar importancia al equilibrio que guarde la asignación de recursos y la disminución de costos.

Como parte del diseño financiero se requiere:

- ◆ Estructura de incentivos en los sistemas de salud, a fin de garantizar su crecimiento homogéneo (uso de fondos públicos en los servicios destinados a la población de bajos recursos).

-
- ◆ Captación de pagos y posibles ajustes por baja siniestralidad o mejoras en sus factores de riesgo.
 - ◆ Fórmulas para la asignación de recursos entre áreas geográficas o unidades territoriales; a través de un diseño adecuado, se puede asegurar que los recursos se apliquen de manera conveniente, garantizando que la inversión en salud produzca los mejores rendimientos, a través del mayor costo beneficio posible.
 - ◆ Uso adecuado de impuestos y subsidios.

Regulación

La meta final de la regulación debe ser la creación de condiciones estructurales para mejorar la calidad de los servicios de salud.

- ◆ Licenciamiento y certificación de prestadores privados y acreditación de prestadores institucionales para que cumplan con estándares de calidad en los servicios que proporcionan.
- ◆ Reglas para el establecimiento de reservas de previsión, fondos de aseguramiento, uso de dividendos por baja siniestralidad, correcta administración y mecanismos de financiamiento.
- ◆ Acreditación de instituciones educativas.
- ◆ Evaluación tecnológica y definición de estándares por región para la utilización de equipo y aparatos.
- ◆ Reglas y planes para la inversión de capitales.

Articulación

Este factor está íntimamente ligado al proceso de financiamiento y a la prestación de servicios; pueden formar parte de las actividades que realicen las Administradoras, de forma que se garantice una actuación confiable frente a los consumidores.

1. Primero se debe considerar la captación de recursos para el financiamiento de los servicios. (la articulación actúa como mediadora entre las agencias de financiamiento y los prestadores de servicios, mediante la canalización selectiva de recursos de las primeras a los segundos).
 - ⊗ Formación de fondos y reservas para la atención de la salud.

-
- ⊗ La población organizada en hogares y empresas, representa la fuente principal de financiamiento: aportaciones a la seguridad social, impuestos, contribuciones especiales y primas de seguro.
 - ⊗ Una vez reunidos los recursos en las agencias financieras que bien pudieran ser las Administradoras; es necesario articular el servicio que demanda la población con los prestadores de servicios y por otro lado, entre las agencias Administradoras y los prestadores mismos.
2. La articulación entre población y prestadores incluye por lo menos tres importantes actividades: la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación.
 - a) La administración de riesgos se lleva a cabo afiliando poblaciones de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores en forma semejante a como lo hacen las compañías aseguradoras, puede ser articulada por las ASIS recibiendo un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de servicios.
 - b) La articulación debe ir más allá de la labor tradicional de aseguramiento, abarca también la administración del acceso. Ésta función conjunta varios aspectos, desde la interacción entre poblaciones y prestadores, incluyendo procedimientos para el alta y baja de clientes en los sistemas de salud, hasta el conjunto de contingencias que deben ser cubiertas (definición de planes y coberturas que integren paquetes de servicios médicos y la estructuración de las opciones disponibles para los usuarios, mediante la organización de redes integrales de proveedores).
 3. Por último, la función articuladora de las Administradoras, debe actuar como representante de los intereses del consumidor, informado y operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre.

Estas tres funciones concilian la demanda de los consumidores con la capacidad especializada y compleja de los prestadores, a fin de *optimizar el costo beneficio en el uso de recursos, y la calidad en la prestación de servicios para lograr la satisfacción del usuario.*

CONCLUSIONES

Como conclusión del estudio se presenta lo siguiente:

Considerando la definición de seguridad social expresada en el inciso II.3.1. de este trabajo y basada en los artículos primero, segundo y doceavo de la Nueva Ley del Seguro Social, y bajo nuestro particular punto de vista, el concepto universal de seguridad social no se aplica adecuadamente en nuestro país y quizá en ningún país del mundo, cuando que su misión consiste en cubrir los riesgos de la población en general, mientras que en México está encaminado a proteger únicamente a trabajadores o individuos sujetos a una relación laboral.

i) Justificación de la Reforma

¿Por qué se requiere reformar el sector Salud en México?

Las condiciones epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas, tecnológicas y culturales han cambiado aceleradamente en la última mitad del siglo, sin que esto implique que también lo hayan hecho las instituciones de salud del país, las cuales básicamente permanecen igual desde su nacimiento por alrededor de los años cuarenta.

La estructura organizacional del sistema de salud en México, dio respuesta, en sus inicios, a las condiciones y necesidades prevalecientes de la época, sin embargo hoy en día no son suficientes en función del acelerado ritmo de transformación, característico de la segunda mitad de este siglo, y el surgimiento de nuevas necesidades; los cambios experimentados durante este periodo, equivalen a los que países desarrollados lograron a lo largo de siglos.

El ritmo de esta modernización social no ha sido equilibrado para los diferentes grupos que la conforman, influenciado tal vez, por políticas y asignación de recursos mal aplicados que ha agudizado la desigualdad entre los mismos.

La combinación de rápidas transformaciones heterogéneas para los diferentes grupos que conforman nuestra sociedad, con la aplicación

de políticas que no favorecieron integralmente a la sociedad, aunada a la corrupción infiltrada en todos los niveles de gobierno, han provocado problemas en salud característicos de las sociedades desarrolladas, sin que se hayan logrado resolver por completo los problemas arrastrados por generaciones, asociados con las sociedades más pobres.

México está considerado como un país de crecimiento medio en el que se aprecian padecimientos característicos de países en vías de desarrollo⁴⁶ como: Infecciones gástricas, desnutrición, padecimientos de la salud reproductora; Y por otro lado enfermedades propias de las naciones desarrolladas: Lesiones por accidentes y violencia, diabetes, cardioplastías, enfermedades vasculares, Afectando de manera diferente a los diversos estratos sociales.

Dentro de las características epidemiológicas y demográficas se puede observar en nuestro país:

- ◆ Incrementos en la esperanza de vida
- ◆ Descensos en las tasas de fecundidad (debilitamiento de las redes sociales de apoyo para la población envejecida.
- ◆ Mejoras en las tasas de mortalidad infantil.

Pasado y presente se entrelazan y condicionan un futuro de retos e incertidumbre. Retos por que cada problema debe enfrentarse en forma particular, y de la mejor manera, e incertidumbre, porque de no hacerse o hacerse mal implicará dentro de unos años problemas serios que podrían salirse del control del estado.

Es precisamente en torno de esta problemática que nos toca proponer un nuevo ordenamiento, tendiente a eliminar el rezago en salud que hoy es inminente y que mañana posiblemente sea incontrolable.

Dentro de este ordenamiento posiblemente lo más significativo es:

- ◆ El derecho general a los servicios de salud (para toda la población) en función de la problemática de cada sector y/o área geográfica.
- ◆ Programas de salud y prestación de servicios ágiles tendientes a mejorar la calidad del servicio.
- ◆ Perspectivas de financiamiento.

46 Estudio Observatorio de la salud, FUNSALUD, México.

Como pudimos observar, la reforma de la seguridad social a pesar de tantos años no ha terminado, la dinámica actual de vida exige cambios y renovación permanente, representando oportunidades interesantes para todos los promotores del cambio.

Es importante para lograr la reforma del sistema de salud en México como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, la participación de todos los sectores de la población incluyendo al gobierno y la iniciativa privada, sin perder como base y ante todo el crecimiento y desarrollo de la población, para que, como consecuencia, crezca el país y con él la necesaria rentabilidad de las inversiones y los inversionistas.

No ponemos en duda la capacidad del empresario para promover proyectos, trazar y seguir objetivos y mucho menos su destreza para luchar por ellos; pero todo es bueno si existe el motor que transforma y realiza, me refiero al propio trabajador; y éste estará en condiciones de producir sólo si su salud es buena; por ello debemos cuidar y promover con especial interés la salud de la población en general.

Nuestra labor será participar en la transformación y perfeccionamiento del sistema de salud, que si bien ha tenido avances, también presenta graves deficiencias; enfocando nuestros esfuerzos para lograr:

- ◆ Eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
- ◆ Atención ágil y oportuna.
- ◆ Un sistema de salud más equitativo

Los seguros sociales existen a condición de que las cargas inherentes al riesgo sean repartidas proporcionalmente entre el Estado, la industria y los interesados, los seguros de gastos médicos totales a través de los programas de reversión de cuotas buscan otorgar servicios acordes a los intereses de los trabajadores y sus familias, combinando el servicio y respaldo que buscan en el seguro privado y cumpliendo la premisa de cubrir el riesgo sin el soporte exclusivo del asegurado.

Mediante este modelo de administración podemos observar una combinación entre los elementos del seguro mercantil y la idea de asistencia pública, ambas fortalecen la seguridad social como derecho del ser humano; para lograr el desarrollo esperado de la salud en México, no debemos dejar de reconocer la labor que llevan a cabo organizaciones privadas, por el contrario integrarlas a la organización de nuestro sistema nacional de salud.

Este modelo y su administración no intenta sustituir al seguro social, cuyos beneficios son innegables en poco más de 50 años de su existencia, sino complementar, fortalecer y provocar la competitividad y como consecuencia el mejoramiento de los servicios de salud, beneficiando por una parte al trabajador, quien no debe de pagar dos veces un mismo servicio para que éste se ajuste a las necesidades y exigencias que demanda.

Por varias décadas, la sociedad ha realizado enormes sacrificios, sin que hayan sido suficientes para la reactivación de la economía, ni para la superación de sus principales problemas. Debemos tomar acciones para corregirlos, sin que ello implique mayores sacrificios y restricciones, sino un aliciente a los programas sociales y de salud.

La estrategia necesaria para enfrentar tal situación debe estar encaminada primeramente a la generación de empleos y mejoramiento de los ingresos familiares, paralelamente a la decidida intervención del Estado para normar, distribuir y transferir recursos de manera más equitativa.

En esencia las posibilidades de cambio en las situaciones observadas dependen en gran medida de los modelos de atención, por lo tanto depende de los ajustes y orientaciones de los sistemas de salud que el gobierno implemente, y de las modalidades de organización en la entrega de servicios.

Hasta el momento la instauración de esquemas de seguros de salud y organizaciones privadas similares a las de Estados Unidos continuarán influenciando y participando en la conformación institucional y financiera de los sistemas de salud, por lo que regular su situación, será básico para conjuntar esfuerzos.

La realización de este trabajo es en principio susceptible de ser logrado sin necesidad de modificar el marco legal existente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, pero como reforma del sistema de salud, podríamos abarcar dos etapas:

- 1^a **Etapa:** En esta etapa se iniciaría una ardua labor para optimizar los procedimientos y la calidad en la prestación de los servicios del Instituto, con miras a enfrentar la competencia abierta.
- ◆ Generalización de los programas de reversión de cuotas por parte del IMSS

-
- ◆ Definición y reglamentación de la operación de Administradoras de Servicios Integrales de Salud, como se describe en el cuerpo de la tesis.
 - ◆ Preparación de planes esenciales de servicios de salud
 - ◆ Creación de redes de prestadores

2ª Etapa:

- ◆ Liberación de usuarios afiliados a cada instituto de seguridad social, con el objeto de permitir su afiliación a la Administradora que más le convenga (libre elegibilidad)
- ◆ Posibilidad de que cada instituto de seguridad social que cuente con la acreditación de la autoridad que señale el gobierno para regir el Sistema Nacional de Salud, participe como Administradora de Servicios Integrales de Salud, con sus respectivas redes de prestadores (para el caso de los institutos, estarían facultados para formar redes internas de prestadores de servicios, por contar con la infraestructura requerida)
- ◆ Implementación de programas encaminados para que el total de la población tenga acceso a los paquetes esenciales de servicios de salud, dirigidos a población rural o marginada, mediante convenios pactados con las administradoras y gobierno e incentivos que permitan su financiamiento.

Fundamentalmente podemos decir que las ASIS representan una modalidad, que vincula a los usuarios con el financiamiento global, al tiempo que organiza redes integrales de proveedores de servicios.

Las ASIS pueden rebasar la función clásica del aseguramiento y desempeñar un papel más activo⁴⁷. Su nuevo rol las situaría como compradoras activas, representando los intereses de los usuarios de los servicios médicos, en lugar de ser pagadores pasivos, como las compañías tradicionales de seguros.

Al mismo tiempo, las ASIS orientan a los consumidores, de forma que puedan ejercer su libertad de elección con conocimiento de causa y

⁴⁷ Los seguros privados o mercantiles han beneficiado a una pequeña parte de la población, tan sólo en gastos médicos se estima un 2% según cifras reveladas por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), cifra por demás desalentadora.

en búsqueda de continuidad y calidad de la atención.

En América Latina existe una presencia creciente de organizaciones que se comportan como administradoras⁴⁸, se estima que este tipo de organizaciones atienden actualmente, a más de 60 millones de latinoamericanos, el desempeño de estas organizaciones varía mucho, algunas de funcionan como aseguradoras tradicionales, otras se acercan al concepto de una administradora, pero su desempeño es mediocre cuando la competencia no está regulada o es nula.

Estructurando la competencia se garantiza una gran mejoría en el desempeño de los sistemas de salud.

Con excepción de la reciente reforma en Colombia, enfocada a un desarrollo integral, y de los interesantes esfuerzos en Argentina y Brasil, la mayor parte de las acciones tomadas en América Latina, se han limitado a grupos particulares de la población, especialmente a las clases medias urbanas, con ello se mantiene una política de segmentación de los sistemas de salud, que hemos visto no han dado los resultados esperados.

Las condiciones actuales de salud en América Latina y las tendencias que empiezan a definir su futuro plantean la necesidad de reformar integralmente los sistemas de salud en la región, en este esfuerzo es importante mantener los elementos que han promovido progreso en la última mitad de siglo e identificar y superar los obstáculos que se contraponen.

De esta forma los sistemas de salud en América Latina y México podrán superar y eliminar la carga de problemas acumulados y, al mismo tiempo, hacer frente a las condiciones emergentes.

Los modelos actuales no han resuelto los problemas de equidad, calidad y eficiencia. Por tanto, proponemos un nuevo ordenamiento de atención a la salud.

El trabajo propone una alternativa específica para mejorar nuestro sistema de salud, después de haber analizado las condiciones prevalecientes en México, Colombia y en general en América Latina.

48 Entre ellas se cuentan las empresas promotoras de salud (EPS) en Colombia, las instituciones de atención médica colectiva (IAMC) en Uruguay, las obras Sociales en Argentina, algunas de las prepagadas en Brasil, Las Iguales en la República Dominicana, varias de las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, y las organizaciones propuestas para la protección de la salud (PROSALUD) en México. Véase en bibliografía Salud, Presente y Futuro [27], página 145.

La modulación se convierte en la responsabilidad pública principal, centrada en el desarrollo de reglas de operación justas, para ello se hace necesario separar el financiamiento de la prestación, con el fin de evitar conflictos de intereses para quienes trabajan en el sector salud.

Se hace una distinción entre comprar y producir servicios, misma que abre la oportunidad a organizaciones nuevas que se dediquen a la articulación y prestación de servicios de salud.

El financiamiento debe adaptarse a las nuevas condiciones económicas, sociales y políticas del país, y ocupar una parte importante dentro del modelo de salud propuesto, dentro de la seguridad social nacional.

Mediante las organizaciones propuestas bajo el nombre de Administradoras, encargadas de la articulación de servicios, se ofrece la oportunidad para mejorar la calidad en la prestación de servicios médicos mediante los incentivos correctos.

Esta propuesta busca resultados, mediante el consenso y la sensibilización de la población, alejándose de conflictos de intereses y proponiendo acciones relativamente fáciles en su primera etapa, para que, prestadores, usuarios y todas las partes que trabajan para la salud en México, se beneficien de ella.

Las ASIS podrían llegar a desarrollar modelos de operación que combinen el aseguramiento tradicional, con la participación directa del mercado de servicios de salud.

Debemos aprender de los resultados obtenidos en otras partes del mundo, sin perder de vista a los países latinoamericanos, incorporar las experiencias y tomar decisiones fundamentadas y planeadas con cautela para poder desarrollar el modelo de salud que se adapte a nuestras necesidades sociales, económicas y políticas; no debemos limitarnos a copiar modelos europeos, canadienses o americanos⁴⁹, como ha ocurrido con frecuencia, los cuales han probado tener éxito en función de las circunstancias propias de cada uno, lo importante es adaptar las estrategias de estos modelos de salud, incorporando los elementos positivos a la situación particular de nuestro país y desechando o corrigiendo sus deficiencias.

49 Contratos Públicos en Europa, Autonomía de Proveedores en Canadienses o la Competencia Gerenciada en EU.

De cualquier forma debemos tener en cuenta en la búsqueda de soluciones para conformar nuestro sistema de salud:

1. No podemos posponer las soluciones a los problemas en espera de que las fuerzas políticas, económicas y sociales se alineen.
2. De no tomar acciones integrales que involucren gobierno, participación pública y privada, para la solución conjunta de los problemas de salud, se daría pie a que la salud se convierta en una bomba de tiempo de magnitudes incontrolables que van de la mano con otros factores como: el desempleo, subempleo (comercio informal), inseguridad, contaminación, y para englobar todo en una sola frase: la estabilidad social de nuestro país.
3. El fortalecimiento institucional es condición indispensable para lograr una efectiva división de funciones en el sistema de salud.
4. Se requieren cambios fundamentales en la configuración y operación de las instituciones de salud (la descentralización sin planeación multiplicaría simplemente las estructuras burocráticas y deficiencias operativas).
5. El desarrollo e implementación dirigida de Administradoras de Servicios Integrales de salud, surge como estrategia interesante para trabajar la reforma del sistema de salud.

Para tener éxito con la reforma del sector salud, necesitamos el consenso y la participación de la sociedad mexicana, tener muy claro lo que deseamos en materia de salud a corto, mediano y largo plazo, también debemos considerar que la reforma es parte de procesos políticos y económicos, por tanto no debe aislarse, sino por el contrario, fusionarse, ya que depende en gran medida del factor económico y social, si fracasa uno, lo más seguro es que fracase también el modelo de salud; para ello, las empresas de salud deben mostrar dinamismo y capacidad de adaptación para desafiar el entorno actual, con la finalidad de que prestadores de servicio, empresas, gobierno y población se beneficien.

Tampoco podemos decir que todo es negro, debemos reconocer en su contexto, los aciertos alcanzados en salud, sin embargo debemos ser críticos y metódicos para resaltar también debilidades, con la finalidad de asumir compromisos que requieren respuesta del Sistema Nacional de Salud, como son los contrastes que debemos superar, la deficiente calidad de los servicios y una atención ágil y oportuna.

ii) Influencia del sector salud en la economía del país.

El sistema nacional de salud es importante en general no sólo porque tener una población sana implica mayor rendimiento y productividad, sino porque proporciona directamente alrededor de 700 mil empleos con una derrama que sobrepasa los 50 millones de dólares anuales y que representa entre el 5 y 6% del PIB⁵⁰.

Esta inversión en salud tiene efectos directos sobre la economía al cuidar del capital humano, con ello el aumento de la productividad, fortaleciendo la competitividad y propiciando igualdad de oportunidades, es por ello que nuestro interés va más allá de las mejoras a los servicios de salud que se pueden proporcionar a un segmento determinado de la población, o a la distribución que pudiera otorgar pequeñas empresas dentro de complejo médico industrial, como prestadores directos de servicios, o al gobierno, sino a todos los eslabones que conforman el sector salud, privados o no, y enfocados a satisfacer no sólo las necesidades de aquellos que tienen la capacidad de cotizar, sino también de los desprotegidos.

La reestructuración del sistema nacional de salud traerá entre otros beneficios:

- ◆ Creación y conservación de importantes fuentes de empleo
- ◆ Salud para la población y con ello bienestar social y capacidad de trabajo
- ◆ Calidad en los servicios de salud a través de una sana competencia.
- ◆ Ahorro en el gasto social mediante la prevención y gasto adecuado de los recursos destinados a la salud. Ahorro a través de reservas constituidas para hacer frente a los compromisos de salud de la población.

iii) Retos y condiciones de frente al nuevo milenio

Los cambios demográficos tan importantes que vive el país requieren decisiones y acciones rápidas en el sector salud, ya que en un futuro no muy distante, habrá una mayor demanda de servicios médicos debido entre otros factores a:

⁵⁰ El empleo que generan los servicios de salud representan el noveno rublo dentro de 73 ramas consideradas según FUNSALUD, véase página 26 en bibliografía [27].

-
- ◆ La esperanza de vida ha aumentado implicando con ello el incremento de personas adultas que requieren de los servicios de salud
 - ◆ Los sistemas de pensiones dejaron de presentar flujos superavitarios que impiden el financiamiento cruzado de los servicios médicos y los subsidios como ocurrió en años anteriores.

Es necesario promover la afiliación y el recaudo, así como cuidar que los recursos que se capten, se distribuyan de la mejor manera posible, evitando excesos y desperdicios, parte de estos recursos se canalizarán a la autoridad que se designe para regular el Sistema Nacional de salud para utilizarlos entre otras cosas para promover la Investigación⁵¹.

El seguro social es en esencia un seguro privado obligatorio, pero el concepto de seguridad que persiguen los seguros sociales, abarca además de su obligatoriedad, la responsabilidad colectiva, compartida por todos los miembros de la comunidad para combatir la enfermedad y todos los estados de necesidad de la colectividad, considerando que no hacerlo representa más que un riesgo, una carga social.

Se requiere acelerar el proceso de la reforma del sector salud en México, contemplando básicamente:

- ◆ La estructuración de un modelo de salud equilibrado y justo, coordinado y dirigido por una sola entidad rectora, que integre cada uno de los subsistemas de salud a nivel nacional, llámense IMSS, PEMEX, ISSSTE, SSA, DIF, etc.
- ◆ La regulación del sistema de salud a cargo del gobierno y la delegación de sus funciones como prestadora de servicios.
- ◆ La participación de la iniciativa privada dentro del mercado de la atención de la salud, para que conjuntamente con los esfuerzos de la participación pública, se mejore la calidad de los servicios y se extiendan sus beneficios a toda la población en forma justa.
- ◆ Organizar los servicios de salud por funciones y no por grupos sociales a fin de evitar duplicidad y desperdicio de recursos.

⁵¹ La autoridad que regule el Sistema Nacional de Salud puede financiar sus actividades con un porcentaje (regalía), a que se obligan a aportar las Administradoras por cada persona afiliada, este fondo servirá entre otras cosas para lanzar campañas de salud y promover la investigación (estilo franquicia).

-
- ◆ Reglamentar la afiliación al instituto de seguridad de la preferencia del usuario y permitir la afiliación de aquellos usuarios que no pertenecen al sector formal de la economía o que no cuentan con una relación laboral estable y que sin embargo tienen capacidad de cotizar.
 - ◆ Establecer las reglas para integrar un fondo de contingencia con participación del estado para proporcionar la atención médica básica a la población sin recursos, en cualquiera de los institutos de salud, sin menoscabo de su condición social.
 - ◆ La libre elección de la entidad (instituto de salud), que administrará la salud de cada usuario, y junto con ella la selección libre de prestadores de servicios.
 - ◆ La definición de paquetes básicos de servicios en función de las necesidades de cada zona geográfica (rural o urbana) y adicionalmente la estructuración de paquetes complementarios para cubrir las expectativas muy particulares de los usuarios del servicio por región.
 - ◆ La diversificación de las fuentes de financiamiento
 - ◆ La adecuada aplicación de los recursos para optimizar los beneficios en la salud de la población
 - ◆ Promover en las empresas la importancia de la salud de los trabajadores como elemento fundamental para elevar su capacidad competitiva y disminuir la incidencia en la siniestralidad.

En resumen, las Administradoras de Servicios Integrales de Salud podrán jugar un papel importante en la reforma del sistema de salud en México, a través de extender los programas de reversión de cuotas en el IMSS, coadyuvando a proporcionar servicios de calidad, con oportunidad y a precios adecuados, con la finalidad de hacerlo más equitativo.

Mediante este cambio de estafeta, las Administradoras de Servicios Integrales de Salud tomarían roles que actualmente y de manera única desempeña el Estado:

- ◆ Las funciones del Estado se limitan con la finalidad de que la prestación directa de los servicios de salud no debilite las acciones dirigidas a normar, vigilar y controlar la producción de los bienes y servicios.

-
- ◆ El gobierno canaliza su energía al cuidado del interés público, proponiendo direcciones estratégicas, proporcionando una seguridad integral, movilizándolo recursos, estableciendo normas, canalizando la actividad privada, confiriendo transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor, evaluando desempeños y asegurando justicia.

Por supuesto, que el gobierno retiene la responsabilidad directa del financiamiento y la dirección de aquellos servicios de salud que están caracterizados como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica y el cuidado ambiental.

Para lograr la sana operación de las Administradoras de Servicios Integrales de Salud, será entonces necesario:

- ◆ Hacer extensivos los programas de reversión de cuotas bajo lineamientos más claros.
- ◆ Definir los requisitos y características de las empresas que podrían fungir como Administradoras de Servicios Integrales de Salud, estableciendo entre otras cosas los recursos mínimos con los que debe contar para poder otorgar un servicio decoroso.
 - ⊗ Obligaciones.
 - ⊗ Nivel de atención básico para la población en general, y de ahí en adelante, el establecimiento de planes en función de la oferta y la demanda de los servicios.
 - ⊗ Reglas y requisitos para que los prestadores de servicio se integren como redes de prestadores y que al igual que las administradoras cuenten con los recursos materiales, morales y humanos necesarios para la prestación de un buen servicio.

Para finalizar, queremos manifestar que la propuesta, con las modificaciones que de ella surgieran, y con el apoyo del gremio de actuarios, tenemos mucho que hacer en torno a la misma, podemos contribuir de manera importante para que nuestro país sea mejor en base a lo más valioso que pudiera tener, la salud y su gente.

JUSTIFICACIÓN

La información que proviene de las instituciones de seguridad social, es escasa y poco confiable debido a que es maquillada a conveniencia para reflejar uno u otro panorama de la población.

Como se dijo en la introducción, quien tiene acceso a la información tiene poder, y es precisamente lo que cuidan las autoridades para evitar su ruina.

Por lo menos con la información obtenida nos pudimos dar una muy buena noción de la situación en que nos encontramos en cuestión de salud.

EL ACTUARIO EN LA ORGANIZACIÓN DE ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO

Para lograr todos estos cambios como anteriormente lo dije se requiere de un grupo multidisciplinario que administre, legisle, lleve a cabo auditorías, controle y evalúe el desarrollo de los programas.

El actuario con su formación matemática, su capacidad analítica, sus conocimientos demográficos y de seguros deberá ser una pieza importante de este grupo multidisciplinario, liderando entre otras actividades:

- ◆ La administración de recursos financieros, entregados a las ASIS como primas de aseguramiento o aportaciones, a cambio de asumir los riesgos asociados con la morbilidad.
- ◆ Diseño e implementación de beneficios, elaborando planes y coberturas técnicamente viables, apoyados del análisis estadístico y la probabilidad.
- ◆ Instrumentando procedimientos y sistemas computacionales que permitan administrar integralmente el servicio.
- ◆ Monitoreo técnico de la operación, valuación mensual de reservas y análisis de la información disponible con la finalidad de obtener estadísticas que permitan detectar desviaciones y que faciliten la toma de decisiones.

El gremio de los actuarios, debe tener el compromiso social de participar activamente en la reforma del sector salud, contribuyendo a sus resultados, independientemente del modelo que se adopte, con miras a contribuir a la formación de un México mejor.

GLOSARIO

ADMINISTRADORAS DE FONDOS PARA EL RETIRO (AFORES): Son entidades financieras, privadas, públicas o sociales, encargadas de individualizar y administrar las cuotas del seguro de retiro, cesantía y vejez, y aportaciones al Infonavit, e invertir estos fondos por conducto de sociedades de inversión especializadas (SIEFORES), a cambio del cobro de comisiones que fije la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (CONSAR)

ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD (ASIS): Es el nombre con el que comienzan a conocerse las empresas que se están encargando de administrar la salud de los empleados con derecho a la reversión de cuotas que otorga el IMSS; el término empieza a difundirse en el sector salud y asegurador, pero carece de la fuerza legal como en el caso análogo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) a quien el gobierno le ha dado el carácter general y obligatorio.

ASISTENCIA MÉDICA AMBULATORIA: Son todos los servicios asistenciales que no requieren, ni generan pensión hospitalaria.

ASISTENCIA MÉDICA HOSPITALARIA: Son los servicios de asistencia médica que requieren de la infraestructura hospitalaria.

COASEGURO: Participación del asegurado en los gastos incurridos por algún accidente o enfermedad cubiertos, pagadero por evento en función a un porcentaje prefijado por la compañía de seguros, después de la aplicación del deducible; en algunos casos el porcentaje está topado sobre la suma asegurada por cada evento.

CÓDIGOS MÉDICOS: En el campo médico a nivel mundial, existen diferentes normalizaciones en los siguientes puntos:

- ◆ Códigos de enfermedades
- ◆ Códigos de enfermedades, procedimientos quirúrgicos, medicamentos y equipo médico.
- ◆ Agrupación de enfermedades por costo afín
- ◆ Codificación de observaciones clínicas y de laboratorio
- ◆ Códigos de equipo médico
- ◆ Códigos de medicamentos
- ◆ Lenguaje médico

Así como estándares médicos de transmisión de datos

- ◆ HL7
- ◆ DICOM

COMISIÓN NACIONAL DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO (CONSAR): Es un órgano desconcentrado de la SHCP, encargado de regular y supervisar las Afores, Siefores y en general a los sistemas de ahorro para el retiro. Ante este órgano de autoridad podrán presentar sus reclamaciones los trabajadores y patrones contra las Afores y los bancos, asimismo recibirá las reclamaciones respecto de las instituciones de seguros.

CONSULTA DOMICILIARIA: Es la consulta que otorga el médico en el domicilio del empleado o familiar derechohabiente.

CONSULTA EXTERNA: Es la consulta que se otorga por médicos de primer contacto, integrados por: médicos generales, ginecobstetras, pediatras, oftalmólogos y odontólogos (también de refiere al servicio de consultas médicas por tipo de especialidad).

CONTRIBUCIÓN TRIPARTITA: Régimen donde el monto relativo de las cuotas es cubierto por patrones, trabajadores y estado.

CONVENIO DE SUBROGACION DE SERVICIOS: También conocido como Convenio de Reversión de Cuotas es un contrato celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la asociación de Banqueros de México mediante el cual se otorga a las instituciones miembros de la *Asociación* domiciliadas en territorio nacional, el permiso para suministrar directamente y bajo supervisión del "Instituto" a sus empleados y familiares derechohabientes las prestaciones en especie y las prestaciones en dinero que establece el artículo 23 del *reglamento de trabajo de los empleados* de las Instituciones de crédito y organizaciones auxiliares, quedando excluidos para los efectos del convenio del régimen del seguro social.

CUOTAS: Pagos de carácter fiscal que realizan los trabajadores, patrones y estado al Instituto para el financiamiento de las prestaciones otorgadas por el IMSS.

DEDUCIBLE: Es la cantidad fija o variable pagada por el asegurado por cada evento ocurrido. El seguro cubre a partir de esta suma y hasta los límites establecidos en la póliza.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS: Se consideran dependientes económicos del asegurado principal, únicamente al cónyuge y a los hijos solteros menores de 25 años, que no reciben remuneración alguna por trabajo personal.

DERECHOHABIENTES: Son los trabajadores y dependientes con derecho a recibir los beneficios que marca la Ley, afiliados previamente por el patrón ante el IMSS.

DIVIDENDOS: El saldo que resulta de aplicar la siniestralidad a las primas pagadas menos los gastos de administración se le conoce como dividendos, los cuales son reembolsados al asegurado al final del periodo cubierto.

DOBLE SUBROGACIÓN: Es la subrogación no autorizada de servicios médicos que efectúan los bancos y empresas con derecho a la reversión acordado con el IMSS de los servicios que marca la Ley, sin consentimiento aparente del Instituto.

ENFERMEDAD: Cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura de la póliza.

GASTO MÉDICO MAYOR: Aquellos gastos que se generen como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por la póliza y que rebase el deducible estipulado.

GASTOS MÉDICOS TOTALES: Los *seguros de gastos médicos totales* son los planes diseñados para cubrir todos los gastos derivados de una enfermedad o accidente que proceda; incluyendo además en el servicio el pago de los gastos médicos no contemplados dentro de los mayores, ejemplo gripes, enfermedades leves de las vías respiratorias, etc. entendiéndose que abarcaría desde el pago de la primera consulta, medicamentos y todos los demás beneficios que otorgan los planes de seguros de GMM.

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA): Es el costo promedio de los servicios por enfermedad o padecimiento, sirve para reembolsar los gastos realizados por los asegurados y como parámetro de control que minimice el abuso que en ocasiones llega a presentarse en el sector salud.

GRUPOS DE ATENCIÓN RED SALUD: Son redes de prestadores de servicios médicos que proporcionan la atención médica en Colombia.

HMO: Son Organizaciones para el mantenimiento de la Salud que operan en los EU desde 1973, año en que fueron calificadas por el Congreso; sus siglas se traducen en Inglés como *Health maintenance Organization*. El concepto se está generalizando en otros países incluyendo México bajo esquemas de operación similares.

INCORPORACIÓN VOLUNTARIA: Ingreso al régimen obligatorio por la propia decisión de los sujetos beneficiados, caso de los trabajadores independientes y patronos personas físicas.

MÉDICOS DE CONSULTORIO DE PRIMER CONTACTO: Son los servicios básicos de salud que proporcionan los médicos generales, ginecobstetras, pediatras, oftalmólogos y odontólogos, sus funciones abarcan el diagnóstico y la prevención.

MEDICINA DE ESPECIALIDAD: Contempla todas las demás especialidades de la medicina.

MEDICINA DE PRIMER NIVEL: Integrada por medicina general, medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, odontología y oftalmología.

MEDICINA PREPAGADA: Se conoce como *medicina prepagada* los servicios médicos y hospitalarios que proporciona una empresa o compañía a grupos de personas que anticipadamente han cubierto el costo esperado de los servicios que llegarán a requerirse en un año o fracción.

NUEVO SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA: Es un seguro que cubre los gastos médicos familiares en todos lo niveles de atención y que pueden adquirir todas las personas que trabajan por su cuenta para recibir la atención médica del IMSS.

PAGO DIRECTO TOTAL: Sistema de pago en el cual la aseguradora liquida directamente a los recursos médicos con convenio, los gastos cubiertos por la póliza por los servicios prestados al asegurado, quedando únicamente a cargo del asegurado el deducible y coaseguro correspondiente, así como los gastos no amparados por la misma.

PEQUEÑA CIRUGÍA: Son las intervenciones quirúrgicas de corta estancia, que no requieren la infraestructura de un hospital para realizarlas (cirugía ambulatoria)

PERIODO DE ESPERA: Tiempo necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza de cada asegurado, a fin de que ciertos padecimientos puedan ser cubiertos por el seguro.

PLANES INTEGRALES DE SALUD: Son paquetes de servicios que contemplan la atención integral de servicios médicos que sean necesarios al momento de presentarse un accidente o enfermedad, se proporcionan a través de recursos médicos afiliados (redes de prestadores de servicios médicos), y su objetivo es preservar la salud de los empleados y sus familias.

POBLACIÓN ABIERTA: Es aquella que no tiene derecho a los servicios de salud en las Instituciones de seguridad social.

PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS: Toda persona, asociación o institución que otorga servicios médicos, de diagnóstico, curación y/o recuperación relacionados con la salud de las personas

RECURSOS MÉDICOS DE CONVENIO: Son los médicos, hospitales, farmacias, laboratorio clínicos y gabinetes que trabajan en convenio con las aseguradoras para la atención médica de los asegurados (se dan a conocer mediante un directorio simplificado, así como a través de los módulos de atención y servicio a asegurados).

RED DE PRESTADORES DE SERVICIO MÉDICOS O DE SERVICIOS DE SALUD:

Son agrupaciones de prestadores de servicios médicos, asociadas para otorgar de manera integral la atención médica requerida por clientes cautivos, disminuir costos y supervisar la calidad de los mismos; algunas veces estas redes son organizadas por las empresas mediante la elaboración de contratos de servicio, en el que se especifican condiciones especiales de calidad y costos competitivos, encaminados a otorgar la atención médica requerida, estas redes comúnmente se ubican en función de la distribución y necesidades médicas de la población.

REEMBOLSO: Pago de gastos erogados previamente por el asegurado como consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubiertos por la póliza, cuando procedan.

RÉGIMEN OBLIGATORIO: El conjunto de normas que regulan la incorporación forzosa al IMSS y prestaciones de todas las personas que presten un servicio personal subordinado a un patrón. Así también, es la obligación de cotizar para el financiamiento de los sujetos que la integran.

RÉGIMEN VOLUNTARIO: El conjunto de normas que regulan la incorporación voluntaria al IMSS de personas excluidas de su protección, como de cualesquiera otra institución equivalente de seguridad social; o bien, la contratación con el Instituto de seguros adicionales.

RENTAS VITALICIAS: El contrato por el cual la aseguradora a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta individual, se obliga a pagar periódicamente una pensión durante la vida del pensionado. (Artículo 159 nueva Ley del Seguro Social).

SALARIO BASE DE COTIZACIÓN: Es la base a la que se aplican los porcentajes de las cuotas para efectuar su pago. Se constituye con la cuota diaria y además elementos fijados en el artículo 32 de la Ley del Seguro Social.

SEGURIDAD SOCIAL: Conjunto de principios, normas e instituciones que tienden a la protección contra cualquier contingencia, de todos los miembros de la sociedad, especialmente de los sectores de escasos recursos (en México la seguridad social se encuentra segregada por grupos relativamente cerrados en los cuales la población afiliada y beneficiaria se conoce efectivamente).

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES: Pretende evitar el desequilibrio que ocasiona en la economía familiar un gasto inesperado a consecuencia de la presentación de un accidente o enfermedad cubierta en cualquiera de los miembros de la familia.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS TOTALES: Es una modalidad del seguro de gastos médicos mayores, con la salvedad de que está diseñado para cubrir todos los gastos derivados de accidente o enfermedad que proceda; este tipo de planes incluye los gastos médicos menores y el servicio médico preventivo, cubriendo desde el pago de la primera consulta.

SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA: Es el seguro que ampara las prestaciones médicas, que puede contratar con el Instituto, cualquier persona para ella y su familia, que no esté amparada por el régimen obligatorio del IMSS, a cambio de una cuota fija anual equivalente al 22.4% de un SMGDF.

SEGURO SOCIAL: Es el Instrumento principal de la seguridad social en México, cuya finalidad básica es la prevención contingencias y la protección en contra de éstas a favor de los trabajadores y sus familias, en caso de ver disminuida o extinguida su capacidad laboral.

SERVICIO DE PRIMER CONTACTO: Integrados por: médicos generales, ginecobstetras, pediatras, oftalmólogos y odontólogos.

SERVICIO DE SEGUNDO CONTACTO Y/O ESPECIALISTA: Contempla todas especialidades de la medicina no incluidas en el punto anterior; por lo general los pacientes son remitidos a éstos después de una valoración realizada por los médicos de primer contacto.

SERVICIOS MÉDICOS: Son aquellas actividades relacionadas con la salud para prevenir, curar o rehabilitar a las personas.

SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO (SAR): Fue un sistema de seguridad social que privatizó su administración financiera, al delegar en las instituciones de crédito, el manejo de las cuentas bancarias individuales que lo constituyen. Sus objetivos eran la generación de mayores volúmenes de ahorro para el financiamiento de vivienda para los trabajadores, así como mejorar su ingreso al momento de su retiro.

SOCIEDADES DE INVERSIÓN DE FONDOS PARA EL RETIRO (SIEFORES): Son intermediarios financieros que recibirán de las Afores, los recursos de la cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez para su inversión, en una variedad de valores que permitan la disminución del riesgo; estará sujeta a una gestión profesional, distribuyéndose los rendimientos de la inversión diversificada, entre las cuentas individuales de los trabajadores y en proporción al monto de sus fondos. Las Siefores tendrán derecho al cobro de comisiones, asimismo regulan lo relativo a la selección de valores en apego a la Ley de Sociedades de Inversión.

SOCIEDADES DE INVERSIÓN: Su objetivo es la adquisición de valores y documentos de acuerdo al criterio de diversificación de riesgos, con recursos provenientes de la colocación de las acciones representativas de su capital social, entre el público inversionista (artículo 3º de la Ley de Sociedades de Inversión).

SUBSIDIO: Prestación económica otorgada en los casos de incapacidad temporal y maternidad.

SUJETOS DE ASEGURAMIENTO BAJO EL RÉGIMEN OBLIGATORIO: Son las personas con derecho a los servicios que por ley estipula el régimen obligatorio del Seguro Social.

SUMA ASEGURADA: Pago máximo a cargo del aseguradora para cada enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS: Lista detallada de procedimientos que especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos. Incluye honorarios médicos por consulta, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR: Es el lugar donde el asegurado acude a recibir los servicios básicos de salud.

URGENCIA MÉDICA: Cualquier evento que ponga en peligro la vida del Asegurado y/o la viabilidad de cualquiera de sus órganos, siempre que éste sea imprevisto y que requiera de atención médica inmediata.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anuario Estadístico, México. INEGI, 1995.
2. Bezold, C., Frenk, J., McCarthy, S., Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI, perspectivas para lograr la Salud para Todos, traducción de Ma. Jiménez y Ma. Elena Campos, Institute for Alternative Futures, Fundación Mexicana para la Salud, S. Kline, B. Pharmaceuticals., 1988.
3. Breviario Estadístico, Sistema Nacional de Salud, México, 80-84.
4. Castelo, M. J., Guardiola L.A. Diccionario Mafre de Seguros, España.
5. Condiciones Generales (Planes Integrales de Salud de SCA), México [inédito]
6. Códigos Médicos a Nivel Internacional. Seguros Comercial América, México, febrero de 1998.
7. Contrato de Asistencia Médica de Diagnóstico. Colombia.
8. Contrato de Asistencia Médica Integral. Colombia.
9. Decreto 1295 de 1994. Colombia.
10. Decreto 1296 de 1994. Colombia.
11. El Seguro se fortalece para ser más seguro. (Nueva Ley del Seguro Social) Boletín Informativo IMSS.
12. El Sistema Nacional de Salud de los 90 (Estrategia de Salud, Planificación y mercado), XXI Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Genralitat Valenciana, 1992.
13. Fuenzalida, P.H.L, Cholle, C.S. 1990. El Derecho a la Salud en las Américas (Estudio Constitucional comparado), Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica No. 509.
14. Innovaciones de los Sistemas de Salud, una perspectiva Internacional, Fundación Mexicana para la Salud, Editorial Médica Panamericana, México, Enero de 1995.
15. Las Condiciones de Salud en las Américas, Volúmen I, Publicación Científica No. 54, Organización Panamericana de la

-
- Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1994.
16. Las Políticas de El Salto Social, Documentos Conpes, Tomo I, Presidencia de la República Ernesto Samper P., Departamento Nacional de Planeación, Santiago de Cali, Junio de 1995.
 17. Manual de Capacitación Técnica ProCat de Seguros Comercial América, México.
 18. Manual de Capacitación Rentas Vitalicias. 1997. Dirección de capacitación a la fuerza de ventas (Pensiones Comercial América), México, marzo de 1997.
 19. Molinaro, L., Lecciones de Técnica Actuarial.
 20. Narro, R.J., Moctezuma B.J. (Rec.) 1992. La Seguridad Social y el Estado Moderno, IMSS, Fondo de Cultura Económica, ISSSTE, México 1992.
 21. Nueva Ley del IMSS, México.
 22. Paganini, J. Ma., Capote M.R. 1990. Los Sistemas Locales de Salud (Conceptos, métodos, experiencias), Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica No. 519.
 23. Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores SCA., México.
 24. Reforma a la Seguridad Social. 1993. Bogotá.- julio de 1993.
 25. Reglamento de Trabajo de los Empleados de las Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares.
 26. Rojas, S. R. Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica, Plaza y Valdés Editores.- Segunda Edición.- México, agosto de 1997.
 27. Salud, Presente y Futuro, Cuadernos Funsalud No. 27, (Oportunidades y Retos del Binomio Empresa/Salud Fundación Mexicana para la Salud), México, noviembre de 1997.
 28. Seguro de Gastos Médicos Mayores. 1998. Guía del Usuario Línea Azul, Grupo Nacional Provincial, febrero de 1998.
 29. Valderrama, N.L. El Régimen Laboral en la Banca. Edit. Porrúa.
 30. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. 1992. (Perfil Sociodemográfico), Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). México, 1992.
-

ANEXO 1

CONVENIO DE SUBROGACION DE SERVICIOS, QUE EN LOS TERMINOS DE LAS FRACCIONES III Y IV DEL ARTICULO 65 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL REFORMADA SEGUN DECRETO DE 31 DE DICIEMBRE DE 1956 Y VIGENTE A PARTIR DEL 1o. DE MARZO DE 1957, DE LOS ARTICULOS 23, 24, 25 Y 30 DEL REGLAMENTO DE TRABAJO DE LOS EMPLEADOS DE LAS INSTITUCIONES DE CREDITO Y ORGANIZACIONES AUXILIARES DE 30 DE DICIEMBRE DE 1953, Y DEL DECRETO DE 3 DE MARZO DE 1955, CELEBRAN POR UNA PARTE LA ASOCIACION DE BANQUEROS DE MEXICO, REPRESENTADA POR SU PRESIDENTE, EL SEÑOR LICENCIADO DON AUGUSTO DOMINGUEZ Y, POR LA OTRA, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL SEÑOR LICENCIADO DON ANTONIO ORTIZ MENA. - En el curso del convenio las empresas miembros de la ASOCIACION DE BANQUEROS DE MEXICO, serán llamadas "LAS EMPRESAS", y el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, se designará por "EL INSTITUTO"; las referencias a la LEY DEL SEGURO SOCIAL se expresarán por "LA LEY", y las referencias al REGLAMENTO DE TRABAJO DE LOS EMPLEADOS DE LAS INSTITUCIONES DE CREDITO Y ORGANIZACIONES AUXILIARES, se expresarán por "EL REGLAMENTO DE TRABAJO". - LAS PARTES MENCIONADAS PACTAN LAS SIGUIENTES:

CLAU S U L A S.

PRIMERA. - "Las Empresas" miembros de la Asociación domiciliadas en cualquier lugar de la República Mexicana, suministrarán directamente a sus empleados y a sus familiares derechohabientes que señala el artículo 54 de "La Ley", las prestaciones en especie y las prestaciones en dinero que establece el artículo 23 de "El Reglamento de Trabajo".

El personal a prueba a que se refiere "El Reglamento de Trabajo", para los efectos de este convenio queda excluido del Régimen del Seguro Social.

Por este convenio las instituciones de crédito reconocen que "El Instituto" queda desligado de todas las obligaciones y responsabilidades que pudieran provenirle por el suministro de las prestaciones que está obligado a dar a sus asegurados de acuerdo con los artículos 37 fracciones I, II y VII inciso a), 51, 54, 55, 56, 58, 61 y 66.

SEGUNDA. - Cada una de "Las Empresas" retendrá sobre el importe de la cantidad que arrije la liquidación obrero-patronal bimestral correspondiente al Seguro de R.P., el 47% (cuarenta y siete por ciento). En la rama de Enfermedades Generales y Maternidad la cuota de reversión será el 83% (ochenta y tres por ciento) del importe de la cantidad que arrije la liquidación obrero-patronal bimestral correspondiente.

Para este efecto "Las Empresas" se encuentran obligadas a liquidar el importe total de sus cotizaciones mediante el pago en efectivo y la presentación del recibo correspondiente a la reversión a que tuvierenderecho según lo convenido anteriormente. Para el cálculo de dichas cotizaciones se observará lo dispuesto por el párrafo segundo del artículo veinticuatro de "El Reglamento de Trabajo".

"El Instituto" entregará a "Las Empresas" el 73% de las cuotas que en los términos del párrafo 2o. del artículo 63 de la Ley corresponde pagar a sus emplea

dos y a los beneficiarios legales de éstos, pensionados por "El Instituto", para cubrir las prestaciones que quedan a cargo de aquéllas en los términos y condiciones establecidos por el párrafo final del artículo 55 de la Ley.

TERCERA.- "El Instituto" únicamente proporcionará a los empleados de las Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares, las siguientes prestaciones:

I.- En el ramo de Riesgos Profesionales.

- a).- El pago de indemnizaciones Globales o de Pensiones por siniestros ocurridos a los empleados.
- b).- El pago de pensiones de viudes y orfandad a los familiares derechohabientes de los empleados fallecidos por causa profesional.
- c).- El pago de pensiones a los ascendientes de los empleados fallecidos por causa profesional, a falta de esposa, compañera e hijos menores de 16 años.

II.- En el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte.

- a).- El pago de pensiones de Invalidez no Profesional a los empleados.
- b).- El pago de pensiones de Vejez y de Cesantía en Edad Avanzada a los empleados.
- c).- El pago de pensiones de Viudes y Orfandad a los familiares derechohabientes de los empleados fallecidos, independientemente de lo establecido en el artículo 28 de "El Reglamento de Trabajo".
- d).- El pago de dote nupcial a los empleados.

Estas prestaciones se otorgarán en los términos y condiciones establecidos por "La Ley" y sus Reglamentos vigentes.

En consecuencia, las valuaciones de incapacidades parciales o totales permanentes derivadas de riesgos profesionales realizados, así como la calificación del estado de invalidez serán efectuadas exclusivamente por médicos de "El Instituto", los cuales están facultados para obtener los informes que estimen conveniente de parte de "Las Empresas".

Los trámites para la solicitud, la concesión y el servicio de las prestaciones consignadas en esta cláusula, se regirán por las disposiciones correspondientes de "La Ley" y sus reglamentos vigentes.

CUARTA.- Para el otorgamiento de las prestaciones que se encuentra -

obligado a dar "El Instituto" a los empleados de las empresas miembros de la Asociación, las mismas se obligan a afiliar al personal a sus órdenes que se encues-
tre sujeto al Régimen del Seguro Obligatorio y a proporcionar todos los datos y av-
sos en la forma y términos previstos por "La Ley" y sus Reglamentos.

Sea el fin de facilitar el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en es-
ta cláusula, "El Instituto" formulará y hará del conocimiento de "Las Empresas" -
un instructivo especial

QUINTA.- El suministro de las prestaciones en especie y en dinero que en-
términos de este convenio son a cargo de "Las Empresas" quedará sujeto a la ins-
pección y a la vigilancia de "El Instituto"; cada una de "Las Empresas" por su par-
te se obliga a acatar todas las disposiciones legales y reglamentarias que están vi-
gentes.

SEXTA.- En todo tiempo, "El Instituto" tiene derecho de señalar las defi-
ciencias que descubra en el otorgamiento de las prestaciones en especie y en dine-
ro que le han sido subrogadas; cada una de "Las Empresas" conviene en que plan-
teado y comprobado un caso de irregularidad, previas las investigaciones que pro-
cedan, dictará y ejecutará las medidas necesarias para corregir las deficiencias -
señaladas.

SEPTIMA.- Para cumplir con lo establecido en el artículo 24 de "El Regla-
mento de Trabajo", "Las Empresas" se obligan a llevar los archivos adecuados --
que permitan obtener la estadística médica y administrativa relacionada con las --
prestaciones que toman a su cargo y presentarán o proporcionarán d'El Instituto" -
trimestralmente los datos relativos a las mismas."El Instituto", oportunamente, -
comunicará a la Asociación las instrucciones y normas técnicas para el debido --
cumplimiento de esta cláusula.

OCTAVA.- Las partes convienen en que las relaciones que se establezcan--
entre "El Instituto" y "Las Empresas" para el debido cumplimiento de la obliga --
ción que les impone el párrafo tercero del artículo 24 de "El Reglamento de Traba-
jo", se efectuen por conducto del Gerente o Director de cada empresa, o de las por
sonas que legalmente las representen.

NOVENA.- "El Instituto" no tendrá ninguna ingerencia ni responsabilidad -
prevaleciente de los contratos de trabajo que "Las Empresas" tengan celebrados con
el personal médico, enfermeras, empleados administrativos y servidumbre desti-
nados a la prestación de los servicios médicos que quedan a cargo suyo en los tér-
minos de este convenio.

En consecuencia, el personal mencionado o el que en lo futuro le suceda, -
tendrá, respecto a "Las Empresas", la relación de trabajo correspondiente, sin --
que "El Instituto" por ningún motivo asuma el carácter de patrón sustituto.

DECIMA.- "Las Empresas" que hayan presentado reclamaciones ante "El
Instituto" por las cantidades a que tienen derecho con motivo del aumento de la --
cuota de reversión acordado a partir del 1o. de enero de 1948, podrán renunciar -

a las mismas, y "El Instituto" les otorgará finiquito, igualmente, por las reclamaciones que tuviese en contra de ellas, por períodos anteriores al 31 de diciembre de 1956. Si no conviniera a sus intereses hacer esta renuncia, lo comunicarán a "El Instituto", el que ordenará y les practicará visita de inspección, para determinar los saldos que, en su caso, el mismo Instituto tenga en su contra por incumplimiento de "La Ley", y con el propósito de que, fijados los créditos a favor y en contra de "Las Empresas", se compensen hasta por el importe de la cantidad menor, y se exija el pago de la diferencia, por quien resulte acreedor.

DECIMAPRIMERA.- Las partes aceptan que este convenio se celebre por -- tiempo indefinido y que son causas de su terminación respecto a una o más empresas:

a).- La falta de cumplimiento por parte de una o más de "Las Empresas", - de cualquiera de las estipulaciones de este convenio, afectando la terminación sólo a la o las infractoras.

b).- Por acuerdo de las partes.

c).- Por falta de pago a "El Instituto" por un término mayor de 6 meses de las cuotas obrero-patronales a cargo de "Las Empresas", en los términos de "La Ley" y sus reglamentos.

En cualquier caso de resolución de este convenio, las partes se obligan a enviar una comunicación por escrito, con tres meses de anticipación a la fecha en la que se pretenda operar la resolución, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para la no interrupción de los servicios a los que se refiere la cláusula tercera.

ESTE CONVENIO SE FIRMA POR QUINTUPLICADO EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL EL 22 DE ABRIL DE 1957, CONVINIENDO LAS PARTES EN QUE ENTRE EN VIGOR EL DIA 1o. DE MARZO DEL MISMO 1957.

POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

EL DIRECTOR GENERAL



LIC. ANTONIO ORTIZ MENA

POR LA ASOCIACION DE BAN-
QUEROS DE MEXICO

EL PRESIDENTE



LIC. AUGUSTO DOMINGUEZ

ANEXO 2

ADENDUM AL CONVENIO DE SUBROGACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE LA ASOCIACION MEXICANA DE BANCOS Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EL TREINTA DE ABRIL DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS, MISMO QUE LAS PARTES SUJETAN A LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES.

DECLARACIONES

PRIMERA.- LA ASOCIACION Y EL INSTITUTO MANIFIESTAN QUE CON FECHA 30 DE ABRIL DE 1986 CELEBRARON CONVENIO DE SUBROGACION DE SERVICIOS, EL QUE INICIO SU VIGENCIA A PARTIR DE ESE DIA.

SEGUNDA.- EXPRESAN, ASIMISMO, QUE EN LA -- CLÁUSULA NOVENA DEL CONVENIO CELEBRADO, ESTIPULARON LA REVISIÓN PERIÓDICA DE ÉSTE, POR LO QUE POR MEDIO DEL PRESENTE INSTRUMENTO PROCEDEN, DE MUTUO ACUERDO, A INTRODUCIR EN EL MISMO LAS MODIFICACIONES QUE POR PRIMERA OCASIÓN HAN -- PACTADO, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES

CLAUSULAS :

PRIMERA.- SE MODIFICA EL CONTENIDO DEL PRIMER PÁRRAFO DE LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL CONVENIO CELEBRADO, PARA QUEDAR EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

SEGUNDA.- CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES RE



TENDRÁ, SOBRE EL IMPORTE QUE ARROJE LA LIQUIDACIÓN OBREROPATRONAL BIMESTRAL QUE CORRESPONDA, EL 39% (TREINTA Y NUEVE POR CIENTO) EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO Y EL 71,50% (SETENTA Y UNO Y MEDIO POR CIENTO) EN EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD. PARA TAL EFECTO, LAS INSTITUCIONES ESTÁN OBLIGADAS A LIQUIDAR EL IMPORTE TOTAL DE SUS COTIZACIONES, LO QUE LLEVARÁN A CABO MEDIANTE EL PAGO EN EFECTIVO QUE CORRESPONDA Y LA PRESENTACIÓN DEL RECIBO QUE AMPARE EL MONTO DE LA REVERSIÓN A QUE TUVIERAN DERECHO.

SEGUNDA.- LOS PORCENTAJES DE REVERSIÓN ESTIPULADOS EN LA CLÁUSULA ANTERIOR, SURTIRÁN EFECTOS A PARTIR DEL DÍA PRIMERO DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO.


TERCERA.- EL PAGO DE LAS DIFERENCIAS RESULTANTES DE LA APLICACIÓN DE LOS NUEVOS PORCENTAJES DE REVERSIÓN, EN RELACIÓN CON LOS ORIGINALMENTE CONVENIDOS, CORRESPONDIENTES A LOS BIMESTRES DEL PRIMERO AL QUINTO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO, LO EFECTUARÁN LAS INSTITUCIONES SIN RECARGOS, A MÁS TARDAR EL 15 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN CURSO.

CUARTA.- SE MODIFICA EL CONTENIDO DE LA --
CLÁUSULA NOVENA DEL CONVENIO CELEBRADO, PARA QUEDAR EN LA-
FORMA SIGUIENTE:

NOVENA.- LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PRESEN-
TE CONVENIO PODRÁ SER REVISADO CUANDO EXIS-
TAN REFORMAS A LA LEY O SITUACIONES DE HE-
CHO QUE EN UNO O EN OTRO CASO LO JUSTIFI-
QUEN, POR INCIDIR EN LOS ELEMENTOS BÁSICOS
DEL CONVENIO, CUALQUIERA DE LAS PARTES PO-
DRÁ EJERCITAR ESTE DERECHO.

QUINTA.- SE ADICIONA, AL CONVENIO CELEBRADO,
LA CLÁUSULA SIGUIENTE:

SEGUNDA BIS.- PARA LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO
37 EN SUS FRACCIONES I Y IV DE LA LEY, -
EL INSTITUTO Y LAS INSTITUCIONES, CON EL --
FIN DE SIMPLIFICAR PARA AMBAS PARTES LA --
ELABORACIÓN, CONFRONTA, GLOSA Y LIQUIDACIÓN,
ASÍ COMO ACLARACIONES DE LAS CUOTAS OBRERO



PATRONALES, CONVIENEN EN QUE AQUEL REVIER-
TA A ÉSTAS EL 1.75% (UNO SETENTA Y CINCO -
POR CIENTO) SOBRE EL IMPORTE TOTAL DE LAS-
CUOTAS OBREROPATRONALES QUE LAS INSTITUCIO-
NES DEBAN PAGAR A EL INSTITUTO, CON EXCLU-
SIÓN DE LA DEL SEGURO DE GUARDERÍAS PARA -
HIJOS DE ASEGURADAS.

ESTA ESTIPULACIÓN ENTRARÁ EN VIGOR A PAR--
TIR DEL DÍA PRIMERO DE ENERO DE MIL NOVE--
CIENTOS OCHENTA Y NUEVE.

ESTANDO LAS PARTES DE ACUERDO EN LAS ESTI-
PULACIONES ANTERIORES, FIRMAN EL PRESENTE ADENDUM, POR QUIN-
TUPPLICADO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL, A LOS
DIECISIETE DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DE MIL NOVE--
CIENTOS OCHENTA Y OCHO.

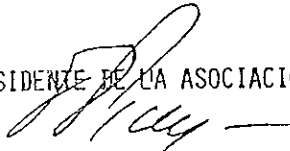
POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

POR LA ASOCIACION MEXICANA DE
BANCOS, BANCO DE MEXICO Y PA-
TRONATO DEL AHORRO NACIONAL

EL DIRECTOR GENERAL

EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION


LIC. RICARDO GARCIA SAINZ


LIC. FRANCISCO VIZCAYA CANALES

ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SECRETARIA GENERAL

1/

México, D.F. a 20 de agosto de 1986.

Señor licenciado
ALFONSO MURILLO GUERRERO,
Subdirector General Técnico,
P r e s e n t e .

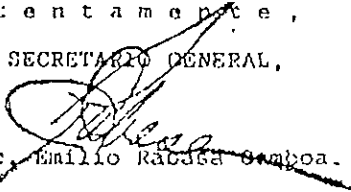
El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 13 de agosto del presente año, dictó el Acuerdo número 2 329/86, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en los Artículos 252 y 253 fracción XI de la Ley del Seguro Social, acuerda: I.- Hacer extensivo el Convenio de Subrogación de Servicios y Reversión de Cuotas, celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Asociación Mexicana de Bancos, el Banco de México y el Patronato del Ahorro Nacional, el 30 de abril de 1986, a las empresas aseguradoras y afianzadoras sujetas al Convenio anterior del 22 de abril de 1957, y II.- Terminar gradualmente con los casos de reversión de cuotas y subrogación de servicios".

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

A t e n t a m e n t e ,

EL SECRETARIO GENERAL,


Lic. Emilio Rábasa Gamboa.

con copia:

- C. Lic. Ricardo García Sáinz.- Director General.- Presente

ANEXO 4

CONVENIO QUE MODIFICA PARCIALMENTE AL DIVERSO DE SUBROGACION DE SERVICIOS DE 30 DE ABRIL DE 1986, ASI COMO A SU ADDENDUM DE 17 DE NOVIEMBRE DE 1988, QUE CELEBRAN LA ASOCIACION MEXICANA DE BANCOS Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADOS LA PRIMERA POR SU PRESIDENTE SEÑOR LICENCIADO ROBERTO HERNANDEZ RAMIREZ Y EL SEGUNDO POR SU DIRECTOR GENERAL SEÑOR LICENCIADO GENARO BORREGO ESTRADA, A QUIENES EN EL CURSO DEL PRESENTE CONVENIO SE LES DENOMINARA "LA ASOCIACION" Y "EL INSTITUTO" RESPECTIVAMENTE; LAS PARTES SE SUJETAN A LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES:

I. "LA ASOCIACION" Y "EL INSTITUTO" manifiestan que con fecha 30 de abril de 1986, celebraron Convenio de Subrogación de Servicios, que incluyó su vigencia el mismo día de su firma.

II. "LA ASOCIACION" Y "EL INSTITUTO" expresan que con fecha 17 de noviembre de 1988 celebraron Addendum al Convenio de Subrogación de Servicios de fecha 30 de abril de 1986, mediante el cual se modificaron las Cláusulas SEGUNDA Y NOVENA de dicho Convenio y se adicionó la Cláusula SEGUNDA BIS.

III. Declaran las partes que han considerado conveniente modificar la Cláusula SEGUNDA BIS, adicionada al Convenio de Subrogación de acuerdo con el Addendum a qua se refiere el punto que antecede, para preclarar sin lugar a dudas la voluntad de las partes, tomando en cuenta lo dispuesto por el artículo 37, fracciones I y IV de la Ley del Seguro Social.

IV. Consecuentemente con lo expuesto, "LA ASOCIACION" Y "EL INSTITUTO" están anuentes en celebrar el presente convenio, el que se registrará por las siguientes:

CLAUSULAS:

PRIMERA.- Se adecúa la Cláusula SEGUNDA BIS, que se adicionó mediante la Cláusula QUINTA del Addendum al Convenio de Subrogación de Servicios celebrado el 30 de abril de 1986, para quedar en los siguientes términos: . .

"SEGUNDA BIS.- Para la aplicación del Artículo 37, en sus fracciones I y IV de la Ley, "EL INSTITUTO" y "LAS INSTITUCIONES", con el fin de simplificar para ambas partes la elaboración, confronta, glosa y liquidación, así como aclaraciones de las cuotas obrero-patronales, convienen en que "LAS INSTITUCIONES" deducirán el 1.75%, por concepto de ausentismo, del importe total de las cuotas obrero-patronales a pagar bimestralmente, así como de sus enteros provisionales, correspondiente exclusivamente a los ramos de: Riesgos de Trabajo; Enfermedades y Maternidad; Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, (con exclusión de los seguros de Guarderías y de Retiro), de la cantidad resultante, cada una de las "LAS INSTITUCIONES" tendrá los porcentajes de reversión convenidos, "LAS INSTITUCIONES" se obligan a liquidar el importe de sus cotizaciones mediante el pago en efectivo que corresponda y la presentación del recibo que ampare el importe de la reversión."

— 7 —

SEGUNDA.- Las partes manifiestan que subsisten con plena validez y consecuencias jurídicas, todas y cada una de las estipulaciones que pactaron en el Convento de Subrogación de Servicios del 30 de abril de 1986 y su Addendum de fecha 17 de noviembre de 1988, sin más modificación que la que se ha determinado en este Convento para la Cláusula SEGUNDA BIS, misma que surtirá efectos a partir de la fecha de firma del presente.

TRANSITORIA

UNICA .- Aquellas "INSTITUCIONES", que con motivo del procedimiento para la aplicación de la Cláusula SEGUNDA BIS del Addendum del 17 de noviembre de 1988, interpusieron recursos de inconformidad y en su caso juicios fiscales, obteniendo resoluciones favorables, les serán devueltas las cantidades pagadas en exceso, en los términos que indiquen expresamente los acuerdos o sentencias respectivas.

ESTANDO LAS PARTES DE ACUERDO EN LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES, FIRMAN EL PRESENTE CONVENIO POR QUINTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL, A LOS CATORCE DIAS DEL MES DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO.

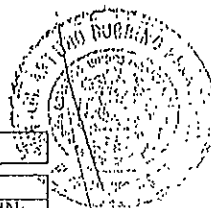
POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

POR LA ASOCIACION MEXICANA
DE BANCOS

LIC. GENARO BORREGO ESTRADA
DIRECTOR GENERAL

LIC. ROBERTO HERNANDEZ RAMIREZ
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TESORERIA GENERAL



IMSS

DELEGACION	SUBDELEGACION	NO. POR \$
RAZON SOCIAL		REGISTRO PATRONAL
ACTIVIDAD		DOMICILIO

RECIBIMOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL LA CANTIDAD DE \$ _____ (_____ 00/100) POR DEDUCCION DE AUSENTISMO Y REVERSION DE CUOTAS POR SUBROGACION DE SERVICIOS DEL _____ BIMESTRE DE _____, RELATIVO AL CREDITO _____, QUE NOS CORRESPONDE EN LOS TERMINOS DE LA CLAUDSULA 2^a DEL CONVENIO CELEBRADO CON FECHA 14-01-94 ENTRE EL BANCO DE MEXICO Y EL PROPIO INSTITUTO.

AUSENTISMO

CONCEPTO	C.O.P.	AUSENTISMO	IMPORTE DE AUSENTISMO
RIESGOS DE TRABAJO	\$	1.75%	\$
ENFERMEDADES Y MATERNIDAD	\$	1.75%	\$
INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE	\$	1.75%	\$
GUARDERIAS PARA HIJOS DE ASEGURADOS	\$	0% (CERO)	\$
SUMA IMPORTE ORIGINAL:	\$	SUBTOTAL:	\$

REVERSION

CONCEPTO	C.O.P. YA DEDUCIDO EL AUSENTISMO	REVERSION	IMPORTE DE LA REVERSION
ENFERMEDADES Y MATERNIDAD	\$	71.50%	\$
RIESGOS DE TRABAJO	\$	39.00%	\$
INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE	\$	0% (CERO)	\$
GUARDERIAS PARA HIJOS DE ASEGURADOS	\$	0% (CERO)	\$
SUMA IMPORTE AJUSTADO:	\$	SUBTOTAL:	\$
			TOTAL DEL RECIBO:

LUGAR Y FECHA	
AUTORIZO IMSS	REPRESENTANTE LEGAL DEL PATRON
HOMBRE Y FIRMA	HOMBRE Y FIRMA

ANEXO 5

Artículo 89 de la Nueva Ley de IMSS

El artículo 89 de la Nueva Ley de IMSS menciona tres formas para otorgar los servicios a los derechohabientes:

- I Directamente; a través de su propio personal e instalaciones;

- II Indirectamente; en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para:
 - a) Impartir los servicios del ramo de accidentes y maternidad;
 - b) Proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo;

Siempre bajo la vigilancia y supervisión del Instituto

- III Este apartado menciona que el Instituto podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos.

ANEXO 6

Nueva Ley del Seguro Social, México (principales artículos de interés para nuestro estudio)

Artículo 1º. La presente Ley es de observancia general en toda la República, en la forma y términos que la misma establece, sus disposiciones son de orden público y de interés social.

Artículo 2º. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgar una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Artículo 3º. La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales, locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo 5º. La organización y administración del seguro social, en los términos consignados en esta ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene el carácter de organismo fiscal autónomo, cuando así lo prevea la presente ley.

Artículo 6º. El seguro social comprende:

- I. El régimen obligatorio, y
- II. El régimen voluntario

Artículo 11. El régimen obligatorio comprende los seguros de:

- I. Riesgos de trabajo;
- II. Enfermedades y maternidad;
- III. Invalidez y vida;
- IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- V. Guarderías y prestaciones sociales.

Artículo 110. Con el objeto de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad, los servicios de medicina preventiva del instituto llevarán a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico - sociales.

Artículo 111. El Instituto se coordinará con la Secretaría de Salud y con otras dependencias y organismos públicos, con objeto de realizar las campañas y programas a que se refiere el artículo anterior

Artículo 264. El consejo técnico tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Decidir sobre las inversiones de las reservas y demás recursos del Instituto, con sujeción a lo previsto en esta Ley y sus reglamentos, excepto los provenientes del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez,
- II. Vigilar y promover el equilibrio financiero de todos los ramos de *aseguramiento comprendidos en esta Ley*;
- III. Resolver sobre las operaciones del Instituto, exceptuando aquellas que por su importancia ameriten acuerdo expreso en la asamblea general, de conformidad con lo que al respecto determine esta Ley y el reglamento;
- IV. Establecer y suprimir direcciones regionales, delegaciones, subdelegaciones, y oficinas para el cobro del Instituto, señalando su circunscripción territorial;
- V. Convocar a la asamblea general ordinaria o extraordinaria;
- VI. Discutir y, en su caso, aprobar el presupuesto de ingresos y egresos; así como el programa de actividades que elabore la dirección general;
- VII. Expedir el reglamento de reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece esta ley; así como los demás que fueran necesarios para la exacta observancia de la misma;
- VIII. Conceder, rechazar y modificar las pensiones, que conforme a esta Ley le corresponde otorgar al Instituto, pudiendo delegar estas facultades a las dependencias competentes;
- IX. Nombrar y remover al secretario general, a los directores, directores regionales, coordinadores generales, y coordinadores,

así como a los delegados, en los términos de la fracción VII del Art. 268 de esta Ley;

- X. Aprobar las bases para la celebración de convenios de incorporación voluntaria al régimen obligatorio;
- XI. Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones;
- XII. Autorizar la celebración de convenios relativos al pago de cuotas pudiendo delegar estas facultades a las dependencias competentes;
- XIII. Conceder a derechohabientes del régimen, en casos excepcionales y previo el estudio socioeconómico respectivo, el disfrute de prestaciones médicas y económicas previstas por esta Ley, cuando no esté plenamente cumplido algún requisito legal y el otorgamiento del beneficio sea evidentemente justo o equitativo;
- XIV. Autorizar, en la forma y términos que establezca el reglamento relativo a los consejos consultivos delegacionales para tramitar y, en su caso, resolver el recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de esta Ley;
- XV. Conocer y resolver de oficio o a petición de los directores regionales, aquellos asuntos competencia de los consejos consultivos regionales que por su importancia, trascendencia o características especiales así lo ameriten;
- XVI. Establecer bases especiales de aseguramiento y de cotización para los trabajadores de la marina mercante;
- XVII. Expedir las bases para extender, hasta los veinticinco años de edad, los derechos a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, que se otorgarán dentro del territorio nacional, a los hijos de trabajadores mexicanos asegurados que laboren en el extranjero y que se encuentren estudiando fuera del país en planteles educativos equiparables a los del sistema educativo nacional;
- XVIII. Decidir sobre la aplicación de los recursos que tenga el fondo de beneficio colectivo para los trabajadores de la industria de la construcción, escuchando a los representantes de los trabajadores y patrones, y;

ANEXO 7

Antecedentes históricos de los seguros privados en México

Virreinato. En 1789 surge la primera Aseguradora en nuestro territorio bajo el nombre de "El puerto de la Vera-Cruz", cubría sólo riesgos marítimos y tuvo una corta vida, debido a la guerra entre España e Inglaterra. Posteriormente en 1802 inicia operaciones la "Compañía de Seguros Marítimos de la Nueva España", cubriendo también riesgos marítimos y operando en toda América.

En la época del Emperador Maximiliano, aparecieron dos compañías bajo la modalidad de empresas mutualistas, "La Previsora" que cubría sólo seguros de incendio, y la "Bienhechora" que otorgaba seguros de vida.

Independencia y Porfirismo

Ordenanzas de Sevilla. Las "Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España", estipulaban que todas las empresas de seguros que llegaran a crearse, deberían estar regidas por Las Ordenanzas de Sevilla, las cuales quedaron en vigor al consumarse la Independencia, en la práctica se aplicaron las Ordenanzas de Bilbao, como lo ratificó un decreto de 1841.

Código de Comercio de México. El "Código de Comercio" también conocido como "Código de Lares" se expidió en 1854. Este código nunca fue aplicado debido a la situación política que se vivía en ese entonces. Fue en el año de 1884 cuando entró en vigor el "Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos", siendo, además, el primero de carácter federal.

Primera Ley de Seguros. Dictada en 1893, establecía la obligación de las compañías de presentar informes semestrales a la SHCP y la publicación anual de balances; Exigía un depósito de \$10,000.00 pesos M.N., como garantía para operar, fondo que debería aumentar al segundo año, de acuerdo con los seguros en vigor.

Seguro de Vida. Era practicado por dos compañías mexicanas; La Mexicana y la Fraternal, así como por siete agencias de empresas Norteamericanas.

Nacimiento de las Aseguradoras en México.

- 1897 “Anglo Mexicana, S.A.”, Transportes Incendio y diversos
- 1901 “La Nacional”, Seguros de vida.
- 1906 “La Latinoamericana, S.A.”, Seguros sobre la vida.
- 1908 “La Veracruzana”, Seguros de incendio y transporte.
- 1910 Primera ley que reglamentó la organización de las compañías de seguros, garantizándose por primera vez los intereses de los asegurados.
- 1926 Se expidieron nuevas leyes que especificaron que las pólizas fuesen emitidas exclusivamente por empresas establecidas en México.
- 1935 El seguro de vida era suscrito por La Nacional y La Latinoamericana, existiendo además dos sociedades mutualistas y una fraternal, por su parte, las compañías extranjeras tenían cuarenta y cinco agentes.
- 1935 Son expedidas la Ley General de Seguros y la Ley del Contrato de Seguros.

Antecedentes de los Seguros de Grupo. No existe una definición universal de los seguros de grupo, sino características principales, como son:

- a) Existen varios asegurados bajo un mismo contrato.
- b) Ningún asegurado puede elegir libremente la cantidad de seguro, sino que exige una regla objetiva de determinación de los beneficios.

Los seguros de grupo en realidad no son formas nuevas del seguro, sino métodos de venta, de selección y de administración.

Otorgan la facilidad de venta, ya que las negociaciones se llevan a cabo con el o los representantes del grupo, sin que se tengan que involucrar directamente a los asegurados.

Existe una previa selección por el representante del grupo, los beneficios son prefijados, por lo tanto se suprime la solución adversa y el grupo es una muestra homogénea de la población.

La administración se simplifica; el pago de primas se lleva a cabo en

forma global, el representante del grupo entrega a la compañía de seguros la información del personal a través de listados de nómina, por lo que se elimina el contacto directo con cada uno de los asegurados.

En nuestro país los seguros de grupo están regulados por el Reglamento del Seguro de Grupo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1962.

Una ventaja muy importante para las sociedades mercantiles al contratar un seguro de grupo, es la deducibilidad de este, pero para que un seguro sea deducible de impuestos, deberá cumplir con lo establecido en la Ley del Impuesto sobre la Renta y su reglamento, Art. 24 fracción XII y XIII.

En todos los casos deberán establecerse planes conforme a los plazos y requisitos que se fijen en el Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta, Art. 19 y 20.

ANEXO 8

Actividades sobresalientes del Proceso de Modernización del Instituto de Seguros Sociales en Colombia.

1. Reorganización PRISS
2. Nuevo modelo de atención en salud
3. Modelo de información en salud
4. Modelo de oferta y demanda de servicios en salud
5. Optimización del recurso físico de salud del ISS
6. Cuotas moderadoras y copagos
7. Interventoría de contratos de salud
8. Nuevas formas de contratación de servicios de salud
9. Clasificación de empresas para el riesgo ATEP
10. Plan estratégico y operativo de sistemas
11. Nuevo sistema contable del ISS
12. Nuevo sistema presupuestal
13. Manejo excedentes de tesorería
14. Inventarios y activos fijos del ISS
15. Costos en salud
16. Análisis y planeación financiera
17. Organización de la auditoría interna
18. Recurso humano actual (planta y contrato)
19. Desarrollo organizacional y capacitación
20. Manual de políticas de personal
21. Plan de incorporación a nueva planta de personal
22. Manejo de cambio
23. Sistema de comunicación interno y externo
24. Plan de personal de sistemas

ANEXO 9

Proyectos que componen el Proceso de Reorganización del Instituto de Seguros Sociales en Colombia.

1. Afiliación y registro
2. Liquidación y pago de prestaciones económicas
3. Presupuesto general del ISS
4. Contabilidad, costos e inventarios
5. Tesorería y cobranzas
6. Suministros
7. Registro, seguimiento, control y evaluación de inversiones físicas
8. Registro, seguimiento y control de servicios generales
9. Administración de personal
10. Selección de personal
11. Atención ambulatoria
12. Atención hospitalaria
13. Apoyo diagnóstico
14. Urgencias
15. Salud ocupacional
16. Atención crónica
17. Evaluación de calidad
18. Mercadeo
19. Planeación
20. Promoción y prevención
21. Contratación general
22. Jurídica
23. Correspondencia y archivo
24. Control interno / fiscalización.