

15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLÁN" CAMPUS ACATLÁN**



**MODELO ALTERNATIVO A LOS PLANES DEL
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES EN
MÉXICO PARA EMPRESAS GRANDES MEDIANTE
EL EMPLEO DE LA ADMINISTRACIÓN
CORPORATIVA DE SINIESTROS**

TESIS

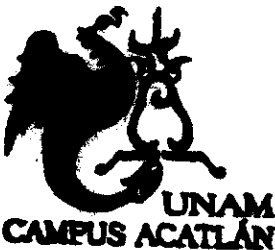
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ACTUARIO**

PRESENTA

GUILLERMO MEDINA Y MONTERO

ASESOR: ACT. MIGUEL ÁNGEL MACÍAS ROBLES ARENAS

287143



NAUCALPAN EDO. DE MÉXICO

OCTUBRE, 2000



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.

I. EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES **7**

1.1 NATURALEZA DEL SEGURO	7
1.1.1 ORÍGENES DEL SEGURO DE PERSONAS	7
1.2 NATURALEZA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	8
1.2.1 NECESIDAD DE PROTECCIÓN MÉDICA PRIVADA	9
1.2.2 ORÍGENES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES EN NUESTRO PAÍS	10
1.3 CONCEPTOS BÁSICOS	14
1.4 LIMITACIONES	20

II. LA ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS **24**

2.1 ANTECEDENTES	24
2.2 NATURALEZA DEL RIESGO	26
2.3 VALUACIÓN DEL RIESGO: RETENCIÓN O TRANSFERENCIA	26
2.3.1 TENDENCIAS ACTUALES	28
2.3.2 REASEGURO	30
2.3.3 COSTOS HOSPITALARIOS	32
2.4 ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS	33
2.4.1 PRINCIPALES CONCEPTOS	35
2.4.2 COSTEO DE LOS BENEFICIOS	37
2.5 ÁREAS CORPORATIVAS INVOLUCRADAS	39
2.5.1 DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES	41
2.5.2 ESTABLECIMIENTO DE OBLIGACIONES CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	44
2.5.3 DEFINICIÓN DE COBERTURAS PARA EL ESQUEMA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	44
2.5.4 REDES DE ATENCIÓN MÉDICA: MÉDICOS ESPECIALISTAS / HOSPITALES	50
2.6 MARCO LEGAL VIGENTE (01/07/97)	61
2.6.1 SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD	61
2.6.2 CAMBIOS EN LA LEY DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	67
2.6.3 PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD, 1995-2000	69
2.6.4 ALTERNATIVAS ACTUALES LEGALMENTE PERMISIBLES PARA LAS EMPRESAS: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PLANES ASEGURADOS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, PLANES MEMBRESÍA	73
2.6.5 VENTAJAS FISCALES	75
2.6.6 VENTAJAS DE MODELOS DE SALUD INTEGRAL	76

III: APLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS AL ESQUEMA GENERAL DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. **78**

3.1 NECESIDAD DE UN MODELO ADECUADO PARA EL OTORGAMIENTO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS	78
3.1.1 IMPORTANCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN MÉDICO PARA EL PERSONAL	78
3.2 MODELO DE EMPRESA CONSIDERADO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL ESQUEMA	79
3.2.1 CARACTERÍSTICAS TÍPICAS (1,000 EMPLEADOS COMO MÍNIMO)	80
3.2.2 DISEÑO DE BENEFICIOS Y ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS MÉDICOS	80
3.2.3 COSTOS DE LA APLICACIÓN DE UN PLAN ASEGURADO	83
3.2.4 COSTO ESTIMADO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS	96
3.3 IMPLANTACIÓN DEL ESQUEMA DE ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS	108
3.3.1 ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS	108
3.3.2 COMUNICACIÓN DEL PLAN AL PERSONAL (ASEGURAMIENTO DE LA TOTAL APRECIACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL ESQUEMA)	109
3.3.3 ESTABLECIMIENTO DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS	110
3.3.4 CREACIÓN DE FONDOS DE CONTINGENCIAS	111
3.3.5 INTERMEDIARIOS PARA LA ADECUADA ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS	113
3.3.6 ESTABLECIMIENTO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES	114
3.4 MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE PADECIMIENTOS	115
3.4.1 IMPORTANCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS QUE FOMENTEN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y DE ENFERMEDADES DENTRO DE LA EMPRESA	115
3.4.2 CONTROL ESTADÍSTICO DE LAS RECLAMACIONES	117
3.4.3 CONTENCIÓN DEL COSTO MEDIANTE CRITERIOS ADECUADOS DE DICTAMINACIÓN MÉDICA	118
3.4.4 CONTROL DE LA UTILIZACIÓN DEL ESQUEMA	120
3.5 COSTOS OPERATIVOS	127
3.5.1 RECLUTAMIENTO Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO	127
3.5.2 MANTENIMIENTO DE LA BASE DE RECLAMACIONES MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN ADECUADO SISTEMA	129
3.5.3 COMISIONES POR EL MANEJO DEL FONDO DE RECLAMACIONES	129
<u>IV. VENTAJAS INMEDIATAS DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS AL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES</u>	<u>130</u>
4.1 VENTAJAS CORPORATIVAS	130
4.1.1 OPTIMIZACIÓN DE LOS COSTOS MÉDICOS	130
4.1.2 DISMINUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A LOS SINIESTROS	131
4.1.3 CONTROL DE SINIESTROS	131
4.1.4 DETECCIÓN MÁS RÁPIDA DE PROBLEMAS	131
4.1.5 INCREMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD	131
4.1.6 INCREMENTO EN LAS UTILIDADES	132
4.1.7 SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE MECANISMOS EFICIENTES DE PREVENCIÓN	133
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>134</u>

Introducción

La tendencia mundial hacia la implementación de mejores esquemas de protección médica, provoca cambios estructurales dentro de las empresas en beneficio de las personas que requieren dichos servicios.

Asimismo, el costo cada vez mayor que representa el otorgamiento de servicios médicos y asistenciales por parte del gobierno y de organismos privados, obligan a la modificación de leyes y procesos que permitan otorgar mayor flexibilidad y mayores beneficios para la población asegurada, tanto en costo como en el alcance de la cobertura.

De esta forma, las compañías aseguradoras ofrecen el Seguro de Gastos Médicos Mayores que posee una de las funciones más nobles dentro del sector: la de garantizar la estabilidad económica de las familias al momento de presentarse un accidente o enfermedad cuya gravedad represente un desequilibrio importante.

Debido a los objetivos del Seguro de Gastos Médicos Mayores de brindar protección médica de primer nivel, utilizando tecnología de punta, los costos de implementar programas de salud en las empresas se incrementan anualmente debido al aumento en los costos médicos provocado por la mejora en los equipos, así como por la frecuencia de las reclamaciones originada por la mayor utilización de los esquemas de salud por parte de los empleados, una vez que los beneficios de dichos esquemas son conocidos por el personal. Cuando se trata de una empresa con un gran número de empleados, los incrementos anuales son significativos afectando directamente la estrategia financiera del negocio.

Por lo anterior, surge la necesidad por parte de la Dirección de las empresas de optimizar sus recursos económicos sin dejar de brindar programas de beneficios a sus empleados que se convierten en un factor de atracción y de retención del personal propiciando un adecuado clima organizacional al dejar ver a sus empleados el interés por su estado de salud.

El trabajo que se presenta pretende precisamente mostrar una opción para disminuir el gasto en las empresas grandes sustituyendo el esquema tradicional del Seguro de Gastos Médicos Mayores a través de compañías aseguradoras, por otro que involucra directamente a la empresa, permitiendo la adecuada planeación de los recursos que se destinan a este paquete de beneficios médicos.

La primera parte consiste en establecer cuál es el esquema actual del Seguro de Gastos Médicos Mayores, así como sus antecedentes, lo que nos permitirá conocer las coberturas, problemática y limitaciones de este seguro.

En la segunda parte, se describirá el proceso de la Administración Corporativa de Sinistros así como su implementación en las empresas descubriendo sus ventajas y perspectivas tomando como base lo acontecido en Estados Unidos, país que ha establecido, desde hace varias décadas, modelos de atención médica privada.

Por último, se detallarán las bondades del esquema propuesto considerando diversos factores de evaluación que permitirán establecer la factibilidad de la aplicación del mismo en México.

La información contenida en el presente documento de investigación, servirá como una herramienta que brinde una visión diferente al problema del mantenimiento de programas médicos dentro de las empresas grandes, optimizando, de ser implementado, uno de sus recursos más importantes, su recurso económico. De la misma forma, se plasman conceptos que son utilizados de manera frecuente y que darán mayor sustento al desarrollo de nuevos modelos que actualmente funcionan en otros países, con muy buenos resultados.

I. El Seguro de Gastos Médicos Mayores

1.1 Naturaleza del seguro

El seguro surge como un mecanismo de protección contra aquellos acontecimientos que ponen en riesgo nuestra vida o pertenencias, considerando la participación de muchos factores que nos permitirán estar preparados, si es que tales acontecimientos se presentan.

La historia del seguro acompaña al hombre desde hace mucho tiempo y de manera creciente, se ha visto inmersa en nuestra sociedad actual.

El Seguro de Gastos Médicos Mayores ha representado desde sus inicios, uno de los seguros que persiguen de manera directa, el bienestar de las personas mediante el mantenimiento o restablecimiento de la salud y ha propiciado el pleno uso de los recursos médicos pues ofrece siempre aquéllos que son efectivos, que garantizan una rápida recuperación de los asegurados.

1.1.1 Orígenes del Seguro de Personas

El hombre, desde sus orígenes, ha tenido como principal premisa la de sobrevivir. Por su naturaleza, el hombre pertenece al tipo de especies que solo tuvieron como única alternativa, la de vivir en grupos en los cuales los elementos individuales pudieran tanto defenderse como alimentarse.

Siendo uno de los seres más indefensos físicamente, el hombre se une, forma tribus y clanes, aldeas y ciudades, transformándose así de un individuo indefenso, al grupo más peligroso. Ahora bien, a pesar de ser lo que es y de dominar en gran medida a los otros animales y a algunos elementos de la naturaleza, no se puede decir que su supervivencia está garantizada y aún más, por los cambios que se han presentado en el transcurso de su historia, la supervivencia de los individuos se ve afectada por nuevos y complejos factores que como aparecen se tienen que combatir. Un mecanismo de defensa contra algunos de estos factores es lo que se conoce como "seguro".

Para entender la importancia del seguro, es necesario saber no sólo de dónde viene y a dónde ha llegado, sino también la situación en que se creó y las soluciones que ofrecía.

Como ya se mencionó, el hombre forma grupos para conseguir la protección y facilitar la supervivencia conjunta, construye casas y aldeas, forja herramientas para la caza y aprende las técnicas de cultivo con la intención de conseguir sus satisfactores primarios: protección, alimento y abrigo.

La cada vez más creciente organización de la sociedad humana trae consigo la acumulación de personas y actividades que originan a su vez la especialización de las personas que conforman la sociedad, y las actividades que éstas realizan traen consigo la idea de la especialización e intercambio, primero dentro de cada comunidad y luego entre comunidades; inicialmente todos los miembros de una comunidad se dedicaban tanto a la caza y al cultivo como a la construcción, posteriormente, algunas familias se especializaron en el cultivo, algunas otras a la caza y las restantes a la construcción, teniendo que intercambiar los frutos de cada actividad por los frutos de las actividades restantes, por último, se empezaron a dar actividades más relevantes en una y otra comunidad, de tal suerte que los frutos que lograba una comunidad diferían de los que obtenía otra, por lo que el intercambio se empezó a dar entre comunidades.

Esta especialización y crecimiento ocasionó también cambios en el riesgo. Inicialmente, el riesgo de la sobrevivencia residía en la protección contra animales, la naturaleza o bien, en encontrar el alimento y el abrigo. Ahora, el riesgo estaba en perder la herramientas o el conocimiento que otorgaban dicha protección o abrigo, esto es, si se perdían las construcciones, útiles y herramientas no se lograría sobrevivir (*daños a las cosas*) y si desaparecía, moría o enfermaba el individuo que dominaba todos los secretos de alguna actividad, tampoco se lograría sobrevivir (*daños a las personas*). Entonces, los riesgos iniciales pasaban a un segundo plano dejando en el primero a todos aquellos acontecimientos que no se pueden evitar ni prever, que tienen consecuencias directas sobre estos elementos. El incendio y fenómenos naturales que pueden destruir, los accidentes y enfermedades que matan, invalidan o interrumpen las actividades, etc.

Es entonces cuando, al igual que al principio de la historia, el hombre se reúne en grupos para protegerse de estos nuevos riesgos, pero no para evitarlos, ya que no está en posibilidades de ello, sino para que en conjunto puedan indemnizar por los daños ocasionados por la ocurrencia de algún riesgo. De este principio surgen los seguros de daños a las cosas, mientras que el seguro de personas pretende resarcir las pérdidas ocasionadas por daños a las personas.

1.2 Naturaleza del Seguro de Gastos Médicos Mayores

Este seguro pretende brindar, a quienes se encuentren dentro de su cobertura, la tranquilidad frente a cualquier circunstancia adversa que provoque un problema de salud que derive en la necesidad de alguna intervención quirúrgica o de algún tratamiento especializado que a su vez, represente en un importante egreso familiar.

El Seguro de Gastos Médicos Mayores se encuentra actualmente considerado como una necesidad de cada vez un número mayor de personas, pues las ventajas prácticas en cuestiones de salud han tenido una apreciación significativa, sobretudo en economías hiper-inflacionarias como la que nuestro país ha presentado en los últimos años, que ha ocasionado un incremento importante en los costos médicos.

Sin embargo, es relevante mencionar cuáles fueron los inicios de este tipo de seguro a lo largo de la historia ya que nos permitirá tener una visión más amplia de lo que ha significado para el ser humano el cuidado de la salud, así como la historia de este seguro en nuestro país.

1.2.1 Necesidad de protección médica privada

Conforme avanza el tiempo, la tecnología ha ido evolucionando la ciencia médica a niveles nunca antes imaginados, de tal forma, que en la actualidad, casi todos los padecimientos que se presentan dentro de nuestra sociedad, encuentran respuesta favorable para su adecuada evolución, gracias a los impresionantes avances médicos de los últimos años.

Asimismo, las herramientas médicas han sido perfeccionadas y su nivel de eficiencia ha ido creciendo gradualmente. Sin embargo, el avance tecnológico y su implementación, trae consigo una importante liberación de recursos económicos que permitan brindar atención médica de primer nivel a la gente que así lo requiera.

En nuestro país se ha observado un creciente número de personas que se encuentran bajo algún esquema de Seguro de Gastos Médicos Mayores que pueden atribuirse a diferentes causas, entre las que podemos mencionar las siguientes:

- El establecimiento de convenios entre las aseguradoras, médicos y hospitales de primer nivel para tener un mejor control de la siniestralidad y estar en posibilidades de ofrecer primas más atractivas a los interesados, pues se reduce el costo médico por concepto de facturación a proveedores médicos.
- La competencia cada vez más abierta entre las aseguradoras que trae consigo el establecimiento de un mejor servicio y una eficiente atención al cliente.
- El interés de los asegurados de otorgar a sus familias una mejor atención médica a través de instituciones médicas privadas y de hospitales de primer nivel que ofrezcan mayor eficiencia en la atención y tratamiento de enfermedades.
- Las ventajas fiscales que representa para los empresarios otorgar este beneficio a sus trabajadores pues el Seguro de Gastos Médicos Mayores es deducible de impuestos. Por otra parte, se transforma en un incentivo para los trabajadores el saber que cuentan con servicios médicos en complemento con los que ofrece el Instituto Mexicano del Seguro Social, considerándose como una forma de retención del personal.

Estas y otras razones han sido factores importantes en el crecimiento del número de asegurados, que denotan la cada vez más creciente demanda de servicios médicos por parte de un mayor número de personas que exigen mayor eficiencia y calidad de dichos servicios.

1.2.2 Orígenes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en nuestro país

El Seguro de Gastos Médicos Mayores ha pasado por una evolución que, a pesar de su reciente desarrollo, es necesario conocer pues nos permitirá ubicar al seguro en su actual dimensión.

Los primeros datos⁽¹⁾ al respecto los encontramos con la fundación de la compañía Mexicana de Riesgos y Accidentes, S.A. en 1918. En esa época sólo se manejaba como cobertura la correspondiente a Gastos Médicos por Accidente, cobertura que a la fecha sigue existiendo en la mayoría de las compañías que manejan este ramo.

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

En 1935 se establecen las bases para la definición de quien tendría la facultad para operar los riesgos relacionados con un seguro, siendo las compañías de seguros las únicas autorizadas para el manejo de los seguros de cualquier tipo. En este mismo año, la mayoría de las compañías extranjeras salen del país pues se niegan acatar la nueva ley, ya que las obliga a invertir las reservas en México. Dicha reglamentación se mantiene en nuestros días y no ha permitido que empresas que no son identificadas como compañías de seguros practiquen actividades donde prevalezca cualquier compromiso en función de un evento incierto.

En 1936 es expedido el reglamento que daba forma al actual seguro de vida grupo, cuyo origen fue eminentemente social pues permitía a todos los trabajadores tener protección en caso de muerte sin la presentación de examen médico. Este reglamento mencionaba el hecho de que en tanto no exista uno relativo al ramo de accidentes se aplicaría éste en lo conducente a seguros donde fueran contratados como un grupo pero con la cobertura de accidente. Esta situación prevalece a la fecha ya que no se ha publicado un reglamento para el ramo de accidentes y enfermedades.

En 1943 se crea la Asociación Mexicana de Medicina del Seguro, A.C. la cual no sólo buscó el perfeccionamiento académico de sus asociados, sino que también, a través del intercambio de experiencias de todas las compañías aseguradoras, buscó acrecentar los conocimientos del mercado en lo referente a la selección médica de los riesgos de vida y fundamenta las bases del incipiente ramo de accidentes y su futuro desarrollo.

Para 1950 había en México 68 compañías de las cuales seis se dedicaban al seguro de accidentes y salud. Este antecedente permite ubicar el nacimiento del ramo de gastos médicos al cual se le llamaba de salud por el tipo de coberturas que ofrecía, mismas que eran limitadas y se contrataban por separado en función a la necesidad específica que se quisiera cubrir.

⁽¹⁾ Información obtenida del libro "Seguro de Gastos Médicos Mayores en México"

También fueron determinados los conceptos que involucran el cálculo de la retención máxima para cada ramo y en particular para el ramo de Accidentes y Enfermedades, así como el capital mínimo que debe mantener cada institución para que pueda operar el ramo, por ejemplo era necesario un capital de \$500,000 a \$1'000,000 y la retención máxima era del 5% del capital. En 1962 es modificado el reglamento del seguro de grupo y mantiene su relación con el seguro de accidentes y enfermedades.

Evolución Histórica de las coberturas

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

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

Una vez asignada la letra que corresponde al riesgo, se le asignaba una cuota por millar por los primeros \$5,000, otra cuota por los siguientes \$15,000 en exceso de los primeros \$5,000 y la última en exceso de los primeros \$20,000. Este tipo de tarificación asumía que por los primeros pesos de esa época deberían cobrarse más ya que eran los más probables a ser gastados, situación que con el tiempo se debió modificar e ir adaptando a las condiciones económicas de cada época, aunque la clasificación de riesgos se mantiene hasta nuestros días.

Las variedades de cobertura eran por 24 horas de cobertura o por un corto plazo; para un grupo legalmente establecido o para uno selectivo; para una escuela o para un sólo viaje. Como puede apreciarse, ya existía un desarrollo conceptual importante de este tipo de seguro previo al desarrollo del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Sin duda el que existiera sólo la cobertura por accidente hacía necesario que se desarrollara otra alternativa que cubriera gastos por enfermedades lo cual también involucraba una probabilidad de ocurrencia y por lo tanto sujeta de seguro.

Fue de esta manera que surge el ramo de hospitalización que sólo cubría este evento, posteriormente surge el seguro de salud, cuyas características generales se listan a continuación:

1. *Cuarto y Alimentos (por enfermedad)*. Este beneficio podía otorgarse por periodos de 31, 60, 90 o 120 días, a opción del solicitante, y cuando éste, como asegurado y por la naturaleza de la enfermedad que sufre, fuese internado en algún hospital o sanatorio.

2. *Intervención Quirúrgica (con catálogo, por enfermedad)*. Mediante este beneficio la compañía reembolsaba los honorarios de cirujano y ayudantes erogados a consecuencia de una intervención quirúrgica, hasta el límite establecido. Este beneficio podía ser contratado considerando un catálogo de honorarios.
3. *Gastos Extras (por enfermedad)*. Teniendo como límite el establecido en la póliza, se reembolsaba al asegurado únicamente el costo de los gastos estipulados en el endoso correspondiente a este beneficio, siempre que éste se encontrara internado a consecuencia de una enfermedad.
4. *Visitas Médicas (por enfermedad)*. Mediante esta cobertura la compañía reembolsaba al asegurado los honorarios por visitas médicas en sanatorio u hospital, durante su permanencia en el mismo con un máximo de 30 visitas a razón de una diaria, siempre que no hubiera sido intervenido quirúrgicamente y sin que haya excedido la cantidad contratada.
5. *Subsidio Diario por Enfermedad (periodo máximo 365 días o 730 días)*. Este beneficio solo se podía vender si se tenía contratado el subsidio diario por accidente, por períodos de pago máximos a 1 o 2 años, a opción del solicitante; y por períodos de espera de 7, 14, 31 o 62 días.

Estos beneficios se hacían efectivos durante las 24 horas del día y en cualquier lugar del mundo. Tratándose de hospitalización, sólo se reembolsaban los gastos médicos cuando eran erogados dentro de un hospital o sanatorio legalmente establecido.

Podían asegurarse personas que gozaran de buena salud desde 30 días hasta 55 años de edad, si se trataban de pólizas iniciales; en la renovación se ampliaba hasta 59 años. Para efectos del subsidio diario, la edad mínima era de 12 años, tratándose de los hijos, los mayores de 30 días y menores de 18 años que fueran solteros y dependieran económicamente del contratante; también eran sujetos de cobertura de los cuatro primeros puntos aquellas personas que vivían con el contratante, que no tuvieran remuneración por su trabajo y que estuvieran dentro de los límites de aceptación y de asegurabilidad.

Las principales exclusiones de esta cobertura inicial eran:

1. Enfermedades preexistentes.
2. Maternidad, tratándose de parto normal o aborto.
3. Amigdalitis, adenoiditis, hernias, circuncisiones, hemorroides o cualquier proceso fisiológico - patológico que afectara los órganos genitales de la mujer.
4. Tratamientos dentales, gingivales o alveolares, cualquiera que sea su origen.
5. Tratamiento médico o quirúrgico para la esterilización o control de la natalidad.
6. Exclusiones que figuraban en los endosos anexos a las pólizas.

Posteriormente, el seguro de salud evolucionó al Seguro de Gastos Médicos Mayores cuyas características se analizarán más adelante.

Podemos describir rápidamente al seguro inicial de hospitalización como un producto que se dirigía solo por requerimientos del hospital, el de salud como un producto que se cubría por módulos de necesidades, pudiendo abarcar desde un solo concepto hasta la totalidad de lo que posteriormente abarcaría la póliza del Seguro de Gastos Médicos Mayores. Esto daba como resultado que el contratante sintiera insatisfacción al momento de ocurrir un evento en el cual solo una parte de los conceptos que tenía que pagar al hospital y médicos eran cubiertos por la póliza, ya que así lo había contratado.

Derivado de la necesidad de cubrir bajo el solo rubro el costo de la atención hospitalaria y los honorarios médicos es que se inicia el concepto de ofrecer una cobertura integral. Sin embargo, la póliza inicial de Gastos Médicos Mayores ofrecía coberturas limitadas que motivaron la creación de nuevos productos que, bajo el mismo nombre, tenían diferencias importantes en la forma de pagar las reclamaciones.

El primer paso fue cubrir los honorarios médicos a través de un catálogo diferenciado por cada compañía. Posteriormente surgen planes sin límite para este concepto, lo que permitía considerar la suma asegurada por padecimiento como límite.

Era de esperarse que este criterio originara fuertes pérdidas a algunas compañías debido al impedimento de establecer control sobre los gastos, incrementándose notablemente la siniestralidad. Era muy claro que los gastos médicos a través de compañías de seguros eran mayores que los que se deberían de cubrir si no existiera póliza de por medio.

A pesar de esta tendencia, este tipo de productos sin límite permanecieron en el mercado motivados por rendimientos financieros que soportaban las pérdidas técnicas que ocasionaban las desviaciones en siniestralidad.

Al momento de cambiar las condiciones económicas era necesario replantear el producto debido a que las primas estaban creciendo de manera alarmante derivada del alto nivel del monto de las reclamaciones y de la frecuencia de las mismas. Considerando que la prima está en función del monto y de la frecuencia de reclamaciones, la variable frecuencia era conocida con aproximación, pero la variable monto no era posible determinar debido a la gran diferencia en los importes que son pagados por un mismo procedimiento.

Para estar en posibilidades de establecer el precio adecuado se presentó un cambio en el esquema de los diferentes productos implantando el catálogo, considerando el elaborado por el mercado en su conjunto, que mostraba uniformidad de criterios en los montos a liquidar y se daba aún como opción que el contratante decidiera que base se le aplicaba al catálogo, lo cual hacía que planes con mayor pago en relación a honorarios quirúrgicos pagaran mayor prima, haciendo más equitativo este ramo.

Posterior a este movimiento de planes limitados, resurgieron los planes sin límite pero como planes alternativos a los planes con base de catálogo pero con una marcada diferencia en el costo. A pesar de esta diferencia, el público usuario prefería los planes sin límite.

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

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

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

A pesar de los controles anteriores fue necesario crear planes que cubren bajo el concepto de "costo usual y acostumbrado" del lugar donde se reciben los servicios, a asegurados que quieran seguir un camino a través de su médico habitual y el hospital que ellos prefieran sin ningún control. Este sistema está basado en pagar solo lo pactado y evitar alguna desviación en costos, motivada por la falta de intervención y seguimiento de la compañía con los distintos proveedores que participan en el proceso.

En los últimos veinte años el Seguro de Gastos Médicos Mayores ha crecido en forma muy importante ya que de tener una participación en el mercado de seguros casi nula, ha llegado a niveles de casi el 10% del mercado de seguros⁽²⁾ lo que confirma su importancia para la sociedad y para la economía en su conjunto.

1.3 Conceptos Básicos

Para entender mejor el alcance del Seguro de Gastos Médicos Mayores, es importante mencionar los principales conceptos que se establecen en las pólizas de este seguro⁽³⁾.

Se considera como objeto del Seguro de Gastos Médicos Mayores la protección en la asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica y de rehabilitación al 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 que en cada caso corresponda.

⁽²⁾ De acuerdo a la información de los Anuarios Estadísticos de la CNSF

⁽³⁾ Con base en lo establecido en las Condiciones Generales de PROMEDICA

Para este esquema serán aplicables las siguientes definiciones de uso generalizado en el mercado mexicano:

- Accidente:** Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del asegurado, por lo tanto no se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado.
- Enfermedad:** Se entenderá por enfermedad, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.
- Enfermedades Preexistentes:** Las diagnosticadas por un médico antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada asegurado. Es decir, se considerarán las enfermedades que son diagnosticadas por un médico antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada asegurado, las que son aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pueden pasar desapercibidas.
- Padecimiento:** Término para referirse al accidente y/o enfermedad.
- Cesárea:** Técnica quirúrgica que a través de una incisión practicada en las paredes abdominal y uterina, es indicada para obtener un producto vivo y preservar la salud de la madre e hijo, apoyada en un diagnóstico médico justificado.
- Hospitalización:** Es la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio, siempre y cuando la persona sea clasificada como paciente interno.
- Asegurado Principal:** Es aquella persona que aparece como titular del seguro.
- 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.
- Suma Asegurada:** Es el límite máximo de responsabilidad que asume la aseguradora por cada asegurado, a través del contrato de seguro, sujeto a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura. Dicho límite máximo será aplicado a cada enfermedad o accidente y en su caso se verá afectado por el deducible y el coaseguro correspondiente.
- Deducible:** Es la cantidad fija indicada en la carátula de la póliza que queda a cargo del asegurado por cada enfermedad. Cuando se trate de gastos originados por un accidente, no se aplica deducible.
- Coaseguro:** Es la participación económica del asegurado en el gasto incurrido por cada enfermedad, estipulado como porcentaje que se aplica al monto total de los gastos cubiertos en exceso del deducible para cada reclamación. Cuando se trate de gastos originados por accidente, no se aplica coaseguro.
- Honorarios Médicos:** Son aquellos honorarios de médicos alópatas legalmente autorizados para ejercer su profesión.
- Interconsulta:** Atención médica que el paciente requiere de otra especialidad diferente a la de su médico tratante, durante su estancia hospitalaria.
- Recursos Médicos con Convenio:** Son los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos y gabinetes que trabajan en convenio con la aseguradora para la atención médica de los asegurados. A dicho convenio se le denomina Sistema de Pago Directo.
- Pago Directo:** Sistema de pago en el cual la aseguradora liquida directamente a los Recursos Médicos con Convenio, los gastos cubiertos por la presente 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 póliza.

Pago por Reembolso:	Son las indemnizaciones que la compañía efectúa directamente al asegurado cuando presenta una reclamación amparada por la póliza y la atención médica no se efectuó en los Recursos Médicos en Convenio con la aseguradora o cuando el asegurado liquidó directamente al prestador de servicios médicos, los gastos erogados. A dicha indemnización se le restará el importe correspondiente al deducible y coaseguro.
Catálogo de Honorarios Quirúrgicos:	Relación de procedimientos quirúrgicos en los cuales se indica el porcentaje que, aplicado a la Suma Base contratada por el asegurado para Catálogo de Honorarios Quirúrgicos determina el monto máximo de responsabilidad de la compañía por concepto de Honorarios Médicos.

Mencionaremos los alcances de la cobertura del Seguro de Gastos Médicos Mayores, de acuerdo a la práctica común del mercado, así como los diferentes rubros que se encuentran incluidos:

Gastos Cubiertos

Quedan amparadas las erogaciones resultantes de los conceptos enumerados a continuación, prescritos por un *médico alópata y/o cirujano legalmente autorizado(s)* para el ejercicio de su profesión y que sean estrictamente indispensables y necesarios para la atención o tratamiento de un accidente o enfermedad amparados ocurridos durante la vigencia de la póliza, considerando que se cubrirá el costo de los mismos hasta la suma asegurada contratada.

Quedarán a cargo del asegurado la cantidad deducible y el porcentaje (coaseguro) aplicable a todos los gastos realizados cuando se presente una reclamación por enfermedad amparada. En caso de gastos efectuados por el asegurado a consecuencia de un accidente, no se aplicará ni el deducible ni el coaseguro.

Medicina de Consultorio

1. **Visita Médica:** Honorarios por consultas médicas en Sanatorio u Hospital, consultorio o domicilio a razón de una consulta o visita médica máxima por día.
2. **Medicamentos:** Medicamentos adquiridos fuera del hospital o sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes y se relacionen con el padecimiento en tratamiento.
3. **Diagnóstico:** Análisis de laboratorio; estudios de gabinete (radiología, resonancia magnética, tomografía axial computarizada, otros estudios para diagnóstico); otros métodos auxiliares para diagnóstico.

Hospitalización

Se cubrirán los Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Asegurado a consecuencia de accidente o enfermedad cubierta que se presente, correspondientes a:

1. Cuarto privado estándar o su equivalente en costo, entendiéndose por tal un cuarto con teléfono, televisión y baño privado.
2. Los gastos inherentes al tratamiento médico - quirúrgico.
3. Gastos originados por tratamientos fisioterapéuticos o de radioterapia, tales como, radioterapia superficial y profunda, rayos infrarrojos, rayos ultravioleta, etc., así como otros tratamientos similares.
4. Cama extra para un acompañante.

De la misma forma, se encuentran cubiertos los gastos originados por consumo de oxígeno, así como la aplicación de soluciones parenterales, antimicrobianos, anti-tóxicos, entre otros, cuando el paciente se encuentre recluido, incluso en su domicilio, siempre y cuando hayan sido prescritos por el médico tratante. Asimismo, los gastos originados por tratamientos médicos de Inhaloterapia.

Los honorarios por interconsultas médicas en Sanatorio u Hospital en caso estrictamente necesario, a razón de una diaria mientras el caso lo amerite.

Los gastos originados por concepto de enfermeras, instrumentistas, circulantes y personal con funciones similares que presten sus servicios dentro del hospital en quirófano, terapia intensiva o cuartos para la atención directa al Asegurado.

Tratamiento Quirúrgico

Dentro del tratamiento quirúrgico se encuentran cubiertos los honorarios del cirujano, observando los porcentajes tabulados en el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos, aplicados a la suma base contratada por el asegurado, así como los de los ayudantes médicos hasta los porcentajes estipulados y de aplicación general en el mercado:

Anestesiólogo, 30% de los honorarios del cirujano
Primer ayudante, 20% de los honorarios del cirujano
Segundo Ayudante, 10% de los honorarios del cirujano
Instrumentista, 5% de los honorarios del cirujano

Los gastos por equipo de anestesia, los gastos de Sala de Operaciones o de Curaciones (incluyendo los conceptos necesarios referentes a insumos y uso instrumental quirúrgico) y aquéllos relativos a las transfusiones de sangre y/o plasma, se encuentran amparados.

Cesárea y Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio

En este rubro, existen diferencias importantes entre las compañías aseguradoras, pues generalmente están en función de la siniestralidad de cada una de ellas (costo) y de las condiciones establecidas por el mercado (condiciones específicas de cobertura).

De esta forma, se puede encontrar como una cobertura adicional o integrada la costo del seguro lo que implica variaciones importantes del valor monetario de dicha cobertura. Por lo que respecta a las condiciones específicas, existen compañías que la cubren la cesárea siempre y cuando sea la primera en la vida de la mujer asegurada (cónyuge o titular) y solamente si la gestación inicia durante la vigencia de la póliza, y otras que no consideran límites para que pueda ser cubierta, incluyendo aquellos gastos que se presentaren en fecha posterior al término de vigencia de la póliza.

Cabe mencionar que también existe la cobertura adicional de Parto Normal o de Maternidad ofrecida por algunas compañías, con la aplicación de condiciones especiales.

Anomalías Congénitas del Recién Nacido

Una cobertura interesante dentro del mercado asegurador mexicano es la de cubrir los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas así como por padecimientos congénitos de los hijos del Asegurado que hayan nacido durante la vigencia la póliza, estableciendo el interés por ofrecer una protección integral a los hijos de los asegurados bajo este esquema siempre que el dependiente sea dado de alta dentro de los 30 días a partir de su nacimiento.

Tratamientos y Aparatos de Rehabilitación, Ortopédicos y/o Prótesis

En este rubro se cubre el tratamiento especializado de empresas que brinden servicios de rehabilitación debidamente acreditados en alguna especialidad médica, derivada de alguna enfermedad o accidente cubierto, incluyendo aparatos de rehabilitación, ortopédicos y/o prótesis, como son:

1. Gastos originados por la renta de Cama especial para Enfermo, Muletas, Pulmón Artificial, Silla de Ruedas mecánica, así como otros aparatos semejantes.
2. Gastos que resulten de los aparatos de prótesis dental, miembros artificiales o prótesis, aparatos ortopédicos, marcapasos, siempre y cuando el padecimiento esté cubierto.

Accidentes

Cualquier accidente que se presente durante la vigencia de la póliza y que amerite tratamiento médico o quirúrgico, se encontrará cubierto considerando a todas las lesiones sufridas como un solo evento.

Por las características propias del accidente quedarán cubiertos los gastos derivado de lesiones específicas como:

1. Lesiones y fracturas por Traumatismos Dentales.
2. Intervención Quirúrgica de carácter reconstructivo - funcional que resulten indispensables para restablecer la salud del asegurado.
3. Lesiones sufridas cuando el asegurado viaje como ocupante de alguna motocicleta, bicimoto, motoneta u otros vehículos de motor similar.
4. Lesiones sufridas por el asegurado cuando viaje como pasajero de aeronaves particulares, siempre y cuando la persona que conduzca la aeronave cuente con licencia autorizada y en vigor.

Cada compañía establece condiciones para que el accidente sea atendido como tal. Por ejemplo, puede requerirse que el reporte del accidente a la compañía se lleve cabo dentro de cierto periodo de tiempo. Si el tratamiento, a consecuencia de un accidente, se inicia después de 90 días de ocurrido este, se clasificará como enfermedad.

Otros Gastos Cubiertos

Existen algunos gastos que complementan el tratamiento o la atención médica o que favorecen la misma como los son la atención de una enfermera especial, transporte en ambulancia terrestre, que se encuentran generalmente cubiertos por los esquemas de Gastos Médicos Mayores.

Padecimientos con Periodo de Espera

En el ámbito nacional, las compañías establecen periodos de tiempo mínimos para brindar cobertura a ciertas enfermedades o accidentes. Generalmente dichos periodos se aplican a padecimientos que por su frecuencia o por el monto esperado de pago, representan una posible pérdida para la compañía de seguros. Algunas de estos padecimientos se mencionan a continuación y son igualmente sujetos a los criterios de cada compañía aseguradora:

1. Enfermedades Preexistentes.
2. Padecimientos Específicos.
 - a) Afecciones de las glándulas mamarias.
 - b) Amigdalitis y/o adenoiditis.
 - c) Litiasis renal y vesicular cuyo tratamiento médico - quirúrgico sea por medio de litotripsia.
 - d) Meniscopatías.
 - e) Nariz y/o senos paranasales.
 - f) Etc.
3. Trasplante de Organos.

Últimos Gastos

El evento de la muerte puede presentarse como una consecuencia de algún accidente o enfermedad a la que estuvo expuesto el empleado, por lo que no es extraordinario observar que dentro de este seguro pueda verse incluida, como una cobertura adicional, un seguro de vida con un monto acorde a las necesidades inmediatas que se presentan al fallecer el titular de la póliza.

Esta cobertura pretende cubrir, entre otros gastos, la inhumación o cremación, el ataúd o urna, el traslado del cuerpo del hospital o domicilio a la agencia funeraria o cementerio, etc.

1.4 Limitaciones

A efectos de buscar el equilibrio técnico, el seguro aplica exclusiones a la cobertura, misma que se detallan a continuación.

Gastos No Cubiertos

No quedaran cubiertos los gastos resultantes de los conceptos listados a continuación:

- a) **Exceso de los límites de responsabilidad de la póliza:** Los gastos efectuados en exceso de las limitaciones de cobertura ni la cantidad en exceso de los montos máximos indemnizables por honorarios quirúrgicos.
- b) **Tratamientos psicológicos o psiquiátricos:** Enfermedades mentales que no obedecen a ninguna causa evidente, entre ellas podemos mencionar enajenación mental; estados de depresión psíquica, nerviosa o estrés; histeria; manifestaciones clínicas como las crisis conversivas; neurosis o psicosis; trastornos del aprendizaje; estudios y tratamientos originados por alteraciones del sueño; retrasos mentales ya sea por accidente o enfermedad; cualquier tipo de demencia (senil, precoz, presenil); trastorno de la conducta o de la personalidad a consecuencia del alcoholismo o de las toxicomanías; etc.
- c) **Tratamientos médicos a farmacodependientes:** Cualquier tratamiento o enfermedad que resulte a consecuencia de alcoholismo y/o toxicomanías.
- d) **Tratamientos gineco - obstétricos, pediátricos y climaterio:** Tales como abortos y legrados cualquiera que sea su causa; control, vigilancia y asistencia prenatal; los gastos anteriores y posteriores a la operación cesárea, excepto las curaciones realizadas en el hospital; gastos por atención de niños prematuros; tratamientos pediátricos del recién nacido; menopausia, etc.
- e) **Anomalías congénitas o genéticas:** Padecimientos congénitos tanto del asegurado como de sus dependientes, presentes ya en el momento de la contratación de la póliza; padecimientos genéticos que herede el recién nacido.

Lesiones Corporales Excluidas

Existen algunas lesiones que podrían ocasionar una atención médica que repercutiría en un gasto médico mayor, que debido a su frecuencia son excluidas para evitar desviaciones que impacten significativamente al esquema.

Por lo tanto, y para efectos de mantener un equilibrio no se cubren las lesiones que el asegurado sufra en:

1. Actividades belicosas y reyertas, en el que el empleado participe directamente, como actos de guerra, insurrección, rebelión o riñas, cuando el empleado haya sido el provocador; actos de terrorismo; actos delictuosos intencionales; huelgas y alborotos populares; y servicio militar de cualquier clase.
2. La práctica amateur, profesional u ocasional de ski acuático y en nieve, buceo; motociclismo acuático y terrestre, etc. cualquier deporte que a criterio del área encargada de la atención de reclamaciones sea considerado como peligroso.
3. Cuando el asegurado viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, así como instructores de vuelo y sus alumnos.
4. Cuando el asegurado viaje como piloto u ocupante de algún automóvil, motocicleta, bicimotor, motoneta o cualquier otro vehículo de motor similar, en la práctica de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
5. Cualquier accidente en automóvil, motocicleta, bicimotor, motoneta o cualquier otro vehículo de motor, cuando el asegurado sea el conductor y se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de enervantes.
6. Suicidio. Lesión provocada por suicidio o intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Padecimientos Excluidos

Debido al costo que representan ciertos tratamientos se excluyen de la cobertura del Seguro. Los más representativos se mencionan a continuación:

Anomalías en el desarrollo de los huesos

1. Tratamiento médico o quirúrgico para el pie plano, hallux valgus, geno - varo y geno - valgo.
2. Tratamiento médico quirúrgico para corregir la escoliosis, lordosis, xifosis y sus variantes.

Tratamientos oftalmológicos, audiológicos y dentales

1. **Oftalmológicos.** Anteojos, lentes de contacto, lente intraocular; tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, miopía, hipermetropía y estrabismo, cualquiera que sea su origen; y, tratamientos de queratotomía radiada y trasplantes de córnea.
2. **Audiológicos.** Aparatos auditivos.
3. **Dentales.** Tratamiento médico o quirúrgico de tipo dental, maxilo - facial, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su causa excepto lo asentado en la parte correspondiente en gastos amparados.

Tratamientos preventivos

1. Curas de reposo.
2. Exámenes médicos generales para comprobación de estado de salud, conocidos con el nombre de "check - up".
3. Cualquier otro tratamiento de medicina preventiva.

Tratamientos por médicos no alópatas

Por consideraciones respecto a la efectividad para sanar a los empleados, cualquier tratamiento efectuado por médicos acupunturistas, homeópatas, naturistas y quiroprácticos se encuentran fuera del alcance de cobertura de este producto.

SIDA (Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida). Debido a que aún no se establece un tratamiento eficaz en el tratamiento de esta enfermedad, pues las investigaciones aún se presentan de forma experimental, y considerando el costo que estos tratamientos representan, se excluye la atención de este padecimiento así como sus complicaciones.

Misceláneos

Algunos padecimientos que van en relación directa con problemas hormonales o de envejecimiento o que cuya atención no se considerada como necesaria para el mantenimiento de un buen estado de salud, se encuentran excluidos de la cobertura del programa de Gastos Médicos Mayores. Ejemplos de estos padecimientos son calvicie, acné, circuncisión, esterilidad, control natal, intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, medicina experimental, tratamiento médico o quirúrgico por problemas de peso, obesidad, de talla baja o crecimiento.

Gastos extras en hospitalización, no cubiertos

Por ser gastos que no repercuten en el bienestar o al menos no garantizan un mejor restablecimiento de la salud del paciente, se excluyen en general los gastos realizados por acompañantes durante el internamiento en sanatorio u hospital, así como las gratificaciones a establecimientos de caridad y con motivo de donaciones de sangre; artículos de tabaquería, golosinas, florería, revistas, periódicos, artículos para el arreglo personal, artículos para el cuidado y aseo personal, compra y/o renta de videocasetes, equipo de filmación y/o similares, habitaciones denominadas "suites" o su equivalente, cuyo costo sea superior al de una habitación estándar, llamadas telefónicas de larga distancia, tanto del paciente como de sus acompañantes, reposición de aparatos ortopédicos y/o prótesis, etc.

Riesgos no cubiertos

Existen algunos riesgos que se excluyen de la cobertura porque de presentarse aumentarían de manera considerable la siniestralidad. Dichos riesgos se mencionan a continuación:

1. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de salud.
2. Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radioactivas.
3. Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.

Se han expuesto las coberturas genéricas del Seguro de Gastos Médicos Mayores con la intención de que sirvan de base para el mejor entendimiento del esquema de protección médica que será expuesto en el presente trabajo, puesto que algunos de los conceptos mencionados serán aplicables a dicho esquema.

II. La Administración Corporativa de Siniestros

2.1 Antecedentes

En los últimos años, dado el considerable incremento en el número de empleados de algunas compañías nacionales y extranjeras, así como el incremento de la siniestralidad observada, ha sido inevitable el creciente aumento de las primas anuales requeridas por las compañías de seguros para hacer frente al riesgo de salud. Por lo anterior, las compañías que son consideradas "empresas grandes" han mostrado preocupación respecto al adecuado manejo del recurso financiero que se dirige al esquema de beneficios para empleados, en particular, a los programas de atención médica.

Adicionalmente, el crecimiento del índice de precios al consumidor, así como la inflación médica observada en los últimos años han jugado un papel determinante en el establecimiento de los costos por renovación de las pólizas del Seguro de Gastos Médicos Mayores, de tal suerte que la optimización del recurso financiero se ha conformado como un aspecto importante de análisis por parte de este tipo de empresas.

El incremento en las tarifas del Seguro de Gastos Médicos Mayores se ha mantenido a la par del índice inflacionario lo que implica para las empresas un creciente gasto, dadas las características de altos niveles de inflación de nuestra economía. Aun cuando existieran negociaciones especiales para el manejo del Seguro de Gastos Médicos Mayores de las empresas mediante la implementación de esquemas de Administración de Siniestros, mejor conocidos como esquemas de "Cash - Flow", los costos anuales sufren incrementos significativos.

Las empresas, bajo dichos esquemas, consideran como parte de su presupuesto el monto que será necesario para la atención de los gastos médicos mayores de sus empleados, tomando como base la "Prima Teórica", calculada tomando en cuenta el monto esperado de siniestralidad, la tasa inflacionaria médica anual esperada durante el tiempo que el esquema estará en vigor y el costo por administrar el esquema, tanto por parte de la compañía aseguradora (que brindará el soporte para que el servicio sea eficaz a través de su red de prestadores médicos) y por parte del intermediario (que se encargará de supervisar que el pago de las reclamaciones sea conforme a lo establecido en el contrato en beneficio de la empresa y de llevar a cabo las gestiones necesarias).

A pesar de que en muchos casos, se pueden negociar los porcentajes aplicados a la siniestralidad observada, es la falta de un estricto control de este último elemento, lo que provoca que los costos se incrementen cada año.

La fórmula que generalmente se aplica para determinar el costo esperado bajo un esquema de "Cash - Flow" es la siguiente:

$$PT = (MAS \times FCS \times IME) / (1-GA)$$

en dónde:

- PT** es la Prima Teórica, que representa el gasto esperado en la atención de siniestros de Gastos Médicos Mayores.
- MAS** es el Monto Acumulado de Siniestros a la fecha de evaluación. Es importante mencionar que estos cálculos se realizan, por lo general, antes del vencimiento del programa que es de doce meses, por lo que, en caso de que el cálculo se lleve a cabo antes de dicho vencimiento, se tendrá que hacer el prorrateo aritmético correspondiente.
- FC** es el Factor de Colas de Siniestros que se espera por concepto de continuidad de pago de reclamaciones por parte de la empresa.
- IME** es la Inflación Médica Esperada para el siguiente periodo que se fundamenta en las predicciones gubernamentales en este rubro.
- GA** representa los Gastos por Administración del esquema, en dónde se integran, tanto, la comisión del broker, como cierta utilidad esperada por parte de la compañía de seguros, siendo ésta quien se encargará de otorgar la atención médica al asegurado a través de su red de hospitales y médicos.

Derivada de la preocupación de las empresas para controlar el costo de sus programas de atención médica, el presente trabajo propone:

- ✓ Asignación de responsabilidades al interior de las empresas, considerando la adecuada determinación de funciones y un estricto control del gasto.
- ✓ Firme apego a las políticas de cobertura que se ofrecen.
- ✓ Implantación de un sistema de administración que se ajuste a las necesidades médicas reales de atención de los empleados.
- ✓ Implantación de programas de prevención de accidentes y enfermedades.

Lo anterior permitirá que el esquema de beneficios sea controlable en el mediano plazo y brindará la posibilidad de una adecuada planeación financiera. La búsqueda de la optimización de los esquemas médicos ha llevado a países como Estados Unidos a experimentar diferentes mecanismos que han probado tener resultados, por lo que la propuesta que será presentada, tomará como base uno de dichos esquemas: el esquema de Salud Administrada (Managed Care), por considerarlo aplicable a las empresas en nuestro país. Para ilustrar lo acontecido en Estados Unidos⁽¹⁾, la Salud Administrada ha dominado rápidamente el financiamiento y los servicios del cuidado de la salud: las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (OMSs) (Health Maintenance Organizations, HMOs) principales compañías a cargo de la Salud Administrada, han alcanzado 51 millones de afiliados en 1994. A pesar de que las estimaciones son menos confiables, el número de personas afiliadas en las Organizaciones de Proveedor Médico Preferido (OPMP) (Preferred Provider Organizations, PPOs) y sus variantes se comparan en número con aquéllas incluidas en las OMSs.

⁽¹⁾ Información obtenida de "The Managed Health Care Handbook"

Aún los planes tradicionales están adoptando los principios de la Salud Administrada; por ejemplo, la precertificación hospitalaria y la aplicación amplia de la administración, preocupándose por la innovaciones médicas, se ha convertido en la norma del Seguro por Indemnización. En el sector público, notablemente los sistemas "Medicare" y "Medicaid", apoyándose en la Salud Administrada está creciendo notablemente.

En nuestro caso, las técnicas que emplearemos serán las mismas que se utilizan en dichos esquemas de administración de la salud, cuya eficacia se encuentra demostrada. Dentro de esta técnicas se incluyen varias formas de incentivos financieros para los Proveedores Médicos, promoción del bienestar entre los empleados, identificación temprana de la enfermedad, educación del paciente, autocuidado médico y todos los aspectos de la administración de involucrados en la utilización del servicio médico.

2.2 Naturaleza del riesgo

El riesgo de perder el estado normal de salud del individuo, ya sea por la ocurrencia de un accidente o enfermedad, representa para las empresas un factor cada vez más determinante para lograr los índices de productividad indispensables en el mercado para obtener altos niveles de competencia en la que se encuentran inmersas todas las empresas nacionales y extranjeras, provocada por la gradual globalización de la economía.

Debido a lo anterior, el riesgo de la salud se sujetará a la aplicación de técnicas estadísticas con la intención de determinar su repercusión financiera y de establecer los mecanismos de control necesarios para corregir cualquier desviación.

2.3 Valuación del riesgo: Retención o Transferencia

No cabe duda que uno de los principales pasos que debe seguir la administración de la empresa es la valuación del riesgo de la pérdida de la salud de sus empleados, así como el establecimiento del esquema que garantice un óptimo aprovechamiento de las coberturas dirigidas a protegerlos contra esta contingencia.

Existen diversos factores que deben de ser tomados en cuenta para decidir sobre cuál será el camino que seguirá la empresa para enfrentar este riesgo, que como ya mencionamos anteriormente, está estrechamente vinculado con la productividad de las empresas.

El primero de ellos es establecer la situación financiera actual que guarda la empresa respecto al manejo habitual de su esquema de salud. Para empresas grandes, ya sea que consideren esquemas de protección bajo un esquema a través de un Plan Asegurado o a través del Sistema de Administración de Siniestros ("Cash - Flow"), será relativamente fácil determinar su posición financiera conociendo cuánto representa la prima pagada o la prima teórica, respectivamente, respecto al valor de su nómina anual.

Debido a que estos esquemas son considerados como beneficios adicionales financiados, en la mayoría de los casos, completamente por la empresa, considerar cuánto se gasta por este concepto con respecto a la nómina, nos permitirá visualizar, en términos monetarios, el costo que los servicios de salud representan para la compañía. De tal forma que pueda determinarse el costo de estos esquemas por empleado.

Así, para el tipo de empresa que consideramos, el costo bajo un Plan Asegurado, el costo puede ser desde un 4.0% hasta un 5.0% del valor de la nómina que dependerá en gran medida del nivel de sueldo pagado para cada uno de los sectores o divisiones que se incluyan, así como por el nivel de cobertura otorgado a dichos sectores.

En el caso de que sea utilizado un esquema de Administración de Siniestros este costo puede fluctuar entre un 2.5% y un 4.0%, dependiendo del porcentaje del monto de siniestros presentados y del nivel de cobertura otorgado.

Los porcentajes antes presentados se obtienen de considerar una empresa modelo de 1,000 empleados con sus dependientes económicos, que otorga diferentes niveles de beneficios por sector.

El segundo factor es llevar a cabo una profunda evaluación del sistema de salud actual que ayudará a distinguir el sistema más adecuado para el tipo de personal con el que cuenta la empresa, así como la identificación de áreas que requieren de mayor atención. Existen dos elementos importantes para la evaluación: el ajuste de la cobertura y la calidad en la atención⁽²⁾.

La evaluación del sistema debe determinar si los niveles de servicio esperados son alcanzados y si la cobertura estructurada está al alcance de los empleados. Debe determinar que los arreglos financieros con los proveedores sean efectivos respecto al costo y si el sistema es realmente viable. La evaluación identificará cualquier ineficiencia en la estructura actual de tal forma que se permita tener más atención a las mismas antes de la implementación del programa.

La evaluación también deberá brindar información para el monitoreo de la atención médica e incrementar la comprensión de los directivos de la operación. Adecuadamente manejada, una evaluación comprensiva del sistema puede crear un espíritu de sociedad entre la empresa y el área encargada de la administración del programa. También ayuda a la empresa a evitar sorpresas en el proceso de implementación.

⁽²⁾ De acuerdo al libro "The Managed Health Care Handbook"

El ajuste de la cobertura se refiere a la capacidad del programa médico para brindar servicios a los empleados. Refleja no sólo el porcentaje de empleados cubiertos sino también el número y la distribución de los proveedores médicos (tanto geográficamente como por área de especialidad). Debe haber un número suficiente de doctores de atención primaria para el manejo del volumen adicional de pacientes generados por el programa. En adición, los proveedores médicos deben estar localizados convenientemente para los empleados. Una sola área de servicio médica puede incluir diferentes localidades y pueden no corresponder con los patrones actuales de utilización. La ubicación física de doctores de atención primaria en relación con el lugar donde viven y trabajan los empleados impacta la utilización del sistema, y así el éxito último del programa.

Algunos factores de desempeño del programa influyen la calidad total del mismo. Lo primero es la administración del programa - las funciones administrativas que permiten que un programa funcione adecuadamente. La administración del sistema reúne todas las funciones centralizadas, incluyendo el control de la calidad y la administración médica. Es importante que los arreglos de un programa con los proveedores sean revisados para asegurar que existe un compromiso contractual hacia el programa de la empresa y hacia sus miembros. La revisión del programa también involucra:

- Procedimientos de administración médica, incluyendo referencias por especialidad y manejo de la gravedad.
- La condición financiera y legal actual del programa.
- Credenciales del proveedor médico, incluyendo educación médica, certificación o elegibilidad por alguna asociación, y práctica por el tipo de cobertura e historia.
- Sistemas de información utilizados para mantener y manipular los datos necesarios para la empresa.
- Calidad en aquellos aspectos que involucren la atención a los empleados, incluyendo acceso a la atención, patrones de tratamiento, la revisión del proceso, y la calidad y disponibilidad de representantes de servicio.

Una vez que el programa haya sido plenamente evaluado, se tendrá un mejor panorama sobre el camino a seguir para el financiamiento del mismo.

2.3.1 Tendencias Actuales

En nuestros días, las empresas con las características de número de empleados que hemos determinado, se inclinan por sistemas de administración de siniestros, "Cash - Flow", que sin lugar a dudas representan importantes ventajas a las empresas debido a las facilidades que otorga su administración.

Estos esquemas son ofrecidos por brokers o agentes de seguros, generalmente a través de compañías aseguradoras para empresas con un más de 1,000 empleados los cuales determinan una Prima Teórica que hace referencia al monto máximo de siniestralidad. En este tipo de esquema el concepto de prima se transforma refiriéndose al monto total anual de siniestros.

El cálculo de esta prima va en función de la siniestralidad observada, aplicándose el factor de inflación médica esperada para el próximo periodo y los gastos por administración que serán cobrados por la compañía aseguradora por cada trámite que se realice, como ya se ha mencionado.

Esta Prima Teórica supone la creación de un Fondo de Contingencias (que es administrado por la empresa) por la misma cantidad para hacer frente a las posibles reclamaciones durante el periodo establecido y, generalmente, se solicita a la empresa que contrate este esquema, que anticipe al menos dos doceavos de dicho monto para que la administración inicie y supone además que este fondo contará mensualmente con la aportación establecida.

Los gastos por administración serán cubiertos mensualmente por la empresa en función del total de reclamos atendidos por la compañía aseguradora.

Bajo este esquema la compañía aseguradora pone a disposición de la empresa su red médica de doctores y hospitales para la atención de los empleados, cónyuges y dependientes económicos, así como la dictaminación y control de los siniestros. La afectación del fondo para el pago de reclamaciones su fundamentará con el dictamen médico proporcionado por la compañía aseguradora.

La cobertura que se otorga generalmente considera los elementos que ofrecen las aseguradoras bajo un esquema normal de Seguro de Gastos Médicos Mayores, sin embargo, se otorgan coberturas y beneficios adicionales, pues finalmente quien aporta el dinero para la atención médica pertenece a la empresa, lo que le permite establecer un esquema más generoso de beneficios. El papel de la compañía aseguradora es entonces evitar abusos del esquema y el papel del broker o agente es asesorar a la empresa respecto al esquema de cobertura que debe tomar en cuenta las necesidades de atención médica de la empresa y establecer límites de suma asegurada y/o condicionantes de atención a ciertos padecimientos.

Es importante señalar que el mayor porcentaje por concepto de gastos de administración se debe generalmente a la intermediación del broker o agente de seguros, pues su comisión se encuentra actualmente en el rango de 8% a 10% y el cargo por administración por parte de la compañía de seguros, fluctúa entre un 7% a 8% por lo que el cargo total a la empresa va desde un 15% hasta un 18%.

Conforme avanza el tiempo, las empresas buscan cada vez más la optimización de todos los recursos financieros de la empresa, incluyendo aquellos que se destinan al otorgamiento de beneficios y los egresos por estos conceptos son cada vez más vigilados, de tal suerte que las empresas han iniciado análisis serios respecto al nivel de beneficios que tienen y sobre la manera, no sólo de reducir su costo, sino de que se de el mayor beneficio a los empleados por el dinero que se invierte en ellos.

Existen múltiples formas de optimizar dichos recursos, pues los mecanismos variarán por el tipo de empresa, nivel de utilización, nivel de apreciación de los empleados de sus esquemas de beneficios, práctica del mercado, etc.

Las empresas están buscando cada vez mejores caminos y soluciones para la reducción y optimización de su recurso financiero, encontrando caminos que van desde el trato directo con las compañías aseguradoras, evitando la triangulación y reduciendo los gastos por concepto de intermediación de este tipo de esquemas; hasta la creación de un área especializada dentro de la misma empresa para la atención directa y oportuna a sus empleados propuesta en el presente trabajo.

Por lo que respecta a la Seguridad Social otorgada por el Estado Mexicano, se esperan también cambios importantes en lo que se refiere a la reversión de cuotas indicada en el apartado 5.2. de Ampliación de la cobertura de la Seguridad Social señalado en el Programa de Reforma del sector Salud 1995-2000, con el que se pretende brindar a cada vez un mayor número de empresas la posibilidad de optar por esquemas privados de atención integral de sus empleados, mediante una mayor participación del gobierno en las aportaciones para garantizar la atención a las capas menos favorecidas de nuestra población con el apoyo que otorgan las aportaciones voluntarias contemplándose en el marco de las modificaciones a la Ley del Seguro Social, la creación del seguro de salud para la familia.

Sin duda estos son cambios importantes que establecen expectativas interesantes a las empresas mexicanas, con el apoyo gubernamental, de contar con mejores esquemas de atención médica.

2.3.2 Reaseguro

Como sucede con la mayoría de los riesgos que representan, en caso de agravarse, importantes pérdidas financieras, el esquema de atención médica se encuentra predispuesto a una pérdida financiera de relevancia para las empresas.

El reaseguro brinda fortaleza a los esquemas médicos y permiten hacer dichos esquemas más completos facilitando el sentimiento del empleado respecto al interés que la empresa centra en la salud de ellos y de sus familias.

El nivel de retención por parte de la empresa puede deducirse considerando diversos factores del comportamiento estadístico del programa de salud así como del recurso financiero que pretenda dirigirse a este rubro, siendo este último factor el que más es considerado. De tal suerte, podemos partir de la parte del presupuesto que la empresa pretenda dirigir al esquema médico al inicio del año, una vez que se haya presentado la planeación completa.

El ramo de accidentes y enfermedades es uno de los que se consideran con mayor cautela dentro del ramo reasegurador, especialmente por la gran incertidumbre que representa la atención de ciertos padecimientos en función del tiempo y de la esperanza de los montos erogados, sin embargo, a través de una adecuada negociación y el establecimiento de bases sólidas por parte de la empresa que permitan a la reaseguradora apreciar la viabilidad del proyecto de brindar apoyo en caso de presentarse desviaciones importantes, el reaseguro alentará a la empresa al mantenimiento del programa médico, así como a su mejoramiento.

Existen otros métodos que pueden apoyar a las empresas, diferentes al reaseguro, para el fortalecimiento del esquema. Uno de ellos es el conocido como "Stop - Loss" que es generalmente ofrecido por las compañías aseguradoras y consiste en un contrato que responsabiliza al reasegurador a hacer frente a los gastos generados por el esquema, una vez que éstos excedan de algún límite hasta cierto monto cobrando la prima correspondiente.

El inconveniente de esta opción es que generalmente se establece como requisito que la administración de los siniestros del esquema se lleve a cabo a través de la compañía aseguradora, con el respectivo porcentaje por concepto de administración así como del trato a través de algún intermediario (broker) que vigile el desarrollo del esquema. Planteamiento opuesto a la Administración Corporativa de Siniestros, que pretende la optimización del recurso financiero.

La implementación de un esquema de reaseguro en favor del esquema médico no es el final de la labor de controlar el riesgo, sino que debe mantenerse una supervisión del esquema considerando los siguientes puntos:

- Desarrollar herramientas de evaluación que puedan ser fácilmente utilizadas por las personas a cargo de la supervisión para evaluar actividades entornos específicos.
- Monitorear continuamente casos médicos relevantes, desarrollar las tendencias médicas para la atención de casos futuros y diseñar sistemas para dar información acerca de los nuevos desarrollos a todos los miembros del área responsable.
- No subestimar la importancia de un proceso riguroso de credencialización de los proveedores médicos que permita tener una visión clara tanto de los doctores como de los hospitales de la red. Debe asegurarse que este proceso involucre la reglamentación gubernamental vigente.

- Verificar que exista un proceso comprensible para la utilización del esquema médico así como asegurarse de que las decisiones acerca de la atención médica del empleado se encuentren en función del interés del empleado mismo y no del interés financiero del proveedor médico.
- Desarrollar un sistema que permita al supervisor involucrarse en la evaluación de posibles proveedores adicionales antes de que se integren a la red médica actual. Esto permitirá una comprensión clara de los riesgos que son asumidos y ayudarán al desarrollo de un plan que permita controlar, eliminar o transferir esos riesgos.
- Desarrollar el papel del supervisor de la red como el del consultor cuyos consejos y experiencia son requeridos cuando surgen problemas potenciales.

Todos los miembros del área a cargo de la supervisión del esquema deben asumir la responsabilidad del mantenimiento de una red de servicios médicos sana, optimizándola evitando el uso del apoyo reasegurador lo más que sea posible.

2.3.3 Costos Hospitalarios

Los costos hospitalarios mantienen una relación estrecha con el Índice Nacional de Precios al Consumidor, ya que dentro de dicho índice se encuentra registrado en la parte señalada como medicamentos y aparatos, y servicios médicos. Estos últimos se integran por la consulta médica y por otros gastos, entre los que sobresale el correspondiente a la hospitalización.

Los precios "reales" de la salud privada se mantuvieron relativamente constantes durante 1980-1988; a partir de ese año y hasta 1995 se elevaron en más de 6% anual por arriba de la inflación general. El motor principal de este incremento fue la consulta médica, que en ese lapso aumentó a una tasa media anual de 12.2%⁽³⁾.

En el periodo 1988-1994 el tipo de cambio real experimentó una revaluación de importancia. Este fenómeno tiende a manifestarse por un aumento en la relación de precios de los llamados bienes "no comerciables" sobre los "comerciables". El término hace referencia al grado en que los productos o servicios son susceptibles de participar en el comercio internacional. Los servicios médicos son un ejemplo claro de los "no comerciables" y, por ello, era de esperar que presentara en alguna medida el comportamiento descrito; sin embargo, destaca que los precios de la consulta médica se han incrementado consistentemente más que el índice de los "no comerciables".

El comportamiento de la medicina privada - un incremento substancial respecto a los índices generales de precios y una participación creciente en el consumo total - es similar al que han experimentado otros países, principalmente Estados Unidos, donde predomina este tipo de servicios de salud.

⁽³⁾ De acuerdo con datos obtenidos de "Observatorio de la Salud"

Las causas de esta situación radican en la existencia de un mercado en extremo imperfecto. En un contexto donde los compradores carecen de información suficiente, el médico enfrenta un conflicto de intereses ya que juega un doble papel: es prestador de servicios y a la vez agente de ventas. Tiene el incentivo de inducir la demanda al recomendar a sus pacientes tratamientos ulteriores. Así los gastos se han disparado y el perjudicado ha sido el consumidor.

La libertad de elección sin los incentivos correctos ha implicado costos crecientes. Es contraproducente que rijan tan sólo las fuerzas del mercado, dadas sus fallas en el campo de la medicina. Deben diseñarse arreglos institucionales y estatutarios que permitan estructurar la competencia entre los proveedores médicos a fin de romper la asimetría existente, en cuanto a información, entre demandantes y oferentes.

De lo anterior se desprende que tanto la consulta médica, como la hospitalización son conceptos que deben ser tomados en cuenta por el supervisor de la red, una vez que se implemente, con la intención de controlar los gastos que posiblemente se presenten por dichos conceptos.

2.4 Administración Corporativa de Siniestros

En esta sección estableceremos la descripción del modelo propuesto para la atención de reclamaciones médicas. Este proceso se fundamenta en los principios establecidos por la administración formal por lo que las etapas que guiarán el desarrollo y el establecimiento de dicho modelo, serán precisamente aquéllas inmersas en dicho proceso administrativo.

El modelo será implementado considerando las cuatro fases del proceso administrativo: planeación, organización, dirección y control. Cada una de ellas se definirán de manera formal y genérica a continuación⁽⁴⁾:

Planeación

Los planes dan a la organización sus objetivos y fijan el mejor procedimiento para obtenerlos. La planeación permite que las empresas obtengan y dediquen los recursos para el logro de los objetivos, que los miembros realicen las actividades acordes a los objetivos y procedimientos escogidos y que el progreso en la obtención de los objetivos sea vigilado y medido, para imponer medidas correctivas en caso de ser insatisfactorio.

El primer paso en la planeación es la selección de metas de la empresa. Después se fijan los objetivos de los posibles departamentos de la organización. Una vez escogidos los objetivos, se fijarán los programas que permitan alcanzarlos de manera sistemática. Es importante establecer la factibilidad de los objetivos y de los programas de tal suerte que sean aceptables, tanto para los directivos como para los empleados.

⁽⁴⁾ Modelo tomado del libro "Administración Financiera"

Los planes hechos por la Dirección para toda la empresa en general, pueden abarcar periodos hasta de cinco o diez años, y por el contrario, la planeación que llevan a cabo niveles inferiores comprenden periodos mucho más cortos.

Organización

Una vez que se han establecido los objetivos y se han preparado los planes o programas para lograrlos, deberá diseñarse y desarrollarse la organización que permitirá que los objetivos sean alcanzados. Nos referimos a las personas que serán consideradas para la consecución de los objetivos, tomando en cuenta las habilidades de los empleados asignándoles las tareas idóneas. Así, la dotación de personal será el reclutamiento, asignación y adiestramiento del personal calificado para hacer el trabajo de una organización.

Dirección

Ya que se han determinado los planes y se ha decidido la estructura de la organización, el reclutamiento y adiestramiento del personal, el siguiente paso es hacer que se avance en la obtención de las metas definidas. Esta función es la Dirección que consiste en hacer que los miembros de la organización actúen de modo que contribuyan al logro de los objetivos.

A diferencia de la planeación y la organización que se ocupan de los procesos más abstractos del proceso administrativo, la dirección es una actividad muy concreta: requiere trabajar directamente con la gente.

Control

Esta función es la que nos permitirá cerciorarnos de que los miembros de la organización la lleven al logro de los objetivos establecidos y consta de tres elementos primordiales:

1. Establecer las normas del desempeño.
2. Medir el desempeño actual y compararlo con las normas establecidas.
3. Tomar medidas para corregir el desempeño que no cumpla con esas normas.

Mediante la función de control, es posible mantener a la organización en la vía correcta sin permitir que se desvíe demasiado de sus metas.

Acabamos de describir un proceso administrativo en el que cada una de las funciones se relacionan entre sí, esto es, no necesariamente tienen que seguirse las mismas de la manera en la que se encuentran descritas. Sin embargo, dado que iniciaremos con un proceso que no estaba establecido dentro de la organización, el llevar a cabo cada una de las funciones nos facilitará la implantación del esquema.

La Administración Corporativa de Siniestros será el modelo que permitirá a las organizaciones reducir de manera significativa los gastos por concepto de reclamos médicos por parte de sus empleados, a través del establecimiento de un área especial dentro de la empresa que se encargue de la vigilancia directa de los montos y las

coberturas otorgadas así como del control del fondo que por tal motivo se constituya, responsabilizándose por el adecuado manejo de este beneficio buscando una relación que favorezca tanto al empleado como a la empresa.

2.4.1 Principales Conceptos

Dentro del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros, el compromiso de la empresa se mueve del reembolso de los honorarios por atención médica a un sistema prospectivo de los pagos a una red médica establecida directamente por la empresa. Los servicios otorgados a través de la red médica, representan los beneficios por los cuales la compañía asume una responsabilidad financiera; cuando los servicios son otorgados fuera de la red médica, el empleado debe estar preparado a participar con un mayor porcentaje del costo. Con la intención de dirigir a los empleados dentro de la red médica corporativa, se debe inducir a los empleados a usar los servicios contratados diferenciando los beneficios que pueden obtener por el uso de la red médica corporativa y aquéllos que obtienen al atenderse fuera de la red. La diferenciación entre los beneficios de una u otra opción debe ser el principal objetivo de la implementación del esquema.

■ Cobertura dentro de la Red Médica Corporativa

Los beneficios dentro del esquema se ajustarán a las características actuales del mercado, sin embargo, habrá ventajas adicionales en ciertos padecimientos por el uso de la red médica, que se detallarán más adelante. Es importante mencionar que al hacer uso de esta red médica, no se aplicará ni coaseguro ni deducible, cuando se inicie el tratamiento de algún padecimiento por primera vez. Reclamaciones subsecuentes sólo pagarán el coaseguro establecido.

■ Cobertura fuera de la Red Médica Corporativa

El pago del deducible y del coaseguro así como los gastos máximos para la atención de servicios médicos fuera de la red, son los más grandes incentivos para que los empleados utilicen la red médica. Al aumentar los servicios dentro de la red, las limitaciones para los padecimientos y la reducción de trámites administrativos proveen incentivos adicionales para el uso de servicios médicos dentro de la red.

■ El deducible y gastos máximos cubiertos

Durante mucho tiempo, los empleados mejor pagados de cualquier organización han sido menos receptivos a la supervisión de los costos del esquema médico debido a que ellos están más dispuestos a aceptar compartir el costo del plan con incrementos anuales a cambio de la libertad de elección. Para que nuestro esquema funcione a todos los niveles, la inducción al uso de los proveedores médicos de la red debe ser efectivo a todos los niveles de salario. El establecimiento de deducibles de un solo nivel y de gastos máximos, impactarán más a los empleados con menos salario que a lo se mejor pagados. Vinculando los deducibles y los gastos máximos directamente con el nivel de salario, se equilibra la inducción al uso de los proveedores de la red médica.

El deducible y los gastos máximos cubiertos más apropiados dependerán de la filosofía y de los objetivos de la empresa así como de la práctica del mercado y el plan actual. El plan debe crear incentivos para que los empleados usen la red y no solo colocar barreras en contra de los servicios fuera de la red. A pesar de que el deducible y los gastos máximos cubiertos fuera de la red son muy bajos el empleado no tendrá un incentivo importante para usar la red.

■ Coaseguro

El nivel para compartir el costo con el empleado que sea requerido para los servicios fuera de la red, es otra característica importante del plan. Las variaciones entre el coaseguro dentro y fuera de la red crea una importante distinción para los empleados, enfatizando el compromiso de la empresa hacia una cobertura dentro de la red. La diferencia en coaseguro debe ser significativa con la intención de fortalecer este mensaje (se recomienda que los coaseguros cobrados fuera y dentro de la red deberá diferenciarse de un 20 a un 30%, en nuestro esquema hemos considerado una diferencia de 10%). El coaseguro que se paga fuera de la red representará generalmente un incremento en la participación del costo por parte del empleado en relación con su plan actual de beneficios. Si el nivel de coaseguro fuera de la red bajo este plan se mantuviera igual que en el esquema actual, los empleados verán que los beneficios serán los mismos y por lo tanto, se mantendrían utilizando los servicios fuera de la red de la misma forma en que lo venían haciendo.

■ Otros elementos del plan

El compromiso de la empresa hacia los beneficios que se incluyen dentro de la red médica puede ser aún más acentuado a través de algunas otras provisiones menos prominentes pero que pueden resultar importantes. Lo máximos de cobertura (de por vida o anual) pueden ser más altos para los servicios dentro de la red médica corporativa. Coberturas adicionales como mayor atención médica y cuidados médicos en el domicilio del empleado son algunas áreas en las que más elevados límites de cobertura dentro de la red pueden motivar una mayor utilización de la misma. Beneficios mayores, tales como atención médica de los embarazos de las empleadas pueden ser incluidos como servicios dentro de la red médica corporativa. Además, medidas que permitan determinar la utilización como la precertificación, segundas opiniones dirigidas hacia intervenciones quirúrgicas y la revisión simultánea, son invisibles para el empleado dentro de los servicios de la red; los proveedores médicos acatan estos programas sin involucrar al empleado. Estas características fortalecen la idea de que existen mejores beneficios a través de los proveedores de la red médica y pueden motivar a los empleados al menos a intentar la red.

2.4.2 Costeo de los Beneficios

Existen consideraciones financieras importantes dentro de la Administración Corporativa de Siniestros que deben tomarse en cuenta una vez iniciado este esquema. No se debe perder de vista que el objetivo principal de la implementación de este esquema es la optimización del recurso financiero de la empresa y esto puede lograrse mediante la reducción de los costos por reclamos médicos. Las áreas asignadas para la supervisión del esquema deben estar familiarizadas con los elementos que determinarán ahorros con la intención de proyectar costos y evaluar ahorros estimados. Existe un número considerable de acuerdos financieros disponibles para las empresas que representan diferentes grados de riesgo⁽⁵⁾.

Componentes del costeo de los beneficios

El costeo de los beneficios inicia con los costos anuales por reclamaciones médicas que son ajustados al explicar varios factores asociados con el entorno que envuelve al esquema. Los costos anuales reflejan el costo por empleado considerando la experiencia en reclamaciones durante los doce meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del programa. Esta cifra es entonces ajustada una vez que se considera la forma en la que fue proporcionada la atención médica, si ésta se dio a través de reembolso o considerando el Pago Directo Compañía - Hospital, la diferencia entre los valores obtenidos a través de la atención bajo ambos mecanismos, los ahorros por el establecimiento de una red médica, tendencia médica, selección del empleado, y inversión en el trabajo de la administración del esquema, son considerados componentes del costeo de los beneficios.

Utilización de los convenios médicos de la empresa. Como el objetivo de la empresa es inducir que los reclamos médicos sean efectuados a través de las instituciones médicas conveniadas, el costeo del esquema con una hipótesis respecto al porcentaje en dinero que fluctuará dentro de estos convenios. El factor apropiado deberá considerar el diseño del esquema, la demografía de los empleados cerca de las instituciones en convenio y la participación actual en otros sistemas de atención médica, como podría ser el Instituto Mexicano del Seguro Social. Claramente, en cuanto mayor sea la proporción de los empleados con acceso real a los servicios médicos conveniados, mayor será la participación potencial de los empleados dentro de dichos servicios. Una población de empleados que sea familiar con sistemas alternativos, será más receptiva a utilizar los servicios médicos conveniados; de tal forma que, un alto nivel de participación dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social incrementará el factor de utilización de los servicios médicos conveniados.

Valor del Esquema. El valor del esquema refleja la diferencia entre los beneficios al utilizar o no los servicios médicos conveniados y supone que el valor del diseño actual del plan es \$1. Con base en los parámetros de diseño establecidos anteriormente el valor del plan a través de los servicios médicos conveniados es igual o mayor a \$1, y el valor de la utilización de servicios médicos no conveniados será menor a \$1. Estos factores son

⁽⁵⁾ Con base en lo establecido en "The Managed Health Care Handbook"

calculados utilizando los mismos métodos actuariales utilizados para determinar valores del esquema relativos para costear planes de Gastos Médicos Mayores.

Ahorros por utilizar servicios médicos conveniados. El componente de los ahorros por la utilización de los servicios médicos conveniados representa la eficiencia completa del costo de la utilización de los servicios médicos conveniados. La magnitud de este componente depende de los acuerdos que el área de la empresa asignada a la administración del plan, hayan sido capaz de negociar con diversos proveedores, incluyendo descuento en honorarios y reducciones en la utilización. El rango de los ahorros por la utilización de dichos servicios pueden ser realmente importantes, dependiendo de la distribución geográfica de los servicios médicos, el tiempo de las relaciones con los proveedores y la estructura de pago establecida por el proveedor.

Tendencia médica. La tendencia médica es la proyección las empresas de seguros del incremento promedio en reclamaciones del total de su cartera, y es un componente de cada propuesta de renovación de los planes médicos. Debido al control de costo dentro de nuestro esquema médico, la tendencia tendría que ser significativamente menor que aquella que se presenta en los planes médicos asegurados. Esta expectativa se refleja en el costeo del programa. Los proveedores que negocian participar dentro de los servicios médicos conveniados pueden intentar recuperar el dinero perdido en cualquier concesión pasada incrementando los cargos en el sector asegurador. En cuanto un porcentaje cada vez mayor de personas se incluyan dentro del esquema que proponemos, esta práctica se acelerará y la disparidad entre planes asegurados y esquemas como el de Administración Corporativa de Siniestros se harán más notorias.

Selección del empleado. El componente de selección del empleado reconoce que diferentes grupos de empleados pueden representar significativamente diferentes riesgos de salud. Los estudios sobre poblaciones usando sistemas médicos alternativos han demostrado que, en muchos casos, el riesgo asociado con estos individuos es menor que el de la población total. Si los empleados que participan en esquemas asegurados se incluyeran en un esquema similar al propuesto, el costeo debe reflejar el menor riesgo esperado y asociado con este grupo.

Arreglos Financieros Corporativos / Compartiendo el riesgo

El total de los acuerdos financieros para los planes asegurados son similares a los acuerdos de fondeo, incluyendo al seguro convencional, prima mínima y sobre la contratación externa de servicios administrativos. Debido a los ahorros significativos dentro de este esquema, es posible que la empresa negocie concesiones de riesgo a través del área encargada. Estas concesiones, que pueden extenderse por muchos años, reflejan la confianza de la empresa en la habilidad para el control de costos y garantizar ahorros. Los arreglos que se pueden presentar para cada empresa pueden variar significativamente, dependiendo del tamaño real de la población de dicha empresa, la distribución geográfica de la población y los acuerdos financieros que se hayan establecido.

Distribución de Ganancia/Pérdida

Bajo un esquema como el que se propone, los acuerdos financieros que colocan cualquier desviación de los costos proyectados por reclamación entre la empresa y el proveedor asignado para brindar la red médica necesaria para completar la administración del esquema (proveedor médico) pueden establecerse. En estos acuerdo

ambas partes comparten los resultados financieros del programa. Existen muchas formas para obtener un acuerdo de esta naturaleza, lo más importante de ellos es el establecimiento de la responsabilidad compartida para llegar a un monto de reclamaciones esperadas, esta cifra representa el costo de reclamación esperada para el periodo contable. Al final del periodo, las reclamaciones reales que fueron pagadas se miden respecto al monto de reclamaciones esperadas para determinar si el programa tuvo ganancia o pérdida. El resultado final se distribuye entre la empresa y el proveedor médico, de acuerdo a la división conjuntamente aceptada. Por ejemplo, en el año 1, se tenía un monto esperado de \$3'000,000 y el acuerdo estableció una distribución del 50-50. Al finalizar el año, el total de reclamaciones fueron por \$2'500,000, la ganancia para la empresa y para el proveedor médico es de \$250,000. Si el total de reclamaciones hubieran ascendido a \$3'500,000 ambas partes hubieran sido responsables por \$250,000 de la pérdida de \$500,000.

Es importante mencionar que nos referiremos a ganancias cuando en la empresa se presenten importantes ahorros respecto a las reclamaciones esperadas y a pérdidas cuando el resultado final se encuentre por arriba de lo presupuestado al inicio del año. Los acuerdos que se mencionan pretenden motivar al área encargada de la administración a buscar la eficiencia en el manejo del esquema y, como se mencionó anteriormente, compartir de manera más directa con dicha área los logros o las fallas que pudieran presentarse.

El monto de riesgo compartido bajo este tipo de acuerdo puede ser topado para limitar la pérdida o ganancia para cada una de las partes, o puede no tenerlo. El riesgo compartido puede ser dirigido hacia un rango que defina el máximo riesgo que una de las partes estaría dispuesta a tomar. Por ejemplo, suponiendo que la empresa quiere limitar su riesgo a \$200,000. Con la intención de implementarlo, la empresa también debe estar dispuesta a limitar su posible ganancia del programa. Suponiendo que se establezca un acuerdo financiero a través de un rango de riesgo de \$400,000 (\$200,000/50%). Para ganancias o pérdidas hasta por \$400,000, ambas partes, la empresa y el proveedor médico, dividirán la pérdida en partes iguales; más de \$400,000, el proveedor médico recibirá todas las ganancias y es responsable por todas pérdidas.

Bajo el escenario ya mencionado, el programa gana en el año 1 \$500,000. Con un rango de riesgo de \$400,000, el proveedor médico recibiría todo aquello que se encontrara fuera del rango de riesgo o \$100,000 bajo este ejemplo. Así la empresa ganaría \$200,000 (50% de \$400,000) y el proveedor médico ganaría \$300,000 (50% de \$400,000 más \$100,000). El prorrateo de las ganancias y pérdidas entre el proveedor médico y la empresa permiten a ambas partes beneficiarse de un exitoso y bien implementado programa.

2.5 Áreas corporativas involucradas

Como ya se ha mencionado, para la implementación de un esquema de Administración Corporativa de Siniestros, será necesario la creación de un área especializada para la planeación, organización, dirección y control de todos los procesos involucrados que se deriven del establecimiento de las condiciones médicas otorgadas a los empleados de la empresa.

La creación de nuevas áreas dentro de una organización involucran necesariamente a la Dirección de la misma. Tratándose de la creación de un área que atienda las necesidades específicas de la población trabajadora por lo que respecta a un beneficio tan importante como el de la atención médica, definitivamente no es una decisión que pueda tomarse tan a la ligera.

Durante muchos años la responsabilidad de otorgar una eficiente atención médica a los empleados, fue entregada a compañías aseguradoras, quienes a su vez se sustentaban en la estructura de médicos y hospitales que eran establecidas y que buscaban precisamente ayudar a las empresas a ofrecer un servicio de calidad, eficiente y efectivo.

Sin embargo, la tendencia que se ha marcado, sobre todo después de la integración de México a los grandes mercados internacionales, ha propiciado que las empresas dirijan su atención a todos y cada uno de los rubros financieros buscando su optimización para propiciar una mayor productividad que es obligada gracias a la apertura comercial y a la globalización en la que actualmente nos encontramos inmersos.

Muchas empresas han empezado a redefinir muchos rubros que en el pasado no eran considerados tan importantes debido a su obligatoriedad, así como a la falta de opciones visibles para la administración de los Gastos Médicos Mayores que ahora se presentan en el mercado.

Las empresas han llevado a cabo análisis más profundos y serios respecto a la práctica del mercado y optimización de costos en el otorgamiento de todos los beneficios, legales y privados, pues la visión de los beneficios ha sufrido un cambio radical, dando como resultado el descubrimiento de malas prácticas por parte de los intermediarios y en muchos casos, la falta de preparación de los mismos. La mayoría se habían convertido en simples recolectores de comisiones que se dirigían a una u otra empresa sólo con la consigna de mejorar sus ingresos a costa del beneficio de las empresas, las que confiaron durante mucho tiempo en la ética profesional de sus intermediarios.

Es por ello que una de las premisas de las cuales surge este proyecto, es precisamente el conocimiento de que nadie más que la empresa misma se preocupará por la optimización de sus recursos financieros y la búsqueda de una mayor productividad y competitividad.

Las áreas que necesariamente tendrán que involucrarse en la composición del área naciente son: Dirección General, Recursos Humanos, Finanzas y en caso de que la empresa tuviera este beneficio, los médicos adscritos y que han proporcionado atención médica de primer contacto.

Todas y cada una de las áreas mencionadas tendrán que establecer de manera conjunta y considerando todos los puntos de vista, por dispersos que puedan parecer, un área cuyo objetivo final sea brindar la mejor atención médica que se encuentre presente en el mercado a los empleados mediante el establecimiento de arreglos médicos, así como buscar el mantenimiento o reducción del monto presupuestado para este concepto con la utilización de técnicas adecuadas de supervisión, detección temprana de problemas, así como control sobre eventuales desviaciones.

2.5.1 Definición de responsabilidades

Como cualquier otra área que se encuentra en la empresa, será importante establecer las responsabilidades del personal a cargo de la Administración Corporativa de Siniestros.

Considerando que la creación de esta nueva área obedece a un proceso de especialización que busca una mayor productividad en beneficio de la empresa, será importante mencionar los conceptos de profundidad y alcance del trabajo.

Por profundidad del trabajo entendemos el grado en que un individuo puede controlar su trabajo. La profundidad será pequeña cuando la Dirección establece normas rígidas, organiza el trabajo hasta sus mínimos detalles, prescribe métodos y supervisa estrechamente el trabajo que se lleva a cabo. Pero la profundidad será alta si, luego de establecer los objetivos y las reglas generales, los empleados pueden determinar su propio ritmo y hacer el trabajo como juzguen mejor.

Por alcance (o ámbito) del trabajo entendemos el número de operaciones diferentes que requiere un trabajo en particular y la frecuencia con que puede repetirse el ciclo del mismo. Cuanto menor sea el número de operaciones y mayor el número de repeticiones, más pequeño será el ámbito.

Desde luego, las partes de un mismo trabajo pueden variar en profundidad y alcance o bien en ambas. El grado global de profundidad y alcance indica cuán especializado está un determinado trabajo. En general, cuanto menor sea la profundidad y más pequeño sea el alcance, más especializado será un trabajo.

En el caso que nos atañe, se tendrá que establecer el área para la administración considerando una pequeña profundidad, pues, independientemente del establecimiento de acuerdos financieros entre la Dirección y el personal del proveedor médico asignado, se deberá tener una estricta supervisión al arranque del esquema dentro de la empresa. En cuanto al alcance del área se buscará su disminución conforme avance el tiempo y exista la posibilidad de analizar el desempeño realizado, pues al principio el personal tendrá que desempeñar muchas tareas en busca de obtener resultados satisfactorios en el corto o mediano plazo.

A continuación iniciaremos la definición de responsabilidades, indicando tanto las áreas como las funciones que deberán ser consideradas al momento de la implementación formal del modelo de Administración Corporativa de Siniestros.

Debido a que se trata de una área de operación que tendrá que ser supervisada por la Dirección de Finanzas, así como por la de Recursos Humanos, se recomienda que ésta sea establecida como una Subdirección de Planeación y Servicios Médicos dentro de un esquema jerárquico estándar.

Las cuatro principales áreas que tendrán que ser atendidas dentro de esta Subdirección son:

■ **Prevención y detección temprana de enfermedades**

En nuestro país, la totalidad de los esquemas privados de salud han estado orientados hacia el reembolso de los siniestros que se presenten durante la vigencia de la póliza estableciendo como únicas medidas de control el establecimiento de mayores limitaciones a la cobertura y una participación mayor del asegurado en el pago de las reclamaciones. Es decir, los sistemas actuales han sido reactivos ante las reclamaciones médicas, dejando que el concepto de la prevención de enfermedades o accidentes corresponda a las Instituciones Oficiales de Salud debido a que la prevención una de sus funciones primordiales como se establece en el Artículo 110 de la Ley del Seguro Social.

No obstante, la prevención es un concepto muy importante en la búsqueda de la optimización del esquema de atención médica ya que permite a las empresas evitar que padecimientos que no son evidentes y que no presentan síntomas, sino a una etapa media o terminal, puedan ser oportunamente detectados y evitar de esta forma una reclamación mayor.

De esta forma, esta área se encargará de atender problemas menores de salud dentro de la empresa, establecerá y aplicará lineamientos preventivos de aplicación general o por segmentos y será el área responsable de la detección de padecimientos que requieran atención médica.

■ **Coordinación y dictaminación médica**

El establecimiento de los acuerdos médicos, así como de las políticas que regirán la atención médica de los padecimientos que se presenten es una parte primordial en el desarrollo de la atención médica que los empleados esperan.

Así pues, las principales funciones de esta área serán:

- Establecimiento de acuerdos preferenciales con proveedores que cuenten con hospitales y doctores especialistas para la atención médica de los empleados después de llevar a cabo el estudio logístico que permita ver cuáles son las mejores opciones tomando en cuenta el giro de la empresa, así como su ubicación geográfica y la demografía de la población.

- Verificación de que el proveedor cuente con un adecuado control de los honorarios médicos que son cobrados por los médicos que se encuentren desempeñándose profesionalmente fuera de algún convenio con la empresa, buscando llegar a un acuerdo respecto al monto por cobrar.
- Encuestas de opinión sobre el nivel de atención médica recibida por los empleados estableciendo la forma de eliminar ineficiencias tanto médicas como administrativas.
- Determinación de las políticas de dictaminación médica y de la procedencia de los padecimientos, en conjunto con el proveedor.
- Visita a los hospitales en los que se encuentre internado alguno de los empleados con el objetivo de supervisar que los procedimientos así como los tratamientos utilizados sean los más adecuados para permitir al empleado su pronta incorporación a sus actividades laborales.

El área de coordinación y dictaminación deberá considerarse como la que orientará adecuadamente al empleado sobre la atención médica de cualquier padecimiento y como la que evitará desviaciones importantes por abuso, tanto de la utilización del esquema como del monto de los honorarios cobrados.

■ Administración del Fondo

Dado que el esquema propuesto establece una atención corporativa de los reclamos médicos, será necesario la creación de un fondo que permita hacer frente a las eventualidades médicas durante cada año. Este fondo será llamado Fondo de Contingencias. Debido a la importancia de este fondo tendrá que crearse un área que se encargue precisamente de la administración del mismo.

Es importante mencionar que el fondo será creado con recursos económicos de la misma empresa, por lo que su vigilancia y control tendrá que ser una de las prioridades de la Subdirección.

Derivado de lo anterior, las principales funciones de esta área serán:

- Optimización de los rendimientos generados por los activos a disposición del fondo.
- Elaboración de análisis de inversión y justificación de la selección de determinado portafolio.
- Liberación de cheques para el pago de las reclamaciones por reembolso y autorización para la transferencia de dinero cuando se trate del pago a algunos de los proveedores médicos asociados con la empresa.
- Creación de estadísticas confiables por concepto y monto de las indemnizaciones presentadas, apoyando al área de prevención y detección temprana de enfermedades a determinar cuáles son los padecimientos que estén representando, debido a su frecuencia o a lo elevado de los montos.

Cada una de las tres áreas se complementan entre sí y los resultados esperados dependerán del desarrollo que cada una tenga y del uso de adecuados sistemas de comunicación.

Los puntos anteriores indican las principales actividades que tendrán que ser consideradas por la Dirección al momento de establecer las responsabilidades de la Subdirección de Planeación y Servicios Médicos, mismas que podrán variar de acuerdo al tipo de empresa de la que se trate.

Sin embargo, el objetivo global de la Subdirección tendrá que ser la optimización del recurso financiero para la atención de reclamos médicos, haciendo suya la responsabilidad de los resultados obtenidos, tal como se ha mencionado anteriormente.

2.5.2 Establecimiento de obligaciones con el Instituto Mexicano del Seguro Social

El planteamiento de la Administración Corporativa de Sinistros pretende hacer frente a las reclamaciones médicas que se presenten anualmente y solo por aquéllos que son considerados como gastos médicos mayores.

Dado que en la actual Ley del Seguro Social no se menciona la separación de las cuotas por concepto de gasto médico menor y mayor, las obligaciones en el pago de las cuotas por concepto del Seguro por Riesgos de Trabajo así como las correspondientes al Seguro de Enfermedades y Maternidad por parte de la empresa y del empleado no podrán evitarse.

De tal suerte que las obligaciones hacia el Instituto Mexicano del Seguros Social, permanecerán sin cambio, coordinadas directamente por el área que venía desarrollando esa labor.

2.5.3 Definición de coberturas para el esquema del Seguro de Gastos Médicos Mayores

Los conceptos y los límites que serán considerados dentro de la cobertura administrada directamente por la empresa, serán similares a los que se establecen dentro de la práctica de mercado del Seguro de Gastos Médico Mayores en nuestro país y que han sido ampliamente explicados en el punto 1.3 Conceptos Básicos del presente trabajo.

Sin embargo, se apreciarán algunas diferencias entre el plan propuesto respecto a dichos esquemas, tomando en cuenta que el plan que será propuesto tendrá la ventaja de ser dirigido a un grupo con características similares sujetos prácticamente a los mismo riesgos, por lo que el plan podrá ser más flexible y transparente.

Por otra parte, y dado que se mantendrá la administración de los reclamos médicos dentro de la empresa, dicha administración, tendrá necesariamente que sujetarse a reglas diferentes. Asimismo, el esquema de cobertura pretenderá cubrir las necesidades de atención médica que comúnmente se presentan a los empleados y que algunas de ellas no son cubiertas por el seguro convencional, tomando en consideración que será la misma empresa la que tomará el riesgo, hasta cierto límite, para la atención de dichas necesidades que serán pagadas de un fondo que constituirá y administrará la misma organización.

Este esquema pretenderá hacer partícipe al empleado, estableciendo un deducible y porcentajes máximos de reembolso.

A continuación, definiremos los conceptos sobre los que se fundamenta el esquema de la Administración Corporativa de Siniestros.

■ Objetivo del esquema

Este plan ofrece al empleado una amplia protección en cuanto a los gastos médicos incurridos por accidente o enfermedad, mismos que podrían constituir en determinado momento, una carga económica considerable.

■ Elegibilidad

Este plan ampara a todos los empleados de planta de la organización desde el primer día de trabajo, así como al cónyuge e hijos solteros menores de 25 años que dependan económicamente del empleado y que no tengan remuneración por concepto de trabajo personal

■ Gastos cubiertos

Se considerarán gastos cubiertos para el esquema los que se indican a continuación, siempre que sean prescritos y, en su caso, administrados por médicos debidamente acreditados:

- a) Honorarios por consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, anestesia y servicios de enfermería
- b) Medicinas, drogas y anestésicos bajo prescripción médica
- c) Salas de operación y pediatría
- d) Cuarto y alimentos del paciente durante su estancia hospitalaria
- e) Servicios de ambulancia de traslado al hospital y al domicilio
- f) Exámenes de laboratorio y uso de aparatos médicos de terapia

- g) Cirugía para corregir deformaciones físicas congénitas en recién nacidos hasta la edad de 12 años
- h) Ayudas ortopédicas y el uso de unidades de terapia intensiva
- i) Tratamientos de Rayos X, radio y fisioterapia
- j) Vendajes quirúrgicos, enyesado, cabestrillos, muletas, alquiler de sillas de ruedas, cama tipo hospital y pulmón de acero
- k) Inyecciones y transfusiones
- l) Oxígeno y su administración
- m) Tratamiento psicoprofiláctico
- n) Gastos de circuncisión
- o) También se cubrirán los impuestos por concepto de IVA

■ Características del plan

Este plan protegerá a cada familia hasta una suma igual a \$1'000,000 de por vida.

En el caso en que el empleado decida que él o sus dependientes económicos, reciban atención médica en instituciones médicas sin convenio con la empresa, se utilizará el mecanismo de reembolso en el que se aplicará un deducible anual por familia de \$4,500, reembolsándose el resto de la reclamación hasta un 70% para gastos incurridos dentro o fuera de la República Mexicana, considerando el tipo de cambio vigente, en su caso, al momento de presentar la reclamación.

En el caso de accidente, serán reembolsados al empleado el 100% de los gastos, siempre que la reclamación se presente dentro de los primeros tres meses a la fecha en la que dicho accidente ocurra, después de este tiempo, los gastos serán reembolsados hasta el 70%.

Si el empleado decide que él o sus dependientes económicos reciban atención médica en aquellas instituciones médicas en convenio con la empresa, el mecanismo utilizado será el de Pago Directo Compañía – Hospital siendo cubiertos la totalidad de los gastos del empleado.

■ Exclusiones

En este esquema no están cubiertos los gastos efectuados por:

- a) Trastornos de enajenación mental, estados psíquicos depresivos, histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera de las manifestaciones de enfermedades nerviosas
- b) Exámenes médicos que no resulten en diagnóstico de enfermedades (Check up's)
- c) Tratamientos dentales o de encías, a menos que sean consecuencia de algún accidente
- d) Fastos de cama y alimentos extra en el hospital, incurridos por el acompañante del paciente
- e) Medicinas y drogas que no hayan sido explícitamente recetadas, que no estén bajo control médico o que no tengan propiedades terapéuticas reconocidas
- f) Cirugía plástica o estética, excepto cuando sea por causa de un accidente y el tratamiento sea efectuado dentro de los seis meses posteriores al mismo
- g) Anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos de cualquier clase, así como su prescripción clínica
- h) Actividades belicosas y reyertas, en el que el empleado participe directamente, como actos de guerra, insurrección, rebelión o riñas, cuando el empleado haya sido el provocador; actos de terrorismo; actos delictuosos intencionales; huelgas y alborotos populares; y servicio militar de cualquier clase
- i) Tratamientos médicos para provocar la fertilidad o impedirla

■ Administración

Pago de Siniestros

Generalidades

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la empresa, de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el transcurso de los primeros cinco días de haber ocurrido el evento.

b) En toda reclamación deberá comprobarse a la empresa y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la empresa las formas de declaración que para el efecto se le proporcionen a través del área responsable, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados, como se describirá más adelante en la sección de Pago de Indemnizaciones.

c) La compañía sólo pagará honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y los gastos de internamiento en sanatorios u hospitales legalmente autorizados.

d) La compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes, en donde no se exige remuneración, así como tampoco a médicos que sean familiares del empleado.

e) La empresa podrá nombrar un médico, para verificar el estado de salud del paciente, así como realizar una evaluación del caso directamente en el sanatorio u hospital en que se encuentre internado éste, con el fin de efectuar la comprobación y ajuste de los gastos.

Pago de Indemnizaciones

Para la atención de un accidente o enfermedad cubiertos por este esquema, el empleado puede solicitar el reembolso de los gastos erogados siguiendo los trámites correspondientes directamente ante la compañía, o bien, acudir a los prestadores de servicios que mantengan un convenio con ella, para recibir la atención médica necesaria, de acuerdo a la práctica en el mercado asegurador mexicano. A continuación se describe el procedimiento a seguir en ambos casos.

1) Reembolso

a) El empleado deberá comprobar a la empresa y por cuenta de éste, la realización del siniestro. Deberá presentar las formas correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como el original de los siguientes comprobantes:

- Factura del Hospital
- Recibos de Honorarios de médico tratante, cirujano, ayudante, anesthesiólogo y enfermeras
- Notas de Farmacia y receta de las mismas

- Facturas de Laboratorios o Gabinetes y receta de las mismas
- En caso de accidente o traumatismo, radiografías con su interpretación
- En caso de intervención quirúrgica en la cual se haya extirpado algún tejido, adjuntar el estudio histopatológico
- Adicionalmente, cualquier otro documento que soporte los gastos efectuados con motivo del siniestro

b) Los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con los requisitos fiscales determinados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (cédula profesional, registro de la Secretaría de Salud, el registro federal de contribuyentes, etc.).

c) A las notas de farmacia se deberá anexar la receta respectiva, con la descripción completa de los medicamentos que ampara, y sólo se cubrirán los costos de aquellos que se hayan prescrito por el médico tratante y que estén relacionados con el padecimiento en tratamiento. No se aceptarán notas que incluyan otros artículos de farmacia o que sólo mencionen "Varios" o "Medicinas".

d) Si el hospital o el médico expiden un recibo por el total de la cuenta, deberán desglosarse los costos de cada uno de los conceptos (Hospitalización; Estudios de Laboratorio y Gabinete; Honorarios de médico tratante, anestesiólogo y ayudante(s), etc.).

e) Todas las facturas deberán estar expedidas a favor de "La empresa y el empleado". El Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) deberá estar desglosado; de no ser así, no será reembolsado el importe correspondiente a dicho impuesto.

f) Las indemnizaciones que resulten conforme al presente esquema serán liquidadas en las oficinas de la empresa en el curso de los 20 días siguientes (tiempo que podrá ser reducido) a la fecha en que se reciban los documentos e informaciones que le permitan a ésta conocer el fundamento de la reclamación.

g) Todas las indemnizaciones cubiertas por la empresa serán liquidadas al empleado o a quien éste designe mediante carta poder.

h) Al total de los gastos por hospitalización como a los honorarios médicos por cirugía, se aplicará el deducible y el porcentaje indicados.

2) Pago Directo Compañía – Hospital (Red Médica Corporativa)

a) En caso de accidente o enfermedad cubiertos por este esquema, el empleado podrá acudir con algún hospital que mantenga algún contrato de servicio médico con la compañía, que presentará directamente a la compañía, las facturas y recibos correspondientes, por lo que el empleado liquidará únicamente los gastos no cubiertos por el esquema, así como el deducible y el porcentaje no cubierto que deberá pagar al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

Es requisito indispensable para hacer uso de este beneficio, que el empleado se encuentre efectivamente trabajando para la compañía.

Procedimiento para la aplicación del deducible y porcentaje máximo a indemnizar

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por este esquema, se sumarán las cantidades reclamadas por los conceptos cubiertos. Al importe así determinado se le denominará "Cantidad Máxima Procedente".

A la cantidad que resulte se le descontará el deducible anual, cuando se trate de la primera reclamación y posteriormente se restará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de gastos a cargo del empleado.

El deducible aplicará una sola vez durante el año y el porcentaje aplicará en cada enfermedad. En el caso de que se utiliza la Red Médica Corporativa, no se cobrará el deducible ni el coaseguro.

Si los gastos en que incurra el empleado son como consecuencia de un accidente, no se aplicarán el deducible ni el porcentaje a cargo del empleado, siendo requisito indispensable que el accidente ocurra mientras el empleado se encuentre efectivamente trabajando para la empresa. Sin embargo, si el tratamiento se inicia después de 90 días de ocurrido el accidente, se clasificará como enfermedad, aplicando los conceptos indicados.

2.5.4 Redes de Atención Médica: Médicos Especialistas / Hospitales

Contrato y reembolso de Médicos Especialistas

Tomando en consideración un entorno en el que las Universidades del país impulsan a los médicos generales a concluir una especialidad médica brindando a la comunidad de cada vez más y mejores médicos especialistas en México que buscan el ser contratados adecuadamente, encontrar médicos especialistas es relativamente más fácil que en el pasado.

Sin embargo, también debe considerarse que los médicos especialistas mantienen fuertes posiciones financieras o pueden no ser sobresalientes (y no ser candidatos deseables), y que esquemas como el que se propone no se encuentra colocado con una ventaja competitiva en el mercado. De esta forma, el proveedor médico deberá estar consciente de las razones por las cuales el contratar a servicios de especialistas es de una alta prioridad, así como de las razones por las que los médicos especialistas desearían trabajar con el proveedor médico.

Discutiremos algunos aspectos comunes que se encuentran dentro del desarrollo de una red de médicos especialistas y del contrato y reembolso de médicos especialistas, para que sean considerados por la Administración de las empresas al momento de tomar la decisión por algún proveedor médico, vigilando que los médicos adscritos cumplan con los puntos que serán detallados.

Quizá la razón más obvia para el proveedor médico para el contrato de médicos especialistas es el ahorro de dinero al tener un acuerdo financieramente favorable a la empresa, tales como el establecimiento de un catálogo de honorarios con descuentos. Sin embargo, existen otras razones además de la obtención de términos financieros. Arreglos contractuales favorecen el crear y mantener la atención de los médicos especialistas, ayudarán en la administración de un sistema autorizado, permitirán a la empresa a pronosticar y a presupuestar gastos médicos de una forma más precisa y ayudarán al aseguramiento del acceso a la atención médica de los integrantes del plan médico.

Un médico especialista estará particularmente interesado en el volumen total de pacientes referidos. Si el proveedor médico pretende restringir el tamaño del panel de pacientes referidos y si la empresa cuenta con una base importante de empleados, entonces se puede fácilmente calcular el número esperado de pacientes referidos. Además, el tiempo es literalmente dinero. La mayoría de los médicos especialistas valorarán la capacidad de la empresa para el reembolso de una reclamación de manera ágil. Por supuesto que si el plan no puede reembolsar un reclamo dentro de un tiempo razonable (e.g., 30 días o antes), se tendrán dificultades considerables al negociar y mantener contratos.

Es valioso el establecimiento de sistemas funcionales de autorización prospectivos, que permitan garantizar el pago por servicios autorizados de beneficios cubiertos. La eliminación de la incertidumbre será traducida en una importante medida de tranquilidad para la mayoría de los médicos especialistas. Sin embargo, si nuestro esquema depende pesadamente de una revisión retrospectiva y de una aprobación de las reclamaciones, puede que el esquema no sea capaz de garantizar el pago.

Algunos contratos otorgarán una ganancia regular al médico especialista. Dependiendo del mecanismo de pago acordado y del volumen de trabajo que desempeñe el médico especialista, este aspecto puede ser un poderoso incentivo, especialmente en un mercado lleno de médicos o cuando es el inicio de la carrera de algún médico especialista.

Credencialización

No es suficiente atraer médicos para firmar los contratos. Sin el desarrollo de una credencialización adecuada, el proveedor médico no tendrá conocimiento de la calidad o aceptabilidad de los doctores, ni tendrá idea de si realmente serán un activo importante para el esquema. Mas aún, en el evento de una acción legal contra un doctor, el proveedor médico puede ser expuesto a tener alguna responsabilidad por haber fallado en llevar a cabo una adecuada credencialización. En nuestro esquema el Sub-director de Planeación y Servicios Médicos será quien llevará la más alta responsabilidad por la adecuada credencialización, aunque las actividades serán llevadas a cabo por el área de coordinación y dictaminación médica, en conjunto con su proveedor.

El proceso de credencialización es uno de los más críticos y debe de realizarse durante el proceso de reclutamiento y, en caso de ser necesario, después de que el contrato sea firmado. Procesos periódicos posteriores de credencialización (puede considerarse cada 2 años) deben implementarse. La actualización puede ser menos extensa que la primera credencialización, pero es posible incluir nuevos elementos en este proceso, incluyendo medidas de la calidad de la atención médica, satisfacción de los empleados, obediencia de las políticas y procedimientos y administración de la utilización.

Si el proceso de credencialización no se completa al momento en el que el médico esté listo para firmar, entonces se tendrá que incluir una provisión en el documento firmado (ya sea el contrato o la carta de intención) indicando que el contrato final dependerá de que el proceso de credencialización se complete. Si los estándares predeterminados no son encontrados, entonces el proveedor médico no podrá aceptar a dicho doctor en su panel médico. Una palabra de advertencia: es más difícil de lo que uno puede imaginarse decirle a los doctores que el proveedor médico no les aceptará después de que han firmado un contrato.

A continuación se presentan algunos elementos de los datos que pueden ser considerados como los más apropiados para el proceso de la credencialización:

ELEMENTOS BÁSICOS

- Entrenamiento (copia de certificados)
 1. Ubicación
 2. Tipo
- Certificación o elegibilidad a la asociación médica que corresponda a su especialidad (copia del certificado)
- Licencia médica actual (copia del certificado)
 3. Restricciones
 4. Historia que permita ver si hubo alguna vez pérdida de licencia
- Atención médica directa en hospitales
 5. Nombre de hospitales
 6. Campo en lo que desarrolla sus privilegios de práctica
- Seguro por mala práctica médica
 7. Nombre de la aseguradora
 8. Vigencia de cobertura (copia de la carátula de la póliza)
 9. Alcance de cobertura (límites financieros y procedimientos cubierto)
- Historia de mala práctica médica
 10. Reclamaciones pendientes
 11. Reclamaciones que fueron aplicables en contra del doctor
- Registro frente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y Registro Federal de Contribuyentes
- Número del Seguro Social
- Ubicación y números telefónicos de todas sus posibles consultorios
- Preguntas respecto a:
 12. Limitaciones o suspensiones de privilegios
 13. Suspensión de programas de gobierno

14. Cancelación por mal práctica médica
15. Antecedentes penales
16. Abuso de drogas o alcohol
17. Enfermedades crónicas o debilitantes

ELEMENTOS ADICIONALES

- Horas de operación
- Provisiones para atenciones de emergencia
- Apoyo de médicos practicantes
- Capacidades de operación en consultorio
- Capacidades para exámenes en consultorio
- Lenguajes que habla
- Historia laboral de los últimos cinco años
- Áreas médicas de interés especial
- Registro de la educación médica continua alcanzada

Evaluación por parte del proveedor médico del consultorio

Si el proveedor médico está contratando directamente con doctores, será de interés desarrollar la evaluación del consultorio del doctor. En algunos casos, el proveedor médico puede decidir no desarrollar una revisión debido al costo asociado o a la necesidad de tener la red médica más rápido o por temor a molestar a los médicos; éstas no son buenas razones.

Existen dos puntos principales para evaluar el consultorio del doctor: la capacidad para aceptar nuevos pacientes y ocupación del consultorio. Adicionalmente, el proveedor médico puede revisar el consultorio desde un punto de vista del proceso de administración de calidad de acuerdo a los establecido por las autoridades de salud, presencia de determinado equipo médico, etc.. Si la capacidad y la ocupación son las únicas áreas revisadas, la evaluación es mejor haciendo una visita por parte de la persona que está contratando al doctor y puede llevarse a cabo en un tiempo corto.

Además de preguntar a los doctores directamente como serán aceptados los nuevos miembros (incluyendo eso en el contrato), deberá solicitar examinar el libro de citas. De esta manera, el reclutador podrá darse cuenta de cuanta disponibilidad de citas tiene el doctor. Por ejemplo, si no hay citas disponibles para una examen médico hasta después de 6 semanas o más, el doctor puede estar sobrestimando su habilidad para aceptar más trabajo.

El reclutador podrá tener también una idea de que tan fácil es para un paciente con un problema agudo ser colocado en la agenda. Esto puede ser examinado mirando el número de puntos agudos dejados abiertos día con día mirando el número de citas dos veces registradas que fueron puestas al final de cada día.

Adicionalmente, el reclutador puede evaluar menos aspectos tangibles, tales como la limpieza del consultorio, trato amable del personal del consultorio hacia los pacientes y la atmósfera en general. Las horas de operación pueden ser verificadas, así como las provisiones para emergencias y las habilidades del equipo dentro del consultorio.

Revisión del registro médico

El proveedor médico requerirá de la revisión de todos los registros médicos por parte del proveedor médico. El propósito de esto es el asegurarle al Subdirector de Planeación y Servicios Médicos que los doctores practican medicina de alta calidad y que su práctica es efectiva en términos de costos. Algunos doctores se niegan a que se aplique esta revisión, pero si se establece como requisito para su integración, y si se le asegura al doctor sobre la estricta confidencialidad y no una cacería de brujas, no tiene porque haber problemas. Debido a que el doctor presuntamente aún no tiene registro de los empleados de la empresa que puedan ser revisados, la atención médica necesitará proteger la identidad de los pacientes porque el plan no tiene el derecho legal para tener acceso a registros médicos confidenciales.

Si el proveedor médico tiene un programa de aseguramiento de calidad que involucre la revisión de gráficas, un doctor accederá a una revisión inicial como una cosa natural. Algunas veces no hay objeciones por parte de los doctores que impidan esa condición como las podría haber por lo embarazoso que resultaría que el doctor tuviera que desarrollarla.

Tipos de acuerdos de reembolso

Discutiremos el reembolso de los médicos especialistas sobre las bases de una relación financiera entre el proveedor médico y los médicos especialistas en conjunto. El método de reembolso más apropiado para ser utilizado en cualquier situación será predicada sobre los objetivos del proveedor médico, el médico especialista, y la habilidad de cada uno para administrarse dentro de los términos del acuerdo.

Cargos y descuentos

El método más simple para entender, aunque se trate de uno muy insatisfactorio. El médico especialista envía una reclamación, y el proveedor médico se la paga. La pregunta podría ser, entonces, ¿para qué establecer un contrato? La respuesta es que puede ser la única forma de pago aceptada por el médico especialista. Aunque no se trata de un arreglo preferido, ocasionalmente es la única que pueda el proveedor médico tener, particularmente en especialidades con costos elevados (e.g., neurocirugía) o cuando no existen buenas alternativas.

Otra alternativa simple es un honorario por servicio médico descontado. Existen dos variaciones: un descuento directo sobre los cargos, como un 20%; y un descuento en función del volumen o con una escala variable. En este último caso, el nivel de descuento está en función de un conjunto de cifras previamente establecidas. Por ejemplo, para un ginecólogo que atendió de 0 a 5 partos por mes tiene un 10% de descuento, de 6 a 10 por mes tendrá un 15% de descuento, y así sucesivamente. Puede establecerse una combinación de ambos tipos de acuerdos. El honorario médico máximo es un esquema permitido; el proveedor médico pagará la cantidad menor entre los cargos del médico especialista o el máximo permitido.

Escala de valor relativo o catálogo de honorarios permitidos

La forma más común de pago de los honorarios por servicio es la escala de valor relativo o un catálogo de honorarios permitidos. La diferencia entre una escala de valor relativo y un catálogo de honorarios permitidos, es que en el primero a cada procedimiento se le asigna un valor relativo, generalmente sobre la base del honorario usual y acostumbrado. Ese valor se multiplica entonces por otra cantidad (el factor de conversión) para obtener un pago. Más que negociar honorarios separados, se negocia el factor de conversión. En una tabla de honorarios permitidos, los honorarios por procedimientos (nuevamente con base en el honorario usual y acostumbrado) están explícitamente asentados, y el médico especialista acuerda aceptar esos honorarios como un pago completo a menos que los cargos descontados sean menores que los del catálogo de honorarios, en cuyo caso el proveedor médico pagará el menor de los dos.

La verdadera utilidad de una tabla de honorarios permitidos es el evitar incrementos imprevistos en los honorarios. Si el proveedor médico simplemente negocia un descuento sobre los cargos, el descuento podrá fácilmente ser traspasado por honorarios en incremento. Esto puede ser parcialmente eliminado a través del establecimiento contractual de alguna cláusula por cualquier incremento en honorarios, asumiendo que el proveedor médico puede y marcará las desviaciones del aumento de honorarios, sin embargo, esa situación deja al proveedor médico con el problema de administrar una mezcla de diferentes tipos de acuerdos. Es preferible mantener un método uniforme para la atención de reclamaciones.

Otras formas para el reembolso de médicos especialistas

Honorarios fijos

Este tipo de reembolso es idéntico al que generalmente se utiliza para firmas legales. Simplemente se paga un monto fijo a un médico especialista cada mes y se reconcilian las cantidades en intervalos periódicos sobre la base de la utilización actual, ya sea a través de una tabla de honorarios prenegociada o a través de alguna otra medida objetiva.

Esto garantiza la disponibilidad del médico especialista hacia los empleados incluidos en el esquema y otorga el ingreso fijo, deseado por el médico especialista y permite a su vez el pago sobre la base de la utilización actual. Un aspecto que se debe considerar al inicio es si la reconciliación va precisamente en esos términos o si solamente considera uno de ellos. Este aspecto surge más frecuentemente de lo que uno esperaría.

Pago por hora y salario

Justo como suena, con los acuerdos de pago por hora y salario el proveedor médico le paga a un médico especialista una tarifa por hora o un salario por el desarrollo de sus servicios. En esencia, se está comprando un cuaderno de tiempo. Esto funciona en favor del proveedor médico si se contrata con un médico especialista que ya se encuentre con mucho trabajo porque habrá un pequeño incentivo para él para extender las sesiones. Este tipo de acuerdo es común para departamentos de emergencia o algunos otros cuando es necesario que un doctor se encuentre disponible por un periodo de tiempo definido. Los acuerdos de pago por hora y salario se prestan más para el establecimiento de una red cerrada de médicos.

Tarifas por caso, honorario global o tarifa básica por procedimientos

Tarifas por caso, honorario global o tarifa básica por procedimientos son honorarios únicos que son pagados por un procedimiento, y el honorario es el mismo indistintamente del mucho o poco tiempo y esfuerzo se haya gastado. Por ejemplo, el esquema puede utilizar la misma tarifa básica ya sea por parto natural o cesárea, eliminando por lo tanto, cualquier incentivo financiero por hacer una u otra intervención; esto se ha asociado con una baja en la tarifa por operación cesárea, aunque puede haber otros factores afectando de igual manera esta tarifa.

Relacionada con la tarifa básica es el honorario global. Un honorario global es una tarifa básica que abarca a más un tipo de servicio. Por ejemplo, un honorario global para cirugía puede incluir tanto el cuidado preoperativo y postoperativo así como una o dos visitas de seguimiento en el consultorio. Un honorario global para obstetricia puede incluir todo el cuidado prenatal y postnatal.

Los honorarios globales deben ser cuidadosamente definidos en cuanto a lo que se incluye y lo que puede ser cobrado fuera de ellos. Por ejemplo, si el ultrasonido se cobra fuera del honorario global para un parto, se necesitará controlar su uso para determinar si alguno de los proveedores están utilizando (y cobrando) un número anormalmente alto de ultrasonidos por caso.

Tarifas paquete por caso o costeo de paquetes

Las tarifas paquete por caso se refieren a un reembolso que combinan tanto los cargos institucionales y profesionales en un solo pago. Por ejemplo, el proveedor médico puede negociar una tarifa paquete por caso de \$20,000 por cirugía de marcapasos. Ese honorario cubre los cargos del hospital, el cirujano, el técnico de bombeo cardiaco y el anestesista así como todo el cuidado preoperativo y postoperativo. Las tarifas paquetes por caso algunas veces tienen provisiones adicionales para casos que se conviertan en catastróficos y que excedan brutalmente la utilización esperada.

Pagos provisionales periódicos y adelantos en efectivo

Ocasionalmente, el proveedor médico puede utilizar pagos provisionales periódicos o adelantos en efectivo con los médicos especialistas. En el caso de los pagos provisionales periódicos, el esquema anticipa al proveedor un monto determinado de efectivo equivalente a los cargos reembolsables esperados para cierto periodo de tiempo definido. Como las reclamaciones entran por el médico especialista, las reclamaciones son tomadas del pago provisional periódico, sin embargo el pago provisional periódico es continuamente revisado para que se mantenga en un nivel adecuado. De esta manera, el médico especialista obtiene un positivo flujo de efectivo y también el uso del interés libre del dinero del esquema. Los adelantos en efectivo son simplemente eso: el plan adelanta al proveedor un monto de dinero en efectivo determinado y lo registra en libros como una cuenta por cobrar. En el caso en el que la relación entre el médico especialista y la empresa terminara, las reclamaciones finales son tomadas del adelanto de efectivo.

Ninguna de estas técnicas pueden ser recomendadas para un uso de rutina. En cualquier caso, el efectivo adelantado no puede ser tratado como una obligación por el médico especialista sino simplemente como un pago, lo que hace difícil la recuperar los fondos.

Acuerdos de bonos a riesgo

Además de cualquier acuerdo de reembolso que se establezca con médicos especialistas, en ocasiones resulta ventajoso agregar un elemento de riesgo y recompensa. Esto puede ser aplicado dentro de un contexto de utilización, sin embargo, podría vincularse a otros objetivos también. Estos tipos de acuerdos se ajustan mejor a aquellas especialidades en las que los mismos médicos especialistas controlan un mayor aspecto de la utilización y en las que existe un volumen suficiente de pacientes para eliminar el azar.

Al seleccionar el riesgo y los niveles de recompensa, debemos recordar que no se desea hacer el riesgo o la recompensa tan grande que tenga el potencial de tener un serio impacto negativo sobre la toma de decisiones clínicas. Es mejor planear un mecanismo de reembolso que recompense justa y ostentosamente a un médico especialista por el apropiado y juicioso uso de los recursos clínicos y establecer entonces un riesgo o nivel de bono que, mientras mantiene la atención para obtenerlo, no es potencialmente dañino a la salud fiscal del médico especialista. No es deseable poner al médico especialista, al empleado, o al proveedor médico mismo en la posición de que la economía prevalezca sobre un adecuado servicio médico. Lo que se desea es un riesgo o un arreglo de bono que ayude a dirigir la atención del médico especialista en el control de la utilización innecesaria.

Establecer objetivos

Existen diversos criterios para la selección de objetivos que pueden ser utilizados para arreglos riesgo/bono. Uno puede ser el periodo promedio de estancia (e.g., establecer un objetivo de 1 o 2 días como periodo promedio de estancia para partos normales). Una variación podría ser el total de número de camas por cada 1,000 empleados (e.g., todas las camas de intervención quirúrgica por cada 1,000 empleados para el total de empleados).

Otra posibilidad es el costo mensual por empleado. Es necesario definir cuidadosamente el costo de la zona por atención médica, como honorarios profesionales, costos hospitalarios, costo de paquetes, y así sucesivamente. Si se cuenta con los sistemas capaces de un registro preciso, este método tiene la ventaja de mantenerse ligado directamente al objetivo inicial de nuestro esquema.

Se debe evitar establecer objetivos por productividad. Si se establece un riesgo o bono sobre la base de atender un número determinado de pacientes por hora o cualquier otro incentivo que implique un honorario por servicio, se puede tener el problema de disminución en la calidad de la atención.

Definir el riesgo o el bono

Se debe definir el monto de pago que será a riesgo o el monto que potencialmente estará disponible para bono. Por ejemplo, puede considerarse un 10 o un 20% de los pagos totales efectuados en el año en beneficio del médico especialista. Después se debe escoger entre un acuerdo de bono directo para metas excedidas o una banda riesgo/bono en la cual el médico especialista esté en riesgo por fallar en el logro de las metas y pueda alcanzar un bono por excederías (en otras palabras, una retención sobre el pago, posiblemente combinado con un plan de bonos).

Después de que el proveedor médico haya establecido las metas y el monto del riesgo y de la recompensa, se debe determinar la extensión de los pagos por bonos. Por ejemplo, alcanzar una reducción del 2% en el periodo de estancia permita otorgar un bono de 1% hasta un máximo del 10% del total de los pagos por el año. Se debe ser tan específico como sea posible para evitar disputas posteriores y estar absolutamente

seguro de que se puede tener un registro preciso cualquiera que sean los objetivos seleccionados.

Una simple advertencia: El proveedor médico debe asegurarse de haber hecho un modelo financiero de los posibles resultados de un acuerdo de bonos. No es deseable seleccionar un acuerdo en el que el bono niegue cualquier ahorro obtenido del hecho de haber alcanzado las metas. Si el bono será pagado simplemente por alcanzar las metas y éstas se han incluido en el presupuesto, debemos asegurarnos de incluir los bonos en el presupuesto así como los gastos reportados por los beneficios médicos. Esto debería ser obvio, pero ocasionalmente es pasado por alto.

Este tipo de acuerdos de bonos pueden ser criticados debido a que se está pagando a nuestro proveedor por una atención médica reducida (i.e., inferior). Sin embargo, esto simplemente no debe ser el caso puesto que se están compartiendo los ahorros que se producen precisamente de la alta calidad así como de la efectividad del costo de la atención médica; más aún, cualquier proveedor que sea atrapado intentando mantener sus bolsillos al brindar una atención médica inferior será eliminado de la participación en el esquema. Existe la responsabilidad del médico especialista de brindar una atención de alta calidad. Es la responsabilidad del proveedor médico asegurarse de que el médico especialista se encuentre adecuadamente reembolsado y supervisar la calidad de la atención médica otorgada.

Prohibición de Sub-autorizaciones

De todos los términos contractuales, sobre todo en un esquema como el propuesto debe haber un claro entendimiento de que al médico especialista no se le está permitido la autorización de atención médica a cualquiera de los empleados a no ser que se tenga la autorización del proveedor médico. Esto incluye hospitalizaciones, exámenes de diagnóstico y referidos de otros médicos especialistas.

Existen algunos acontecimientos comunes a este problema. Un ejemplo es el médico especialista que posee un equipo de diagnóstico caro; si bien puede ser que el plan en sí mismo no contemple o permita realizar una examinación innecesaria, existe aún una presión sutil para el uso de dicho equipo y generar una renta por ello. Si tales autorizaciones independientes son prohibidas contractualmente, ya sea que el médico especialista sea obligado a contactar al proveedor médico y discutir la necesidad del examen o que no le sea permitido facturar la parte correspondiente a dicho examen.

Otro acontecimiento común se presenta cuando el médico especialista ha tomado la decisión de hospitalizar a un empleado. Aunque la hospitalización puede ser apropiada, la habilidad del proveedor médico para conducir el caso es violentamente detenida si no se tiene conocimiento del mismo sino hasta que termina. En nuestro plan, la hospitalización requerirá de una pre-admisión revisada por el proveedor médico a una autorización otorgada por el mismo proveedor médico. Es crucial asegurarse de que el proveedor médico será capaz de administrar casos simultáneamente, y eso significa notificaciones de pre-admisión y autorizaciones.

Por último, el último acontecimiento común es el problema de los empleados referidos hacia otros médicos especialistas. Si el plan permite que un médico especialista refiera a un empleado con otro médico especialista sin la obtención de autorización para ello, el empleado puede empezar a ser derivado de un médico especialista a otro. Eso no es solamente una forma ineficiente y costosa de brindar atención médica sino que además la falta de continuidad en el tratamiento médico también tiene implicaciones en la calidad de la atención.

Que tan riguroso deba serse para hacer cumplir esta prohibición, variará en determinadas circunstancias. Por ejemplo, un obstetra puede solamente notificar al proveedor médico cuando una empleada sea admitida para un parto sin requerir pre-autorización en lo absoluto. Puede decidirse permitir a médico especialista seleccionados el desarrollo de ciertos estudios que sean simplemente necesarios para la atención médica (e.g., permitir a neurólogos la aplicación de resonancias magnéticas). Estas excepciones deben ser cuidadosa y profundamente analizadas y el reembolso por dichas excepciones no debe motivar una utilización excesiva.

Lo más importante de esto es no hacer un sistema tan rígido que sea imposible otorgar un cuidado médico adecuado, sino el tener un sistema que permita al proveedor médico administrar la atención médica a través de una intervención oportuna, cuando sea así requerido, y dirigir la atención médica de la mejor forma posible en términos de la eficacia de costos.

Es importante enfatizar que el servicio médico a través de médicos especialistas es un elemento decisivo en el costo y la calidad de la atención médica. El papel que juegan los médicos especialistas está evolucionando continuamente dentro de los sistemas de salud, como lo son las estructuras organizacionales que los médicos especialistas están utilizando para el contrato de servicios. Los acuerdos de reembolso y los contratos son herramientas que codifican y clarifican las responsabilidades de una parte hacia la otra. Los médicos especialistas no resolverán los problemas del esquema y no sustituirán a una buena administración.

Negociando y contratando Hospitales e Instituciones Médicas

El contrato con hospitales es una de las tareas más importantes que el Subdirector del área, así como el personal de la Coordinación y Dictaminación Médica deben enfrentar. Asimismo los representantes del hospital necesitan tener una minuciosa comprensión de los aspectos involucrados al contratar un esquema de esta naturaleza con la empresa, que deberá ser adecuadamente comunicada por el proveedor médico seleccionado.

Razones para contratar

Las razones para el contrato con los hospitales son obvias y muy parecidas a las del establecimiento de los contratos con los médicos. Es importante mencionar que, debido a la cantidad de dinero destinada a la atención hospitalaria, los resultados toman mayor importancia en cualquier contrato sobre todo por su impacto en el costeo de los beneficios.

El hospital estará agudamente interesado en mejorar, o en algunos casos mantener, un volumen en los días de hospitalización y en los procedimientos de salida de pacientes. Esto es crucial si el hospital está sufriendo de una baja tasa de ocupación. Un hospital estará también interesado en conocer sobre la habilidad del esquema para el pago de una reclamación; el valor del dinero en el tiempo es muy importante para el hospital puesto que se trata de sumas considerables.

Los pagos garantizados para ciertos beneficios autorizados por el esquema serán también valorados, especialmente si el hospital ha estado absorbiendo pérdidas como un resultado de la negativa de pagos a partir de un proceso de revisión retrospectivo.

Y por último, un hospital contratará para vencer a su competidor. La competencia entre hospitales es generalmente mucho más abierta que la competencia entre doctores y es generalmente un aspecto regional; un hospital creará una área de servicio definida razonablemente a partir de que la mayoría de las admisiones lleguen. Si se desea limitar el número de hospitales en cada área de servicio, esto se convierte en un importante punto de negociación.

Será importante que la empresa cuente con el mayor conocimiento posible sobre el proveedor en lo que respecta al Desarrollo de la Red Hospitalaria que brindará sus servicios a los empleados, tomando en cuenta la forma en la que se seleccionan los hospitales (criterios de selección), estrategias de negociación, desarrollo y obtención de datos, establecimiento de responsabilidades y tiempos estimados y que todos los elementos cubran las necesidades de la empresa.

2.6 Marco legal vigente (01/07/97)

El presente trabajo no estaría completo si no se considerara el entorno legal y fiscal que rodea al esquema propuesto ya que su factibilidad depende en gran medida de un entorno que favorezca su desarrollo, así como del mantenimiento de las ventajas fiscales inherentes a la implementación de dicho esquema.

Por tal motivo, a continuación mostraremos la situación actual que guarda el Instituto Mexicano del Seguro Social y las leyes fiscales de nuestro país respecto al esquema propuesto. También se mostrarán las tendencias hacia el cambio en aspectos específicos del manejo de la Administración Corporativa de Siniestros en favor de la empresa.

2.6.1 Seguro de enfermedades y maternidad

A continuación se explicarán, de forma general, los principales conceptos contemplados dentro del Seguro de Enfermedades y Maternidad otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la intención de brindar una idea más amplia sobre dicho seguro.

El Seguro de Enfermedades y Maternidad, por su naturaleza, ha sido tradicionalmente el más utilizado por los derechohabientes cuyo objetivo primordial es el de otorgar la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, en caso de enfermedad no profesional, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento, con la posibilidad de aumentar dicha asistencia hasta por cincuenta y dos semanas más, si el asegurado continúa enfermo. En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, la asistencia obstétrica que requiera así como una ayuda en especie por seis meses para lactancia, y una canastilla al nacer el hijo.

De la misma forma, para este seguro, el Instituto Mexicano del Seguro Social otorga subsidios equivalentes al 60% del último salario diario de cotización a los derechohabientes en caso de enfermedad no profesional, cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo que pueden ser pagados a él o a sus familiares.

El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas, con la posibilidad de prorrogar dicho subsidio veintiséis semanas más si el asegurado continuare incapacitado. Este beneficio requiere de al menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.

Para las mujeres aseguradas, durante el embarazo y el puerperio, se les otorgará, en términos generales, un subsidio en dinero igual al 100% del último salario diario de cotización, que recibirán durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo. Este subsidio se otorgará siempre que sean cubiertas por lo menos treinta cotizaciones semanales en el período de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio.

El hecho de recibir este subsidio por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social exime al patrón de la obligación del pago del salario íntegro.

Si falleciere un pensionado o un asegurado con al menos doce cotizaciones semanales en los nueve meses anteriores al fallecimiento, el Instituto pagará a la persona preferentemente familiar del asegurado o del pensionado, una ayuda por este concepto la que consiste en dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento. Estos beneficios son otorgados al asegurado, al pensionado, al cónyuge del asegurado, a los hijos hasta los veinticinco años de edad y a los padres del asegurado que cumplan con las características de elegibilidad determinadas dentro de la misma Ley.

Las cuotas que han sido establecidas para este seguro se muestran en la siguiente tabla:

	Patrón Cuota		Trabajador Cuota	Gobierno Cuota	
	Fija SMDF (%)	Variable SBC (%)	Variable SBC (%)	Fija SMDF (%)	Variable SBC (%)
<i>Prestaciones en especie</i>	13.90	6.00	2.00	13.90	
<i>Prestaciones en Dinero</i>		0.70	0.25		0.05

Todas las prescripciones y tratamientos deberán ser indicados por el Instituto para que el asegurado, el pensionado y los beneficiarios tengan derecho a las prestaciones.

El Instituto tendrá la facultad de determinar la hospitalización del asegurado, del pensionado o de los beneficiarios, cuando así lo exija la enfermedad, previo consentimiento del enfermo. La hospitalización de menores de edad y demás incapacitados, precisa el consentimiento de quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, o bien de la autoridad judicial.

El Instituto, a solicitud de los interesados, se subrogará en sus derechos y concederá las prestaciones mencionadas en el párrafo anterior. En este caso el patrón enterará al Instituto el importe de los capitales constitutivos, sus accesorios y el cinco% por gastos de administración de las prestaciones en especie otorgadas, así como de los subsidios, gastos de funeral o de las diferencias de estas prestaciones en dinero. Dicho importe será deducible del monto de las cuotas obrero patronales omitidas hasta esa fecha que correspondan al Seguro de Enfermedades y Maternidad, del trabajador de que se trate.

Los servicios del Instituto serán prestados en cualquiera de las siguientes formas:

Directamente

A través de su personal e instalaciones. En virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de prestar los servicios del Seguro de Enfermedades y Maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del seguro de riesgos de trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes.

Indirectamente (reversión de cuotas)

Dada la importancia que guarda este apartado del Seguro de Enfermedades y Maternidad y dado que es del interés de este trabajo, el manejo directo en el largo plazo de los riesgos asociados a la salud por parte de la empresa una vez que el modelo de Administración Corporativa de Siniestros pruebe su eficacia, a continuación se transcribe el texto íntegro referente a la reversión de cuotas de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

"Mediante convenios con aquellos patrones que cumplan lo establecido en el reglamento para la reversión de cuotas que expida el Consejo Técnico y previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa (sindicato). El reglamento y sus modificaciones deberán ser sometidos a la autorización de la Secretaría de Salud. En estos convenios deberán quedar garantizadas para los trabajadores y sus familias todas las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Lo dispuesto en este inciso es aplicable a la reversión de cuotas para las prestaciones en especie y subsidios del seguro de riesgos de trabajo."

"Asimismo dicho reglamento deberá tomar en cuenta el riesgo de la población cubierta, el salario de cotización de la misma y los gastos de administración del instituto para los efectos de la determinación de los montos de la cuota a revertir."

"El Instituto podrá dar por terminados los convenios en el momento en que constate que los servicios y prestaciones no son otorgados con la suficiencia, calidad y eficiencia exigidas por aquél."

"En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan."

Sin embargo, al 30 de septiembre de 1987, dentro de los trabajos de elaboración y revisión del marco reglamentario de la Nueva Ley del Seguro Social, fueron enviados a los miembros del Consejo Técnico para su aprobación los siguientes proyectos:

1. Reglamento de Afiliación
2. Reglamento de la Seguridad Social en el Campo
3. Reglamento del Recurso de Inconformidad
4. Reglamento para la Imposición de Multas por Infracción a las Disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos
5. Reglamento del Seguro de Salud para la Familia
6. Reglamento del Pago de Cuotas del Seguro Social
7. Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social
8. Reglamento de Servicios Médicos
9. Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería

10. Reglamento para la Clasificación de Empresas y Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo
11. Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social
12. Reglamento de Subrogación de Servicios y Reversión de Cuotas

De los cuales sólo se han aprobado:

Reglamento de Servicios Médicos
Reglamento del Recurso de Inconformidad
Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería
Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social

Lo relevante a la conformación del Consejo Técnico, así como sus principales atribuciones se encuentran debidamente indicadas en los artículos 263 y 264 de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. Dado que la decisión del Comité Técnico es primordial para el desarrollo de nuevas perspectivas en materia de salud, a continuación transcribiremos los artículos mencionados para que sean de su conocimiento:

"Artículo 263. El Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del Instituto y estará integrado hasta por doce miembros, correspondiendo designar cuatro de ellos a los representantes patronales en la Asamblea General, cuatro a los representantes de los trabajadores y cuatro a los representantes del Estado, con sus respectivos suplentes y el Ejecutivo Federal cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal."

"El Secretario de Salud y el Director General serán siempre Consejeros del Estado, presidiendo este último el Consejo Técnico. Cuando deba renovarse el Consejo Técnico, los sectores representativos del Estado, de los patrones y de los trabajadores propondrán miembros propietarios y suplentes para los cargos de Consejero. La designación será hecha por la Asamblea General en los términos que fije el reglamento respectivo."

"Los Consejeros así electos durarán en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos. La designación será revocable, siempre que la pidan los miembros del sector que hubiese propuesto al Consejero de que se trate o por causas justificadas para ello. En todo caso, el acuerdo definitivo corresponde a la Asamblea General, la que resolverá lo conducente en los términos del reglamento, mediante procedimientos en que se oiga en defensa al Consejero cuya remoción se solicite."

"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 de 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 cobros del Instituto, señalando su circunscripción territorial;"

"V. Convocar a 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 artículo 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"

"XIX. Las demás que señalen esta Ley y sus reglamentos."

Como puede verse este organismo tendrá una participación relevante en los cambios que el sistema médico nacional exige.

2.6.2 Cambios en la ley del Instituto Mexicano del Seguro Social

Debido a los problemas financieros que aquejaban al Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la intención de cumplir cabalmente con los principios que le dieron origen, a partir de 1995 se inició un profundo proceso de reforma.

Esta reforma se inicia en diversas etapas, iniciando con la elaboración del análisis del sistema vigente en aquél momento, que indicaría las fortalezas y debilidades del Instituto. En segundo lugar las organizaciones obreras y empresariales del país propusieron algunos puntos para el fortalecimiento del sistema, mismos que se transformaron en iniciativas de la nueva Ley.

Finalmente el 12 de diciembre de 1995, el Congreso de la Unión aprobó la nueva Ley del Seguro Social, que entró en vigor el 1° de julio de 1997.

Esta Ley representa para el Instituto el fortalecimiento de sus principios originales y en su carácter solidario y redistributivo; ampliar su capacidad para beneficiar a más mexicanos; elevar la calidad de los servicios y de las prestaciones; eliminar las injusticias del sistema anterior y darle una sólida base financiera al Instituto.

Los efectos de los cambios a la Ley se irán percibiendo gradualmente en los próximos años, sin embargo, existen ya algunos beneficios que vale la pena mencionar. Uno de ellos es la eliminación del pasivo generado las pensiones en curso de pago, transfiriendo los mismos al Gobierno Federal.

Un hecho concreto que brinda la nueva Ley para recuperar la viabilidad financiera, es el incremento en los recursos. En 1998, el Instituto contará con un presupuesto de ingresos en efectivo equivalente a 87 mil 265 millones de pesos, en tanto que el gasto en efectivo ascenderá a 85 mil 235 millones de pesos. Este gasto es equivalente a 2.2 puntos porcentuales del PIB. Es por ello que el presupuesto toma un papel muy importante como instrumento de política social del país. Es pertinente mencionar que el proceso de presupuestación institucional busca para este año canalizar esfuerzos y recursos para abatir rezagos y mejorar la calidad de los servicios, brindando certidumbre al asignar más recursos a aquellos lugares donde más se necesitan, garantizando una distribución equitativa entre regiones, e incrementando el presupuesto del Programa de Inversiones, a fin de acrecentar la infraestructura de servicios, dotarla del equipo necesario y continuar con la sustitución del obsoleto.

Este incremento se debe a que el gobierno, fundamentado en su responsabilidad social, amplió sus aportaciones al Instituto Mexicano del Seguro Social. Es decir, en un año, el gobierno incrementó su participación en la seguridad social en 12 veces, pasando de 3 mil 585 millones de pesos a 43 mil 376 millones.

De no existir la nueva Ley del Seguro Social, el gobierno hubiera aportado únicamente para 1998 el 4% de los recursos totales del Instituto, pero en virtud del nuevo ordenamiento jurídico, este año aportará el 43% de sus ingresos.

Como parte del profundo cambio estructural que ha vivido el Instituto Mexicano del Seguro Social, se diseñó un nuevo esquema de financiamiento para el seguro de Enfermedades y Maternidad, que garantiza su equilibrio financiero y permite recuperar la capacidad de ampliar la infraestructura médica en beneficio de los trabajadores y sus familias. Al mismo tiempo, permite recuperar el sentido original de que la seguridad social se financie con una aportación equilibrada de los sectores estatal, obrero y patronal.

De esta manera, el ramo contará con mayores recursos. En lugar de percibir por concepto de cuotas tripartitas 39 mil 323 millones de pesos, obtendrá 42 mil 534 millones de pesos de 1998.

Además, con este nuevo esquema se disminuyen las cuotas obrero-patronales, impulsando el empleo y el crecimiento de los salarios.

En el caso de los trabajadores, su aportación al seguro de Enfermedades y Maternidad se reducirá en un 70% en promedio, ampliándose este beneficio hasta en 92% para el caso de los trabajadores que perciben hasta 3 veces el salario mínimo. Esta disminución se traduce en un aumento del ingreso disponible de los trabajadores cotizantes al Instituto Mexicano del Seguro Social del 2.2% real en promedio.

El nuevo esquema financiero es posible gracias a una mayor aportación gubernamental a los servicios de salud que proporciona la Institución. Ahora, la contribución del gobierno al seguro de Enfermedades y Maternidad es de 7 veces más a lo que era anteriormente, lo que significa que en 1998 aportará 15 mil 937 millones de pesos.

Con la nueva Ley, se garantiza un sistema de pensiones solidario a través de la cuota social que el gobierno aporta para beneficiar en mayor medida a los trabajadores de más bajos ingresos.

Por ejemplo, ya que la cuota social equivale al 5.5% de un salario mínimo por día cotizado, para un trabajador que percibe un salario mínimo, la cuota social representa el 46% de la aportación tripartita a su cuenta individual, ya que la tasa de aportación al Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez es de 6.5%.

Una beneficio social más de este trascendental cambio, es que todas las pensiones que se han otorgado al amparo de la nueva Ley a partir del primero de julio de 1997 están indizadas a la inflación, lo que garantiza que el poder adquisitivo de los pensionados no se perderá.

Pero el mayor logro que ha brindado el nuevo sistema es el mejoramiento de las pensiones. Todas las pensiones otorgadas al amparo de la nueva Ley, ya sea por invalidez, Muerte o por Riesgos de Trabajo han sido entre 30 y 200% superiores a las de la Ley anterior lo que confirma las bondades del cambio realizado.

A través de sus guarderías, el Instituto Mexicano del Seguro Social siempre ha brindado su apoyo a las mujeres trabajadoras de México, para que se incorporen en igualdad de circunstancias al mercado laboral.

Es así que a diciembre de 1997, se tienen un total de 523 guarderías, incrementándose en un 15% desde el años de 1994.

Una de las grandes metas sociales de la nueva Ley es ampliar la capacidad para recibir a los hijos de las madres trabajadoras.

Esta aspiración se traduce en el compromiso concreto de que en los próximos 3 años se pueda duplicar la capacidad de guarderías que se ha generado en 25 años de existencia de este seguro.

De esta forma, en la actualidad, el Instituto Mexicano del Seguro Social representa cuidado y protección para más de 67,000 niños; sin embargo, para el año 2000, más de 120,000 niños podrán asistir a la guarderías del Instituto.

Un propósito fundamental de la nueva Ley ha sido incrementar la cobertura, particularmente hacia aquella población trabajadora que no tenía acceso a los beneficios del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para alcanzar dicho propósito, se creó el Seguro de Salud para la Familia por medio del cual, con sólo 180 pesos al mes, una familia tiene acceso a todas las prestaciones médicas del Instituto. Es de destacarse que en tan sólo cuatro meses este seguro había incorporado a 20,000 familias.

En los próximos 3 años estarán incorporadas 350,000 familias a la seguridad social.

En año de 1998 marca el inicio de un programa de inversiones ciertamente ambicioso, aunque hay que reconocer que la magnitud del rezago y la evolución de la demanda de servicios, exigen destinar a este rubro crecientes recursos año con año. El presupuesto aprobado asciende a 2,994.2 MDP, lo que significa un incremento con respecto al año anterior del 53%. De este total, 871.2 MDP corresponden a construcciones, lo que representa un 95% más; 1,100 MDP a conservación, es decir, un 50% adicional; y 1,023 MDP a la adquisición de equipo, fundamentalmente médico, con un incremento del 32%.

2.6.3 Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000

Este programa fue establecido como el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, los cuales son ampliar la cobertura de la seguridad social, evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan la instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.

Este Programa es producto de un amplio consenso. Recoge las diversas opiniones, propuestas e iniciativas vertidas en los más de 70 eventos organizados como parte de los Foros Nacionales de Consulta Popular sobre Salud en 1995, así como los resultados de la cerca de 200 reuniones de trabajo que realizaron las comisiones que conforman el Consejo Nacional de Salud. También incluye los principales asuntos analizados en el

Gabinete de Salud y en la Comisión Interinstitucional que lo apoya, bajo la coordinación de la Oficina de la Presidencia de la República.

El Programa está dividido en cuatro secciones fundamentales. La primera de ellas se refiere a la evolución que ha tenido el sistema de salud en México y describe un diagnóstico general de la situación actual. La segunda plantea los puntos fundamentales de la reforma, tanto en sus aspectos estructurales como funcionales. La tercera parte se ocupa de los principales programas específicos que dan contenido al Programa Sectorial y, en la cuarta, se señalan los programas de apoyo que habrán de coadyuvar al avance de la reforma y a la reorganización del sector.

Es indudable que la salud de los mexicanos ha mejorado considerablemente en los últimos años. La esperanza de vida al nacimiento rebasa ya los 72 años, en tanto que la mortalidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había hace 25 años. México también ha experimentado cambios demográficos profundos en las últimas décadas. La tasa de crecimiento natural de la población es de aproximadamente el 2%; en tanto que la tasa global de fecundidad se redujo en más de la mitad en estos últimos 25 años.

El programa establece que, no obstante lo anterior, el sistema de salud actual confronta serios problemas, como resultado, por un lado, de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población; y por el otro, de una organización y estructura que ya no era capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y, sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

Otro problema grave que la reforma pretende resolver, se refiere al centralismo con el que ha venido operando el sistema de salud. Ni la realidad epidemiológica ni los profundos cambios políticos que experimenta el país, dan viabilidad a una estructura centralista de tan grande magnitud. La descentralización del sistema es insoslayable, y constituye otra de las grandes vertientes del Programa. Por añadidura, la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente y la calidad de los mismos, si bien es heterogénea, tampoco satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por ello, se hace necesaria una mejor coordinación programática y funcional.

En resumen, calidad insuficiente, duplicaciones, centralismo y cobertura limitada, constituyen los principales retos y la razón por la cual el Gobierno de la República, con base en un proceso de planeación democrática, decidió emprender una profunda reforma al Sistema de Salud. No sólo para poder resolver en el corto plazo, los problemas señalados, sino para sentar las bases de una reorganización que, a mediano plazo, permita hacer un uso óptimo de la infraestructura disponible, uniformar programas, introducir incentivos y ejercer, con la mayor eficiencia posible, del gasto federal en materia de salud.

Los cambios en el primer nivel de la atención médica dentro de los servicios que ofrece la seguridad social, constituyen un incentivo fundamental que habrá de traducirse en una mayor calidad en la prestación de los servicios. El que los usuarios puedan elegir a los médicos que habrán de atenderlos, también servirá como un mecanismo para la contención de costos. La libre elección de los usuarios se contempla como una estrategia

general, que cada institución podrá plantear con los alcances y peculiaridades propias de su estructura y normatividad.

En el contexto del nuevo federalismo, la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, es decir, no derechohabiente a la seguridad social, recoge el proceso iniciado en la década pasada y constituye la posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región. Una vez configurados los sistemas estatales, la política nacional se articulará a través del Consejo Nacional de Salud, creado por decreto presidencial a inicios de 1995. La descentralización de los servicios que prestan, tanto la Secretaría de Salud como el programa Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad, evitará que persistan sistemas paralelos para atender a una misma población. La descentralización permitirá, asimismo, hacer una distribución más racional del gasto federal en salud al tomar en consideración indicadores de mortalidad y marginación, y equilibrar el gasto per cápita en salud. Todo ello contribuirá a tener no sólo una mayor eficiencia, sino también y sobre todo, una mayor equidad.

Ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias: en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal; en tanto que, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costo-efectivas y que se significa, además, como una medida fundamental del Gobierno en su lucha contra la pobreza extrema.

Para fortalecer y complementar los servicios de salud se tiene previsto un programa vigoroso de mejoramiento de la gestión administrativa en los estados y, en el contexto del federalismo, la participación decidida de los ayuntamientos. El programa de Municipio Saludable propiciará un mayor compromiso de estos con las tareas propias del saneamiento básico y con una orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud. Los comités de salud, constituyen la base social de la estrategia.

Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo sobre lo curativo: capacitación para la salud familiar, ejercicio físico para la salud, educación nutricional y salud escolar. Por otro lado, toman también en consideración las distintas etapas del ciclo vital: en salud infantil, resaltan el programa de enfermedades prevenibles por vacunación, así como los de prevención y control de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas. En salud reproductiva, sobresalen la planificación familiar, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer y, particularmente, el programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual que incluye, por supuesto, al virus de la inmunodeficiencia humana.

En salud de las poblaciones adulta y anciana resaltan los programas de prevención y control de la tuberculosis, de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Las dos últimas destacan por su creciente contribución a las principales causas de mortalidad en el país.

Otras acciones, dirigidas a toda la población, incluyen la salud mental, la salud bucodental, la prevención de accidentes y adicciones y, en forma señalada, la salud ambiental.

Una dimensión adicional de los programas específicos es su distribución regional, cuando la naturaleza del programa sanitario lo amerita. Tal, es el caso del dengue, el paludismo, la oncocercosis, la brucelosis, la cisticercosis, la lepra y la rabia. En este contexto, sobresale el programa contra el cólera, que si bien tiene características pandémicas, se acentúa en algunas regiones del país.

El fomento sanitario ocupa un apartado especial. Plantea actualizar y complementar los instrumentos legales y normativos que garanticen la calidad sanitaria de productos, bienes y servicios con propiedades biológicas, químicas, físicas o radiológicas; así como vigilar, en el marco de las políticas nacionales y tratados internacionales, los mecanismos de control de productos importados. En este rubro se contemplan acciones específicas para apoyar las exportaciones y para avanzar en los procesos de desregulación y simplificación-administrativa; para promover la participación de los sectores privado y social en las acciones de certificación, aprobación y auditoría; de simplificación de licencias sanitarias y de regulación y control de establecimientos productores de medicamentos, para cumplir con las especificaciones establecidas en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

El control sanitario de la publicidad amerita una revisión de su marco normativo, para evitar que se aplique con discrecionalidad, advertir con mayor claridad sobre los efectos nocivos a la salud de algunos productos y propiciar el desarrollo de conductas de consumo saludables desde etapas tempranas del ciclo vital.

La modernización administrativa y la sistematización de la información estadística y epidemiológica, son fundamentales para poder disponer de cifras veraces y que éstas puedan ser procesadas oportunamente para retroalimentar al propio sistema en su toma de decisiones e informar a la sociedad, sobre todos aquellos asuntos de salud pública que son del interés general. Una sociedad bien informada en materia de salud será, sin duda, una sociedad más saludable.

El Sistema Nacional de Salud no es solamente un sistema prestador de servicios. La enseñanza y la investigación constituyen aspectos fundamentales para su renovación e introducción de procesos innovadores; son, además, elementos insustituibles que garantizan la calidad intrínseca de los servicios que se ofrecen. Por ello, las instituciones de salud fortalecerán sus vínculos con las de educación superior e investigación científica y seguirán coadyuvando a la formación de recursos humanos de alto nivel pues es, justamente, el elemento humano, el eje de la reforma y el activo más valioso del propio sistema.

Es claro, que el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se sustenta firmemente en la realidad nacional. Mantiene y fortalece todo aquello que tiene vigencia y que ha sido construido en el pasado por muchas generaciones de médicos, enfermeras y trabajadores de la salud; reconoce puntualmente los cambios que la acelerada dinámica epidemiológica, demográfica, económica y política le han impreso a nuestra población y a nuestras instituciones; pretende abatir rezagos, anticiparse a contingencias futuras, crear una cultura de la prevención y hacer de la política de salud del Gobierno de la República un instrumento democrático con justicia y equidad. En suma, busca alcanzar a plenitud y sin excepciones el derecho constitucional de protección a la salud que nos asiste a todos los mexicanos.

Este documento establece los lineamientos y la forma en la que los cambios al Sistema de Salud en México se llevarán a cabo. Cambios que representarán, sin duda, mayores ventajas para el desarrollo que busca alcanzar nuestro país.

Hemos presentado las principales ideas de dicho documento con la intención de establecer el marco actual respecto al modelo propuesto, así como sus afinidades.

2.6.4 Alternativas actuales legalmente permisibles para las empresas: Instituto Mexicano del Seguro Social, Planes Asegurados de Gastos Médicos Mayores, Planes Membresía

Es importante establecer los mecanismos actuales mediante los cuales se otorga protección médica a los empleados, pues dichos mecanismos representan opciones factibles de acuerdo a la estrategia financiera y de beneficios que establezca la empresa.

Cada una de estas opciones se comentará brevemente incluyendo sus principales características, así como las ventajas o desventajas que en términos generales presentan, considerando diferentes tipos de empresas.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dentro de todas las opciones, ésta es quizá la más conocida y básicamente consiste en un esquema que denominaremos de Gastos Médicos Menores, lo que significa que se otorga al derechohabiente o beneficiario la atención médica desde la primera consulta hasta las posibles intervenciones quirúrgicas a través del pago mensual por parte de la empresa, del empleado y del gobierno de las cuotas por cada uno de los ramos cubiertos.

Ventajas

- El Instituto Mexicano del Seguro Social no requiere de la participación económica del paciente al momento de presentarse la eventualidad
- La atención médica es proporcionada sin distinción a quien acuda a los hospitales y clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

Desventajas

- El nivel de atención así como las instalaciones médicas no se encuentran en el estado óptimo
- La mayoría de los médicos que se encuentran trabajando para el Instituto Mexicano del Seguro Social son médicos generales de tal suerte que la canalización de los pacientes hacia áreas especializadas es complicada lo que retrasa la atención médica oportuna
- El pago de las cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social por parte de la empresa y del empleado es considerado en muchas ocasiones como un gasto doble

Seguro de Gastos Médicos Mayores

Este mecanismo de atención médica ya ha sido ampliamente explicado anteriormente en este trabajo. Sin embargo, es importante señalar que es el más utilizado actualmente y que concentra a la mayoría de la población que busca una alternativa que les permita obtener una mejor calidad en la atención médica fuera de la ofrecida a través del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las compañías mexicanas de seguros que operan en este ramo han mantenido importantes esfuerzos para la creación de redes de atención médica sustentadas por médicos alópatas especialistas, así como para la reducción de los costos asociados derivados, tanto de su mantenimiento como para su crecimiento, para llegar a un mayor número de personas.

Adicionalmente, las compañías aseguradoras han establecido, desde hace muchos años, importantes convenios con hospitales de diferentes niveles, garantizando un volumen permanente de pacientes, así como una estabilidad en los costos hospitalarios.

Ventajas

- La calidad de los servicios médicos a través de este instrumento es superior a la que puede ofrecer el Instituto Mexicano del Seguro Social
- La atención al paciente es mucho más personalizada y los tratamientos médicos y quirúrgicos son más vigilados, logrando reducir el riesgo por abusos en la utilización del mismo

Desventajas

- A pesar del mayor control en la utilización, los costos se ven incrementados de forma importante año tras año, conforme a los principales indicadores económicos, lo que se refleja directamente en el presupuesto de las empresas
- Dado que se trata de una cobertura específicamente de Gastos Médicos Mayores, podría considerarse su cobertura como limitada en comparación con la que se ofrece a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto que proporciona servicio médicos desde el inicio de los padecimientos, brindando prevención médica

Planes Membresía

Aunque no son tan comunes en nuestro país, estos planes ofrecen la atención médica a algunas empresas a través de hospitales específicos que son preferidos por la empresa, debido a una demanda por parte de los empleado, a la cercanía de las instalaciones médicas al lugar de trabajo o a los descuentos en diferentes rubros ofrecidos a las empresas.

Generalmente, la atención ofrecida se fundamenta en paquetes médicos cuyo propósito es brindar servicios médicos a los padecimientos que con mayor frecuencia se presentan en la empresa o a la atención médica de padecimientos específicos y que la empresa quiere cubrir al empleado como una prestación adicional que favorezca la visión del empleado, tanto por hacerlo sentir protegido, como por la oportunidad de recibir una atención más sofisticada por tratarse de un hospital y médicos de prestigio.

Ventajas

- Alcanzar descuentos en la atención de ciertos padecimientos a través de instituciones médicas privadas

Desventajas

- La utilización es limitada a un solo hospital, y no siempre es la mejor opción para los empleados

En términos generales, las opciones para las empresas en México para brindar una adecuada atención médica a sus empleados que repercuta en mayores índices de productividad, son variadas pero con importantes consideraciones que no siempre satisfacen las necesidades de salud de la población asegurada ni las de una optimización de costos por parte de la dirección.

La Administración Corporativa de Sinistros cumple con los requisitos de control de la utilización del esquema desde el interior de la empresa misma, así como el ajuste de dicho esquema a las necesidades médicas reales, brindando tranquilidad al empleado y favoreciendo el cumplimiento de las metas a las compañías.

2.6.5 Ventajas Fiscales

Las ventajas en materia fiscal se fundamentan prácticamente en la deducibilidad por parte de las empresas de los costos de los programas de beneficios para empleados, de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

Actualmente, en nuestro país, existen intermediarios financieros que pueden brindar los servicios tanto de custodia como de administración de recursos, intermediarios que son básicamente, bancos y casas de bolsa.

Existen en la Ley beneficios para la creación de fondos, tales como el que las tanto las contribuciones como los intereses generados son deducibles de impuestos, siempre que dichos fondos se destinen a la creación de reservas para planes de pensiones, seguros de vida o beneficios por invalidez, servicio médico o primas de antigüedad.

Se deben de tomar en cuenta algunos requisitos como:

- 1) Debe estar invertido al menos en 30% en renta fija o valores gubernamentales. La diferencia debe invertirse en valores aprobados por la Comisión Nacional de Valores.
- 2) Deben estar en fideicomiso irrevocable en bancos, contrato de intermediación bursátil con una casa de bolsa, o en contrato de administración con compañías de seguros.
- 3) Los recursos deben de ser utilizados para el pago de beneficios.

Para el modelo de Administración Corporativa de Siniestros que establece el manejo de los recursos de la compañía para hacer frente a los gastos en materia de salud de sus empleados, se mantiene esta ventaja ya que la creación del fondo correspondiente bajo los principios y siguiendo los objetivos del esquema, es deducible de impuestos, así como los pagos de reclamaciones que se presenten.

De tal forma que el establecimiento de este esquema dentro de las compañías, les permitirá, además del control del gasto, la obtención de ventajas fiscales y la posibilidad del manejo de los rendimientos del fondo creado, favoreciendo la mejor utilización de esta prestación médica.

2.6.6 Ventajas de modelos de Salud Integral

Estos modelos se orientan principalmente al otorgamiento de beneficios médicos a los empleados cubriendo desde la primera consulta hasta la salida del paciente del hospital en caso que así sea necesario.

Persiguen reemplazar la atención brindada por el Instituto Mexicano del Seguro Social mediante la implementación de una red proveedores médicos de carácter privado, sujeta a estrictos controles de calidad, de acuerdo a las coberturas que establece la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En nuestro país existen diversas compañías de seguros que han diseñado esquemas integrales de atención médica que se han enfrentado al problema de altos costos administrativos, debido al pequeño número de asegurados que se encuentran actualmente bajo dichos esquemas.

Esto se debe a que el establecimiento del Reglamento para la reversión de cuotas anunciada por las autoridades se encuentra bajo análisis todavía, por lo que las empresas, interesadas en brindar este enorme beneficios a sus empleados, generalmente no contratan un esquema integral de atención médica dado que representa un doble gasto para ellas ya que realizan la aportación al Instituto Mexicano del Seguro Social para cubrir los rubros que marca la Ley, más el pago de primas para el servicio médico privado cubriendo precisamente los mismo beneficios.

Será hasta que se muestren las reglas que permita a las compañías reducir sus aportaciones a dicho Instituto, que en la mayoría de los casos, representa un importante porcentaje con relación a la nómina de dichas empresas, que estos esquema cobren gran relevancia en nuestro país y que sin duda, arrojará enormes beneficios a la población.

III: Aplicación de la Administración Corporativa de Siniestros al esquema general del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

3.1 Necesidad de un modelo adecuado para el otorgamiento de los beneficios médicos

El tema respecto a los beneficios médicos que brindan las empresas se está convirtiendo en una materia importante dentro de las agendas de planeación de las empresas.

Existe una necesidad latente de encontrar el mejor esquema para la atención médica de los empleados que se traduzca en reducción de costos por parte de las empresas para el sustento de dicho esquema y en la efectiva atención médica de los usuarios que permita su incorporación pronta para el desempeño de sus labores, una vez que ha sufrido un accidente o enfermedad, con lo que se logra mantener los índices de productividad o incrementarlos significativamente.

Los costos por desequilibrios en la salud de los empleados, han mantenido una tendencia creciente que hace inevitable el desarrollo de nuevos productos en esta Area que garantice beneficios, tanto para el empleado como para la empresa.

3.1.1 Importancia del establecimiento de un plan Médico para el personal

Conforme avanza el tiempo, los empleados valoran cada vez más los esfuerzos que realiza la empresa por brindarle seguridad a sus empleados.

Los planes médicos, en adición al ofrecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, reflejan un interés por parte de la Dirección en la salud de sus empleados. Actualmente, los planes de Gastos Médicos Mayores, contratados a través de compañías aseguradoras, son los más comunes en nuestro país.

Los esquemas que se ofrecen varían desde planes asegurados hasta la administración de fondos para el pago de las contingencias que puedan presentarse.

Las empresas, además, pretenden dar atención médica privada a sus empleados, dado que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha presentado diversos problemas financieros y de utilización que ha derivado en una falta de calidad en la atención, orillando a las compañías a dar a sus empleados alternativas.

La productividad en las empresas ha sido un tema de relevancia en los últimos tiempos como resultado de la franca competencia entre países, empresas y empleados derivado de la economía global.

La productividad se entiende, en términos generales, como la razón de lo que generan las empresas como resultado del desarrollo de sus procesos productivos entre lo que a los dueños de las empresas les cuesta el mantenimiento de las mismas.

Este indicador permite ver que tan rentable es la empresa y la búsqueda de altos niveles de productividad favorece el desarrollo de la economía.

Existen varios elementos que favorecen la productividad en las empresas, entre los que podemos mencionar:

- El establecimiento de tecnología de punta que permita la reducción en los procesos productivos y/o administrativos.
- La capacitación adecuada del personal orientada hacia la especialización de las tareas y la adquisición de habilidades indispensables para la organización.
- La visión compartida de la Dirección respecto del negocio.
- El establecimiento de adecuados esquemas de beneficios y de compensación, ya sea fija o variable, para los empleados que favorezcan tanto un adecuado ambiente laboral orientado a resultados como la seguridad en el trabajo desempeñado.
- Personal sano que mantenga óptimos niveles de desempeño, ya que la pérdida de la salud en cualquier miembro del personal puede traer como consecuencia desviaciones en la orientación del negocio, en función de la jerarquía de la persona, en el corto o mediano plazo, que pueden incluso, modificar la estrategia establecida.

Y es precisamente este último punto en el que el presente trabajo pretende una guía para conseguir, mediante un esquema diferente de atención médica, reducir los costos y mantener en un nivel óptimo en la salud de los empleados, favoreciendo la productividad de las empresas.

3.2 Modelo de Empresa considerado para la implantación del esquema

Como se ha mencionado anteriormente, el presente trabajo de investigación se dirigirá a empresas que cumplan con ciertas características, mismas que facilitarán el logro de los objetivos hacia la optimización de costos.

En los incisos que siguen se mencionarán dichas características y se tratarán diferentes aspectos que deben ser tomadas en cuenta por la organización antes de la implementación del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros.

3.2.1 Características Típicas (1,000 empleados como mínimo)

En cuanto mayor sea la empresa, mayor será la dispersión del riesgo de incurrir en una pérdida como resultado de las enfermedades y accidentes que pudieran presentarse dentro de cualquier organización.

Esto queda demostrado cuando se establece que los costos para colectivos considerados "grupos" por las compañías aseguradoras debido al mayor número de titulares, son menores que aquellos para colectivos considerados como pequeños, los que generalmente se ven afectados por los costos "de línea" determinados previamente.

Adicionalmente, los "grupos grandes" son cotizados regularmente en base a la experiencia en siniestralidad observados durante periodos determinados de tiempo.

Dado que el modelo de Administración Corporativa de Siniestros implica precisamente la búsqueda de una reducción importante de los costos originados por la prestación del servicio médico de cualquier compañía, es necesario contemplar una población lo suficientemente grande que permita diluir el costo administrativo generado por el manejo del esquema desde la empresa misma.

Se establece que una empresa de al menos 1,000 empleados a razón de dos dependientes por cada uno de ellos (beneficiarios) permitirá tener una población total de 3,000 personas, por lo que el costo por la administración se reduce significativamente como se mostrará más adelante.

De esta forma, el modelo presentado en este documento, sólo tendrá aplicación para aquellas empresas con el mínimo de empleados indicado.

3.2.2 Diseño de beneficios y establecimiento de servicios médicos

En esta importante parte del proceso, se deberán de tomar en cuenta diversos factores relativos a las características específicas, tanto de la región en la que se encuentra la compañía, los beneficios que actualmente se ofrecen a través del actual esquema de protección médica así como de la población que lo integra, antes de considerar la Administración Corporativa de Siniestros como una posibilidad viable de la que se puedan obtener los mayores beneficios posibles.

Como parte de los elementos demográficos que deben ser evaluados son las características de la población, las tasas de utilización de los servicios médicos, los patrones de empleo y desplazamiento así como las características de la atención pública en cada región⁽¹⁾.

⁽¹⁾ De acuerdo al libro "The Managed Health Care Handbook"

Características de la Población

Las características de la población en una localidad específica puede ser determinante para el éxito del esquema. Aspectos como el crecimiento de la población, la distribución de las edades, movilidad y distribución del ingreso deben ser considerados como parte de la evaluación.

Crecimiento de la población

Aquellas zonas con un mayor crecimiento poblacional son más favorables para el desarrollo del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros. Como resultado del influjo de más individuos fuera del área de la empresa, existe frecuentemente más gente que carece de alguna relación médico-paciente que al ser contratado, verá como una ventaja el contar con un servicio médico que le proporcione atención médica sin que se tenga la necesidad de romper con aquellas relaciones con doctores que se tengan con anterioridad, lo que generará, por parte del empleado, una mayor confianza. En adición, áreas con un rápido crecimiento poseen el potencial de generar mayor cantidad de dinero para el mantenimiento del esquema, al hacer partícipe al nuevo empleado con el porcentaje o la cantidad fija que se determine por parte del área específica de la empresa encargada de su administración.

Empresas con un población estable o en expansión garantizan virtualmente que el esquema genere rentabilidad aproximadamente en la misma proporción que la tasa de crecimiento poblacional.

Distribución de edades

Áreas con poblaciones relativamente jóvenes, ofrecen generalmente mejores oportunidades para la implementación del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros. Este tipo de esquema es atractivo al empleado por al menos tres razones. La primera es que las familias jóvenes pueden ser más sensibles al precio que aquellas de una edad media y pueden encontrar en este esquema ventajas en el costo. En segundo lugar, las familias más jóvenes encuentran la integración de programas preventivos como una característica atractiva del esquema. Finalmente, las familias jóvenes no se encuentran tan comprometidas a formas más tradicionales, como el seguro de Gastos Médicos Mayores, de brindar la atención médica.

Movilidad

Las empresas con relativa movilidad de su personal, son más favorables para la implementación de este tipo de esquema, ya que, al igual que aquellas empresas que se encuentran en zonas de rápido crecimiento, los empleados no tendrán que romper con las relaciones con sus proveedores médicos.

Distribución del ingreso

Aquellas empresas con una población con ingresos que pueden ser calificados como medios, generalmente son más favorables para el esquema de la Administración Corporativa de Siniestros. Por el contrario, individuos con mayores ingresos pueden no ser sensibles a este esquema ya que tienen la posibilidad de pagar de su bolsillo las cuestiones de salud, además de que no están conformes en cuanto a la limitación de proveedores médicos.

Tasas de utilización de los servicios médicos

Las tasas de utilización de los servicios médicos pueden ser un indicador importante del éxito que puede ser alcanzado por la Administración Corporativa de Siniestros dentro de las empresas. Algunos elementos tendrán que considerarse.

Primeramente, las tasas de utilización experimentadas por las compañías de seguros dentro del área de la empresa, proveen de un comparativo contra el cual puede compararse el esquema que se desea implementar, pues le permite autoevaluarse para determinar su eficiencia. Información sobre estas tasas puede obtenerse de los reportes que generan las compañías aseguradoras. Estos reportes contienen información relativa al número de personas aseguradas, su desarrollo financiero y la utilización de los servicios. Por ejemplo, es posible calcular, la utilización de pacientes, la prima mensual promedio por asegurado así como los gastos diarios por la atención de pacientes.

En segundo lugar, las tasas de utilización existentes en el mercado asegurador pueden ser comparadas con las que se deriven de el esquema de Administración Corporativa de Siniestros para ganar entendimiento respecto a cuales patrones deben ser cambiados para hacerlo más competitivo. Dos ejemplos de como las tasas de utilización pueden ser usadas en evaluaciones del mercado son los siguientes:

1. Algunas zonas no urbanas o rurales tiene una menor utilización de esquemas médicos, en comparación con las áreas urbanas. Las empresas en estas áreas pueden brindar oportunidades para la Administración Corporativa de Siniestros para el desarrollo de ventajas al momento de establecer los mecanismos de utilización. Tales ventajas en la utilización pueden ser traducidas en ventajas en el costo y la prima del esquema.
2. Por el contrario, el análisis de tasas actuales de utilización dentro de un área específica, puede revelar que la utilización de pacientes de los hospitales es sustancialmente es más alta de la que se necesitará para hacer más eficiente el esquema. La evaluación podría concluir que sería muy difícil alterar los patrones de la práctica médica y reducir los índices de utilización lo suficiente para ofrecer un plan que sea mejor que los ya establecidos. Alternativamente, la Administración Corporativa de Siniestros puede buscar tasas altas como una oportunidad para diferenciarse de un esquema asegurado, aunque dicha administración agresiva de la utilización médica se dice más fácil de lo que se hace en áreas con altos índices de utilización.

Como otros elementos de evaluación, el análisis de las tasas de utilización contribuye sólo en una dimensión para alcanzar conclusiones sobre la factibilidad de la Administración Corporativa de Siniestros. Otros elementos de la evaluación pueden llevar a diferentes conclusiones y el administrador necesitará considerar todos estos elementos en la toma de decisiones.

Patrones del empleo y desplazamiento

Para el establecimiento de un esquema de Administración Corporativa de Siniestros es necesario analizar los patrones de empleo y desplazamiento dentro del área dónde se encuentra la empresa para entender un aspecto clave de su implantación y operación. La ubicación de los centros de empleo permite al esquema saber hacia dónde concentrar sus esfuerzos para el establecimiento de convenios con los proveedores médicos de la región, considerando dónde se encuentra concentrada la mayoría de la población de la empresa.

Características de la atención pública

Otro aspecto importante que debe considerarse, sin duda es el referente al tipo de atención médica que se brinda en la región específica en la que se encuentre la empresa. Es importante recordar, que este esquema no sustituye la atención que es brindada a través del Instituto Mexicano del Seguro Social y que básicamente representa la administración de un esquema similar al del Seguro de Gastos Médicos Mayores, desde la empresa misma, por lo que, a efectos del establecimiento de convenios con los proveedores médicos locales, debe considerarse la capacidad de dicho Instituto para brindar atención médica.

En cuanto mayor sea el nivel de los servicios médicos públicos, como sucede en nuestro país, en algunas especialidades médicas y en algunas regiones específicas, menor será la necesidad de recurrir a esquemas médicos privados para la atención de cirugías mayores.

Sin embargo, el potencial de la implementación de la Administración Corporativa de Siniestros en cualquier tipo de empresa es muy grande, dadas las posibilidades que brinda a la administración la posibilidad de cubrir las necesidades de atención médica de sus empleados, como complemento a los servicios que brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social mejorándola en la mayoría de los casos por lo que se refiere a la atención del gasto médico mayor que pueda afrontar la empresa.

3.2.3 Costos de la aplicación de un plan asegurado

Como se ha mencionado con anterioridad, la mayoría de las empresas, ven en el Seguro de Gastos Médicos Mayores la solución al problema de brindar a sus empleados la protección médica adicional contra enfermedades o accidentes que requieran de intervenciones de cirugía mayor, conforme a la cobertura que también ha sido descrita.

Por lo tanto, es importante detallar los fundamentos para el cálculo de las primas de esquemas tradicionales de reclamación para beneficios de salud.

La estimación de los costos de reclamaciones es el elemento más importante al establecer el precio de los beneficios ofrecidos a través de un seguro de Gastos Médicos Mayores tradicional. Sin embargo, no existe una base conveniente para el costo de reclamaciones en el ámbito de salud, tal como existe para otras coberturas. La falta de una tabla estándar del costo de la reclamación médica no es sorprendente con el conocimiento de amplias variaciones encontradas en el diseño del plan; utilización de los servicios por área, edad, sexo y costo absorbido por el asegurado; honorarios facturados, los cuales no sólo no varían por área, sino que también por proveedores dentro de cada área; y tablas de reembolso utilizadas para ajustar los honorarios facturados que varían por compañía. Más aún, los costos médicos variarán significativamente con base en el tamaño del grupo, mercadeo y procesos de suscripción. También; los costos médicos para los beneficios tradicionales han sufrido cambios derivados de importantes cambios en patrones de tratamientos médicos y del cambio de los costos de dichos tratamientos.

Cuando se desarrollan por primera vez hipótesis en el costo de los reclamaciones para un plan médico, las principales preocupaciones se incluyen las siguientes preguntas:

- ¿Qué clase de información es necesaria?
- ¿Cuáles son las fuentes de esta información?
- ¿Es esta información apropiada para las necesidades presentes o puede ser modificada para estas necesidades?

Idealmente, sería lo más conveniente contar con los costos por reclamaciones detallados así como los factores de ajuste para manejar cada variación en el diseño del plan, características del asegurado y programa de contención de costos. A menudo, esta colección de información detallada de reclamaciones es referida como un manual de grupo o una tabla de reclamaciones manuales. Si una compañía no tiene un manual de grupo, o el manual de grupo no da respuesta a las preguntas actuales sobre el costo, las siguientes opciones se encuentran disponibles:

- Expandiendo el manual de grupo de la compañía a través de reportes especiales de archivos históricos de reclamaciones.
- Obteniendo un manual de grupo de alguna firma de consultoría, un reasegurador o un agente con experiencia en el manejo de grupos.
- Comprando información de fuentes de la industria, e.g., niveles de honorarios quirúrgicos por código de tratamiento y área a través de la información que la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros tenga en este sentido.

La información detallada del costo de las reclamaciones no siempre es necesario para obtener el costo de beneficios médicos. Por ejemplo, en el costo de renovación de un grupo grande o de un conjunto estable de pequeños grupos, el proceso re-costeo puede iniciar con una comparación de las razones de pérdida actuales contra los esperados o una comparación de los costos actuales de reclamaciones actuales contra los esperados por persona (o por empleado). El uso de técnicas de costeo agregado se está convirtiendo en menos aceptable con el crecimiento actual dirigido al control de costos médicos. En el pasado, un grupo grande podía tener cubiertos a todos sus empleados a través de un sólo programa médico y los costos médicos históricos por empleado podían haber sido una predicción estable de los costos médicos futuros. Ahora, los grupos grandes ofrecen otras opciones de aseguramiento, y la edad, sexo y características de la salud de aquéllos que están cubiertos por el plan tradicional pueden presentar cambios constantes.

Así, aunque muchas situaciones que involucran el costo pueden no requerir información detallada respecto a todas las variables que puedan impactar en los costos de reclamación, una revisión de todas las variables más importantes es un inicio adecuado.

Variables importantes para determinar los costos

Servicios cubiertos

La información de los siniestros es tomada generalmente por un periodo de ocurrencia de 12 meses sobre cualquiera de las siguientes bases:

- *Por empleado.*
- *Por empleado para costos por empleado y por familia para costos para dependientes.*
- *Por persona en total y para cada una de las categorías de empleados, cónyuges e hijos.*

La primera base está sujeta a cambio cuando el porcentaje de empleados que elijan cambios en la cobertura de dependientes. La segunda base cambiará conforme a cambios en la composición familiar. La tercera base necesita exposición considerada por cónyuges e hijos, los cuales no son típicamente disponibles para planes tradicionales. En algunos casos, las cuentas respecto a la exposición de cónyuges e hijos son estimadas con la intención de revisar los costos mensuales por persona (o por miembro).

El nivel de detalle de los datos obtenidos variarán anualmente y de compañía a compañía. Por ejemplo, una compañía podría sólo obtener el costo por empleado para diferentes tipos de pólizas, considerando diferentes niveles de deducibles. Otra compañía podría rastrear los costos médicos por empleado y por dependiente para diferentes categorías de servicios médicos como internamiento hospitalario, consulta externa hospitalaria, intervenciones quirúrgicas, visitas hospitalarias, visitas de supervisión médica, radiología, patología, servicios médicos diversos, prescripción de medicamentos y otros servicios (ambulancia, equipo médico duradero, etc.). Así otra compañía puede subdividir cada una de estas categorías en muchas subcategorías y manejar por separado el monitoreo de la utilización y la información promedio ponderada. Por ejemplo, los servicios de internamiento hospitalario pueden ser divididos en médicos, quirúrgico, maternidad entre otros.

Subcategorías especiales que también pueden ser útiles son los días de atención médica intensiva, así como los días de rehabilitación de padecimientos de largo plazo. Para estancias hospitalarias, las tasas de utilización de mayor interés son la tasa de admisión, el promedio de estancia y los días por cada mil asegurados al año. Los niveles de importancia son por caso y el costo diario.

Cuando se recolecta la información para estudiar los costos médicos por servicio, existen algunos factores que deben ser considerados:

- Las reclamaciones son consideradas generalmente para servicios de 12 meses (fecha de ocurrencia y la fecha del servicio son generalmente la misma para la cobertura médica, excepto en el caso de una estancia larga hospitalaria), donde la fecha de estudio se extiende más allá del periodo del servicio en el que virtualmente todas las reclamaciones que hayan incurrido en ese periodo habrán sido pagadas.
- Unidades de exposición, unidades por empleados y dependientes, son unidades mensuales que se suman al periodo de experiencia anual.
- Diseñar el registro de reclamaciones para anticipar interrogantes respecto a las tasas puede ser muy útil. Ejemplos podrían incluir tipo de permanencia hospitalaria, tales como médica, quirúrgica, maternidad entre otros registrando otros servicios no cubiertos debido a los límites de los programas.
- Generalmente es mejor capturar los cargos facturados, o la porción de los cargos facturados que fueron aceptados por el asegurador para cada servicio. El impacto de los deducibles y coaseguros pueden ser manejados en estudios por separado. Si solo los montos de reclamaciones pagadas son capturados, el costo de los servicios puede variar por casualidad debido al deducible o al coaseguro o por otras consideraciones que aplican a un reclamo particular.
- Considerar las diferencias entre varios planes antes de combinarlos con la intención de tener una base de datos más grande y más creíble. Por ejemplo, un plan con \$5,000 de deducible carecerá de la información de la atención médica de las personas de quienes los costos nunca excedieron \$5,000. Al considerar el costo de coberturas opcionales, tales como servicio quiropráctico, sólo para planes con esa cobertura tales servicios serán relevantes.

Abajo se muestra un ejemplo del reporte que podría ser utilizado para los días de estancia para planes de Gastos Médicos Mayores con deducibles en el rango de \$50 a \$500, en el que el único límite sobre los beneficios hospitalarios sea una estancia máxima de 90 días al año. Supondremos que la información corresponde a la experiencia de un año sobre la exposición de 1'200,000 empleados al mes en el que el total de admisiones sea 9,000 y el total de pesos facturados y pagados sea de \$50,000,000. De tal forma, la tabla podría quedar así:

Servicio	Admisiones por año por cada 1,000 empleados	Promedio de estancia (en días)	Días por año por cada 1,000 empleados	Cargos por día	Costo mensual por empleado
Médico	30	4.80	144	\$990.10	\$11.88
Quirúrgico	30	6.00	180	1,151.40	17.27
Maternidad	20	2.80	56	1,366.30	6.38
Total / Promedio	80	4.53	380	1,169.27	35.53

Estudios detallados del costo de reclamaciones pueden o no pueden ser hechos sobre una base anual. Cuando no, a menudo un estudio con menos detalle es elaborado. Si una compañía realiza el estudio sobre una base anual, éste puede ser utilizado para estudiar la tendencia y el impacto de programas de contención de costos, así como el impacto de cambios en el diseño de los planes.

Edad y sexo

La variación en el costo de reclamación por edad y sexo es sustancial, generalmente encontrándose en el rango de una factor 0.5 para hombres abajo de edad 25 hasta un factor 2.5 para hombre y mujeres de mayor edad.

Generalmente, los costos esperados promedio por empleado o por dependiente, se multiplican por un factor edad/sexo para obtener los costos de reclamación para un empleado de una edad y sexo específicos. La siniestralidad histórica por edad (comúnmente por rangos de 5 o 10 años) y sexo pudieron ser calculados directamente de registros históricos anuales para cada servicio o categoría, pero de forma frecuente el volumen de información es tal que los resultados no son suavizados. También, las relaciones edad/sexo generalmente se modifican sólo gradualmente sobre el tiempo, así que no es extraño desarrollar solamente estudios edad/sexo después de cierto número de años.

La naturaleza del estudio edad/sexo dependerá del uso. Algunas preguntas importantes son las siguientes: ¿Se requieren factores separados edad/sexo para servicios seleccionados, tales como mamografía, que sean probables de ser agregados o modificados? ¿Se desea contar con factores separados edad/sexo para categorías de mayor servicio, tales como hospital, médico, medicinas y otros, o sólo se requieren de forma agregada? ¿Debiera el cálculo ser hecho sobre los cargos cubiertos o montos pagados (después de remover el deducible y el coaseguro)?

En cualquier situación, diversos estudios pueden ser apropiados en cuanto todos los elementos, tales como servicio, edad/sexo, coberturas que compartan el costo y área, se tengan juntos de forma consistente. Por ejemplo, sobre un plan con un deducible alto, ya sea que los factores edad/sexo debieran tomar en consideración variaciones edad/sexo para alcanzar el deducible, o debieran existir valores de deducibles separados para cada categoría edad/sexo.

Area

La variación por área geográfica en el costo de reclamaciones para un plan de Gastos Médicos Mayores se puede encontrar dentro de un rango de 0.5 a 1.5. Como los factores edad/sexo, los factores por área pueden ser estudiados ya sea a un nivel detallado o de forma agregada.

Es difícil encontrar una base de datos lo suficientemente gran para estudiar, de una forma creíble, factores separados por área respecto a la utilización y a los cargos a un nivel de servicio detallado y a un nivel por área detallado. Para servicios seleccionados de relevancia, se puede centrar en un nivel fino de detalle del servicio manteniendo la amplitud de la dimensión del área, e.g., administración de medicamentos por estado. Cuando se dirige la atención sobre un detalle fino de geografía, tal como la zonas específicas, se puede centrar sobre los costos de reclamaciones totales.

Muchas compañías carecen de suficiente volumen para estudios creíbles sobre variaciones en siniestralidad con base en la zonas específicas, municipios o mayores niveles en todos los estados en los que se tiene negocio. Los factores por área de la compañía pueden compararse a aquéllos con los que cuentan los consultores o competidores como parte de un proceso de revisión. Una compañía puede empezar con factores prestados por consultores u otras compañías y entonces monitorear las tasas de pérdida para cada categoría, tales como áreas con factores menores de 0.75, áreas con factores entre 0.75 y 0.85, etc. Si las tasas de pérdida no se mantienen estables por área, debe considerarse la implementación de cambios.

Compartiendo el costo

Características para compartir el costo en un plan tradicional, incluyen de forma común deducible, coaseguro, máximo de gasto por parte del asegurado y beneficios máximos. Un ejemplo es un deducible de \$100, coaseguro del 20%, un gasto máximo de \$1,100 (incluyendo el deducible) y \$1'000,000 como beneficio máximo de por vida. En términos de cargos, el plan pago el 80% de los mismos entre \$100 y \$5,100, y el 100% de los cargos sobre \$5,100 hasta que se alcance el beneficio máximo de por vida.

La experiencia en siniestralidad, sobre una base de cargos, puede ser utilizada para construir una distribución de la probabilidad de siniestralidad para determinar el impacto de compartir el costo con el asegurado.

El siguiente cuadro es un ejemplo de una distribución de probabilidad de siniestralidad, donde los datos en las columnas (2) y (3) son capturados del archivo de reclamación sobre una persona con base anual, para todos los servicios cubiertos. Las columnas restantes son presentadas como siguen:

- La columna (4) es el producto de columnas (2) Y (3).
- La columna (5) es la resta de las frecuencias de la columna (2).
- La columna (6) es la resta de las frecuencias de la columna (6).

(1) Rango de cargos	(2) Frecuencia	(3) Cargo promedio	(4) Costo anual	(5) Frecuencia acumulada	(6) Costo anual acumulado
\$0	0.200000	\$0	\$0.00	1.000000	\$1,542.10
\$0.01 - 50.00	0.050000	40	2.00	0.800000	1,542.10
\$50.01 - 150.00	0.100000	100	10.00	0.750000	1,540.10
\$150.01 - 250.00	0.050000	205	10.25	0.700000	1,530.10
↓	↓	↓	↓	↓	↓
\$4,000.01 - 5,000.00	0.010000	4,500	45.00	0.100000	982.00
\$5,000.01 - 6,000.00	0.010000	5,400	54.00	0.090000	937.00
↓	↓	↓	↓	↓	↓
\$750,000.01 - 1'000,000	0.000001	850,000	0.85	0.000002	1.95
más de \$1'000,000	0.000001	1'100,000	1.10	0.000001	1.10

De esta distribución de probabilidad de siniestralidad, el valor del deducible puede ser desarrollado, como se ilustra en la siguiente tabla.

Deducible	Valor de reclamaciones sobre el deducible	Valor del deducible
\$0	\$1,542.10	\$0.00
\$100	$1,540.10 - 0.75(100) =$ \$1,465.10*	77.00
\$200	$1,530.10 - 0.70(200) =$ \$1,390.10	152.00
↓	↓	↓
\$5,100	$937.00 - 0.09(5,100) =$ \$478.00	1,064.10
↓	↓	↓
\$750,000	$1.95 - 0.000002(750,000) =$ \$0.45	1,541.65
1'000,000	$1.10 - 0.000001(1'000,000) =$ \$0.10	1,542.00
*\$1'001,100	$1.10 - 0.000001(1'001,100) =$ \$0.099	1,542.00

- * 1,540.10 es el costo de reclamaciones en exceso de \$100, pero incluye los primeros \$100 de la reclamación; así, la resta de \$100 veces la probabilidad de una reclamación en exceso de \$100.

Al evaluar el plan del ejemplo, es necesario decidir cómo manejar un beneficio máximo de por vida de \$1'000,000. Los datos de la reclamación muestra que algunas personas excedan \$1'000,000 en cargos en un año. Cargos de \$1'001,100 (\$1,100 es el máximo de pago por parte del asegurado y \$1'000,000 es el beneficio máximo) en un año agotarán el beneficio máximo así que, como un mínimo, necesitamos excluir el valor de las reclamaciones arriba de \$1'001,100. A partir de que el límite del ejemplo es un límite de por vida, este puede ser tratado como un equivalente a algo menor sobre una base anual. Para este ejemplo, consideraremos este límite como un límite anual de \$1'000,000, que podemos conservar conservador desde la perspectiva del asegurador. Así, el valor de un plan que cubre 0% de los primeros \$100, 80% de los siguientes \$5,100, y 100% de los próximos \$995,900 es calculado como sigue:

$$\begin{aligned}
 & (77.00) \times 0.00 \\
 & + (1,064.00 - 77.00) \times 0.80 \\
 & + (1,542.00 - 1,064.00) \times 1.00 \\
 & + (1,542.10 - 1,542.00) \times 0.00 \\
 & = \$ 1,267.60
 \end{aligned}$$

Las condiciones para compartir el costo frecuentemente no son tan fáciles de tratar como se muestra en el ejemplo anterior. La problemática más común son el establecimiento de deducibles por familia o los límites para el gasto máximo del asegurado, aplicación de deducible sobre coberturas anteriores y productos con una base en complementos adicionales dónde el deducible aplica solamente para dichas coberturas adicionales.

Los deducibles por familia o los límites de desembolso del asegurado pueden ser manejados ya sea directamente desarrollando distribuciones de probabilidad de siniestralidad a partir de los datos de reclamaciones o a través de distribuciones individuales convolutivas.

El deducible típico sobre coberturas anteriores permite cargos no comunes desde los meses previos de octubre, noviembre y diciembre para ser acumulados al deducible del año calendario. Siempre que un grupo estable sea continuamente cubierto con la misma cobertura cubierta, el costo de la condición no es lo importante; el costo final del plan es lo que importa. En el caso de presentarse un cambio, el deducible sobre coberturas anteriores e inicie a la mitad del año, el impacto del valor del deducible necesita ser estimado. Al estimar el valor del deducible para varias situaciones, las opciones principales serán estudios precisos de la información de siniestralidad, tomar criterios o consejos de otros que hayan estudiado el problema.

Para paquetes de gastos médicos mayores con base en coberturas suplementarias, la distribución de probabilidad de siniestralidad debería ser construida a partir de los cargos derivados de dichas coberturas.

En adición para calcular el valor del deducible y coaseguro de una distribución de probabilidad de siniestralidad, se tendrá que considerar un ajuste a la utilización. Si la información que fundamenta la distribución de probabilidad de siniestralidad es *principalmente para un deducible de \$100, 80% coaseguro pagado por el plan y el beneficio cotizado tiene un deducible de \$500 y un coaseguro del plan de 80%*, existe usualmente una reducción en la utilización debido a una mayor participación del asegurado. Sin una cartera medible con ambos niveles de deducible, es difícil determinar un ajuste apropiado por utilización para cambios en los niveles en los que se comparte el costo. Un grupo con un deducible de \$500 puede tener menor utilización que un grupo de \$100 debido a la industria, área, mezcla edad/sexo u otros factores, así como una reducción en la utilización por la participación del asegurado. Aunque puede ser difícil determinar cuánto de un cambio en la utilización se debe al cambio en la participación del asegurado, es posible monitorear la rentabilidad de cada tipo de cartera y ajustar las tarifas cuando sea necesario.

Tendencia

La tendencia es una variable importante en el costeo de planes tradicionales, no sólo por las tendencias en los costos anuales de siniestralidad en años recientes haya normalmente excedido el 10%, sino porque los cálculos de tarifa frecuentemente requieren al menos dos años de tendencia. Para ver esto, supongamos que un grupo grande con una póliza anual que inicia el 1º de enero y termina el 31 de diciembre desea una cuota antes con una anticipación de cinco o seis meses antes de su próxima renovación de 1993. Si cuatro o cinco meses para la continuación de pagos son permitidos más allá del periodo de experiencia, el periodo de experiencia seleccionado para la renovación puede ser 1º de enero de 1991 hasta diciembre 31 de 1991. Así, en la mitad de 1992, la experiencia de 1991 necesita ser puesta en tendencia para los niveles de siniestralidad de 1993.

Dos consideraciones garantizan especial atención al momento de establecer costos para planes tradicionales. La primera es la influencia del deducible y la segunda es el cambio en el costo.

Cuando el costo de los servicios médicos se incrementa a una tasa del 15% por año, el costo de un plan con un deducible de \$500 puede haberse incrementado en un 18%. Esto se debe al impacto de influencia del deducible. Eso puede verse en el siguiente ejemplo.

Supongamos que el costo de tener un bebé fuera de \$5,000 en 1990 y \$5,750 en 1991, es decir una tendencia del 15%. Bajo un plan con un deducible de \$500 y un coaseguro de 20%, el plan paga \$3,600 en 1990 y \$4,200 en 1991, es decir un incremento del 16.7% en el costo de la reclamación del plan. Esta es la influencia y el impacto sobre los costos de reclamaciones del deducible debido a reclamaciones que exceden el deducible.

El otro elemento de la influencia del deducible puede ser mostrado suponiendo una reclamación con un cargo de \$480 en 1990 (y por lo tanto un reclamo de \$0), el cual se convertirá en cargos de \$552 en 1991, resultando una reclamación de \$41.60.

Los planes tradicionales son vulnerables al cambio del costo de los proveedores médicos cuando sus pagos se ven limitados o controlados por las compañías aseguradoras, por lo que es necesario establecer tablas de valores generales completas que consideren todas las variables de cambio posibles.

Características del Grupo

Aunque dos grupos tengan la misma combinación demográfica y geográfica, sus costos de siniestralidad pueden variar significativamente. En la investigación de otras variables relevantes en la estimación de las tarifas que expliquen diferencias en costos, los factores de ajuste dependen más del buen juicio.

Probablemente el factor de ajuste más común, después de los correspondientes a la edad/sexo y al área, es el factor de la industria. Las industrias con costos arriba del promedio son frecuentemente aquélla que ya sea que sufran pérdidas en el cuerpo (e.g., construcción), o aquéllas dónde los empleados están conscientes de sus beneficios médicos y son usuarios frecuentes del mismo (e.g., servicios de salud).

Cuando las empresas ofrecen múltiples ofrecen diversas opciones (planes tradicionales, esquemas de administración), los empleados cubiertos bajos los planes tradicionales, se consideran frecuentemente como aquellos que, en promedio, representan más altos costos médicos. La precisión de esta afirmación dependerá en la selección y antiselección que se haya presentado entre dichos planes.

El costo promedio por empleado también puede cambia significativamente cada año cuando la empresa ofrece libre selección de esquemas médicos dentro de un conjunto de opciones, si es que un grupo significativamente diferente de empleados selecciona el plan tradicional. Si el esquema de administración de siniestros es menos caro para el empleado, en el caso en que sea requerida alguna aportación de su parte, la inscripción a planes tradicionales se reduce normalmente. Debido a que esta inscripción se reduce, existe una gran preocupación de que una parte importante del ingreso sea gente con problemas de salud quienes aprecian la libertad de elección dentro de los planes tradicionales.

El nivel de contribución de prima de la empresa puede afectar el costo de siniestralidad a través de la selección y coordinación de beneficios. Se la empresa paga la prima completa tanto para la cobertura individual como familiar no hay razón para negar la cobertura familiar, aún cuando el cónyuge también tenga cobertura familiar. Si la empresa paga sólo la parte de prima del empleado, algunos empleados negarán obtener la cobertura familiar puesto que el cónyuge tiene protección a través de su trabajo o considerarán el costo de la prima tan alto para tomar la cobertura.

En el bloque pequeño del grupo, existe una preocupación similar de que la compañía pueda asegurar un bloque con un número importante de personas con costosos problemas de salud. Cuando se toma un contrato de grupo que cubrirá decenas de miles de empleados, podemos suponer una frecuencia promedio y una mezcla de problemas de salud. En la medida en la que el tamaño del grupo disminuye a cientos, decenas o a algunos empleados, uno o dos individuos con costosos problemas de salud impactarán significativamente el costo promedio por empleado. Por lo tanto, la suscripción de un grupo generalmente involucra una solicitud pequeña (preguntas médicas limitadas) o una suscripción completamente médica (historia médica detallada y las declaraciones de los doctores tratantes).

En el negocio de grupos pequeños, los costos de siniestralidad son frecuentemente hechos sobre una base a mediano plazo debido al impacto de la suscripción y de limitaciones en la cobertura para condiciones preexistentes es más grande dentro del primer año de cobertura.

Contención de Costos

El término contención de costos aplica para programas diseñados para reducir el costo que una plan de beneficios que de otra manera podría tener. Más comúnmente, el término contención de costos trae a la mente programas que reducen el costo médico total más que sólo mover los costos del plan al asegurado, i.e., cambios en la forma de compartir los costos de los planes.

Los programas más comunes para la contención de costos son los siguientes:

- Segunda opinión quirúrgica, la cual es implementada para reducir la frecuencia de los procedimientos quirúrgicos, especialmente entre procedimientos electivos que pudieran ser médicamente innecesarios.
- Evaluación previa a la admisión, la cual es implementada para reducir la longitud de las estancias hospitalarias a través de la aplicación de pruebas hechas con anticipación sobre una base externa.
- Cirugía externa, la que se implementa para mover las cirugías hacia una instalación externa cuando sea seguro hacerlo así.
- *Certificación previa a la admisión*, la cual se implementa para la reducción de admisiones innecesarias.
- Revisión concurrente, la que sirve para reducir días innecesarios en el hospital y puede involucrar mover al asegurado a un sitio menos caro para recibir atención médica.
- Administración de casos de gran duración, misma que aplica para ciertas enfermedades catastróficas en las que las existen ventajas para el asegurador de trabajar con el asegurado y el doctor para desarrollar un plan de tratamiento que brinde un costo que de tal forma que el tratamiento sea efectivo. La administración de casos generalmente involucra flexibilidad al cubrir algunas cosas como atención médica en residencia para enfermos terminales y atención médica en el hogar.

Cuando se estiman los ahorros futuros esperados de programas de contención de costos, un acercamiento conservativo es generalmente garantizado. Por ejemplo, algunos aseguradores han encontrado que la segunda opinión quirúrgica pospone algunas cirugías pero no disminuye el número de cirugías en el largo plazo.

Algunas consideraciones para estimar o revisar los ahorros de los programas de contención de costos son las siguientes:

- **Patrones Actuales de Práctica Médica.** En algunas comunidades, las estancias por parto normal varían de uno a dos días, de tal forma que habría un pequeño potencial para ahorros derivados de una revisión concurrente.
- **Mecanismos de Reembolso.** Algunos programas tienen grandes incentivos o castigos financieros, mientras que la operación de otros programas podrían ser descritas como un proceso de sugerencias.
- **Ahorros después del Tratamiento.** Dado que los patrones de extensión de servicios médicos cambian constantemente para eliminar aquéllos innecesarios, los ahorros se presentarán sobre un periodo de tiempo relativamente corto.
- **Compensando costos.** Los programas de contención de costos involucran típicamente costos administrativos incrementados los cuales necesitan ser reconocidos al establecer los precios.

El proceso de valoración de un plan o grupo particular

Generalmente, la orientación para la valoración depende del tamaño del grupo. Grupos grandes son valorados casi completamente sobre la experiencia previa del grupo. Las dos excepciones típicas al usar la experiencia propia del grupo son el agrupamiento (creación de un "pool") de grandes pérdidas y los cambios en beneficios. El agrupamiento de grandes pérdidas se describe más adelante.

Cuando el grupo tiene un cambio en el diseño del plan, la experiencia propia del grupo puede no ser útil en la estimación del impacto del cambio. Sin embargo, si el cambio del beneficio es menor, la experiencia pasada puede ser proyectada con un ajuste menor por criterio. Análisis actuariales deberían ser necesarios para cuantificar el impacto del cambio del beneficio, un manual de grupo para una cartera más amplia y diversa de negocios puede ser un buen apoyo. Información útil puede estar disponible en la base de datos de reclamaciones, pero reportes más específicos pueden ser necesitados. Otras fuentes de información incluyen reportes específicos de la base de datos de la compañía, consultores, investigaciones utilizando información pública o asistencia de algún reasegurador o asegurador cooperativo.

El desarrollo del manual de costos para grupos de mediano tamaño variará de compañía a compañía. Una compañía con un producto claramente uniforme, manifiesta un comprensible plan de gasto médico mayor con distintas opciones de deducible, puede confiar demasiado sobre el monitoreo de proporciones de pérdida y en la reclamación promedio por empleado. Otra compañía puede tener un manual de costos detallado con costos separados para 50 o más servicios médicos, factores de ajuste para numerosos opciones sobre límites especiales para la cobertura de servicios selectos, factores de ajuste edad/sexo por categorías de servicios médico y extensivos factores por zona.

La selección de la orientación para desarrollar el manual de costos depende de las necesidades de la compañía, la información disponible, el costo del análisis y la calidad de los resultados de dicho análisis. A pesar de la orientación, el cambio al verdadero y frecuente del esperado monitoreo es muy importante en un cambio rápido en el mercado del seguro médico.

Manuales de costos para pequeños grupos pueden ser desarrollados de una forma similar al manual de costos para grupos medianos. El costo promedio por empleado en un grupo pequeño podría esperarse, en términos generales, que sea mayor que el costo promedio por empleado en un grupo mediano debido a la selección individual. En un grupo pequeño, el comprador puede ser consciente de necesidades médicas especiales de cierta categoría de empleados o dependientes y seleccionar un plan que otorgue cobertura extensiva sobre dichas necesidades. Esta selección del comprador puede ser compensada por la selección de la suscripción en la parte del asegurador.

El asegurador declina cobertura, restringe cobertura o establece costos más altos para aquéllas necesidades específicas. Pero el impacto de la selección de suscripción y de las restricciones, tales como condiciones preexistentes, desaparecen conforme avanza el tiempo, de tal forma que los negocios de grupos pequeños garantizan el monitoreo de resultados sobre una base de tiempo amplia para cada aspecto.

3.2.4 Costo estimado de la implantación de la Administración Corporativa de Siniestros

Los costos por siniestralidad y los precios para el manejo de la Administración Corporativa de Siniestros se calculan bajo diferente metodología que los que se utilizan para productos tradicionales de indemnización. Mientras que para los planes de indemnización, los costos son estimados a través de agregar las reclamaciones proyectadas por unidad de población para servicios hospitalarios, quirúrgicos y médicos mayores; los costos para la Administración Corporativa de Siniestros se fundamentarán sobre la utilización detallada y las tasas de costo para cada categoría de servicios médicos ofrecidos bajo este esquema.

Pero, claramente, sin importar la metodología que sea utilizada, el propósito último de cualquier método de costos es desarrollar costos de primas que cubran adecuadamente los costos esperados de los beneficios, gastos de administración y la utilidad, así como alcanzar los objetivos estratégicos de la empresa.

Un proceso diferente de costos del que se utiliza para los planes de indemnización es requerido para establecer los costos de la Administración Corporativa de Siniestros, debido a diferencias fundamentales entre los dos esquemas. Es importante tener un entendimiento de esas diferencias antes de cualquier discusión sobre el costeo actual. Dichas diferencias se encuentran en las siguientes áreas:

- Diseño de beneficios.
- Administración de la utilización e incentivos para la contención de costos.
- Acuerdos de honorarios negociados con proveedores.
- Acuerdos con el proveedor para compartir el riesgo.
- Planes fuera de la zona y fuera de la red.
- Coacciones reguladoras.

Beneficios y Contención de Costos

La Administración Corporativa de Siniestros es asociada generalmente con el otorgamiento de servicios de salud más que de indemnización o de reembolso de gastos médicos incurridos. El diseño de la Administración Corporativa de Siniestros ofrece una cobertura comprensible para la atención médica y puede ser considerada como un adecuado proponente de bienestar motivando la intervención médica temprana. Al igual que un plan tradicional de indemnización, los beneficios de la Administración Corporativa de Siniestros incluyen hospitalización, cirugías, visitas médicas, servicios de laboratorio y de rayos X. En adición, podrían incluirse servicios de medicina preventiva tales como, exámenes físicos, inmunizaciones y cuidado pediátrico. También podrían utilizarse copagos, más que coaseguros o deducible, así como mecanismos para compartir riesgos.

Acuerdo de Honorarios Preferenciales con Proveedores

Tradicionalmente, los proveedores médicos son pagados sobre una base que considera un honorario por servicio. Alternativamente, la empresa, a través de la implantación de la Administración Corporativa de Siniestros, puede negociar acuerdos de honorarios preferenciales con hospitales, médicos, farmacias y otros proveedores. Pueden establecerse los siguientes tipos de acuerdos, algunos de los cuales ya han sido mencionados:

- **Honorarios por servicio descontados.** Un porcentaje de descuento preestablecido que reduce los costos reales.
- **Tabla de Honorarios.** Parte de un contrato de honorarios por servicios, es una lista de montos de reembolso correspondientes a un procedimiento específico. Proveedores médicos accederían a no facturar al paciente por cualquier cantidad arriba del honorario médico acordado.
- **Por día.** Un monto fijo para cada día que el paciente permanece hospitalizado, a pesar del número o tipo de servicios proveídos. Pueden ser diferentes montos por día para diferentes categorías de diagnóstico mayor tales como mental y nervioso, cardíaco, neo-natal, maternidad, quirúrgico, médico, etc.
- **Por Grupo de Diagnóstico Asociado.** Un monto establecido para cada paciente, fundamentado sobre el específico Grupo de Diagnóstico Asociado de esa condición del paciente. Así pues, el proveedor asume el riesgo financiero de proporcionar atención médica de un individuo, a pesar del tiempo de estancia adoptando un cantidad fija.
- **Capitación.** Un pago fijo mensual por cada miembro de la empresa que pudiera potencialmente utilizar los servicios de un proveedor específico. El reembolso es independiente de la utilización real del beneficio.
- **Con Salario.** Un salario pagado a los doctores a nivel corporativo que sean empleados de tiempo completo de la empresa. El salario no es afectado por el número de pacientes.

La estructura de la Administración Corporativa de Siniestros estará diseñada para proveer atención médica utilizando métodos efectivos y eficientes en costos. Para mantenerla financieramente competitiva, la Administración Corporativa de Siniestros buscará reducir la utilización médica. En este sentido, La Administración Corporativa de Siniestros se basará en un modelo para la atención inmediata, antes de que se presente una reclamación, utilizando doctores para la atención médica primaria para llevar a cabo revisiones de la utilización. Esto incluye a las visitas a los especialistas para una terapia continua así como a todas las admisiones hospitalarias electivas. La Administración Corporativa de Siniestros motivará la atención médica fuera del hospital cada vez que sea apropiado.

Acuerdos con los Proveedores para Compartir el riesgo

Como parte de los acuerdos de honorarios, la empresa puede tener algún tipo de mecanismo de compartir el riesgo con los proveedores. Compartir el riesgo permite a la empresa que utiliza la Administración Corporativa de Siniestros, premiar a los proveedores por tratamientos y atención médica que resulten efectivos en función del costo. Compartir el riesgo se fundamenta en la premisa de que si los costos anuales gastados para brindar atención médica se encuentra abajo de los costos presupuestados, entonces los proveedores comparten el exceso del fondo común. Sin embargo, si los costos de la atención médica exceden el presupuesto, entonces los proveedores no recibirán ningún dinero adicional.

Un acuerdo para compartir el riesgo que puede ser utilizado es utilizar una tabla de honorarios con una retención. En dicho acuerdo, los doctores son reembolsados sobre una base de honorarios por servicio o de honorarios indicados en la tabla, y una porción del honorario negociado puede ser ocultado, lo que se llamará retención. Típicamente a un doctor se le pagaría un porcentaje del honorario, digamos un 80% del mismo, con la porción remanente (la retención) se irá a un fondo común. Al final del año fiscal, si la experiencia ha sido favorable los proveedores que hayan alcanzado su presupuesto (objetivos de utilización) comparten el fondo común.

Los acuerdos para compartir riesgos podrán acompañarse de procedimientos de control de calidad y de revisión. La calidad del servicio es de suma importancia en cualquier sistema de atención médica.

Costos Fuera del Plan y de la Zona

Al arranque del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros, consideraremos un arreglo cerrado. Una vez que se determine la elegibilidad del empleado para el esquema, toda la atención médica que sea elegible para ser reembolsada, tendrá que estar procesada a través del sistema de la empresa. No habrá acceso a la cobertura de la atención médica fuera de la red. Sin embargo, en respuesta a la demanda que será cada vez más creciente para brindar opciones de atención, la empresa tendrá que contar con la habilidad para buscar dicha atención fuera de la red.

En tales circunstancias, la Administración Corporativa de Siniestros debe tomar en consideración los servicios proveídos por proveedores no participantes al calcular los

precios de las primas. Esto puede incluir servicios otorgados fuera del área de servicio del plan. La orientación del costeo de la Administración Corporativa de Siniestros necesita dar especial atención a dichos tipos de costos debido a que no existen acuerdos con el proveedor involucrado y de esta forma la habilidad para predecir el costo del servicio es diferente.

INFORMACIÓN REQUERIDA Y POSIBLES FUENTES DE INFORMACIÓN

Para desarrollar los costos de las primas, se requiere de información detallada, para desarrollar el costo de un servicio médico determinado así como la utilización esperada del mismo. Los siguientes tipos de información puede ser necesarios:

- Información de la utilización hospitalaria por paciente.
- Información de la unidad de costo hospitalaria por paciente.
- Frecuencia de visitas a un doctor o clínica.
- Costos por doctores por unidad de servicio.
- Costos de utilización y unitarios de servicios auxiliares como rayos X y procedimientos radiológicos, exámenes de laboratorio y prescripción de medicamentos.
- Información de la utilización y costos de los doctores fuera de la red de proveedores contratada por la empresa, si es que se encontrara contemplada este tipo de atención.

Existen muchas fuentes potenciales para la información mencionada. Estos pueden incluir (a) información general de los aparatos federales y estatales del gobierno o de algunas otras dependencias que se encarguen de levantar información sobre el cuidado médico, (b) información específica de hospitales o grupos de asociaciones médicas, (c) bases de datos tomadas por compañías de seguros o firmas de consultoría y (d) otras fuentes variadas tales como empresas locales de gran tamaño o alguna comisión encargada de vigilar aranceles hospitalarios.

La información más confiable se encuentra, algunas veces, fundamentadas en la experiencia real de la empresa. Sin embargo, si una empresa es nueva o muy pequeña para ser estadísticamente creíble, el actuario debe considerar información de estas otras fuentes. En muchas situaciones, la información recolectada de cualquiera de estas fuentes debe ser modificada para las características específicas del plan que se esté evaluando. Esto incluye ajustes por rubros como los siguientes:

- Demografía.
- Industria.
- Área geográfica.
- Grado de la Administración de la Utilización.
- Diseño del Beneficio.
- Tipo del acuerdo con el proveedor y del reembolso.
- Grado en el que se comparte el riesgo e incentivos.
- Limitaciones y restricciones de los beneficios.

- Definición de las unidades de servicio (e.g., cómo las unidades de servicio serán contadas, tales como días hospital por cada 1,000 admisiones al hospital por cada 1,000, visitas fuera del hospital, etc.).
- El periodo por el que la prima será aplicable.

EL PROCESO PARA ESTABLECER LOS COSTOS DE LA ADMINISTRACIÓN CORPORATIVA DE SINIESTROS

Existen métodos que son aplicados a diversas organizaciones encargadas de otorgar atención médica dentro de los Estados Unidos.

El tipo de modelo de las "Health Maintenance Organizations" (HMOs) (proveedor médico, grupo o red) afecta la selección del método a ser utilizado para el desarrollo de los precios de las primas.

La mayoría de los planes proveedor médico y algunos planes de grupo usan una orientación al presupuesto, conocido como el costo del proveedor o método presupuestal, para determinar los requerimientos de rentabilidad anual. Cifras de la inscripción a dichos esquema son utilizados para desarrollar los precios de las primas que cubran esos requerimientos.

Sin embargo, la mayoría de este tipo de organizaciones utilizan un método conocido como el costo del beneficio o método actuarial, para construir un costo de reclamación sobre la base del servicio. Este método actuarial utiliza hipótesis para las tasas de utilización y costos por unidad de servicio para diferentes categorías de beneficio. El costo de reclamación compuesto es entonces incrementado por adecuados costos administrativos, utilidad, márgenes y cualquier otro aspecto de retención, para desarrollar el precio de la prima.

El Proceso de Costeo Compartido

Este es un método que ha sido utilizado por las HMOs durante muchos años y que actualmente se mantiene con algunas variaciones y que considera cargar la misma prima a todos los miembros del plan⁽²⁾.

De esta forma, el método que será utilizado para determinar la prima por cada empleado dentro de la Administración Corporativa de Siniestros será el que se mencionó anteriormente, por lo que considerará el mismo costo para todos los empleados a través de costos por grupo, manteniendo la misma rentabilidad por miembro por mes (PMPM) para todos los grupos. Tomando en cuenta, como ya se mencionó, un esquema con una red cerrada de proveedores.

⁽²⁾ De acuerdo al libro "The Managed Health Care Handbook"

Para el desarrollo de dicho proceso, consideraremos los siguientes puntos:

- Desarrollo de un costo del beneficio neto sobre la base PMPM para los servicios de atención médica que serán proveídos por la empresa.
- Desarrollo de un tasa límite PMPM que incluya el costo del beneficio neto y otros gastos, como gastos administrativos, impuestos por pagar y ganancia deseada.
- Conversión de las tasas límite PMPM a tasas de primas de grupos específicos.

Desarrollo de los Costos del Beneficio Neto

Para desarrollar hipótesis de costo, el actuario divide primero a los servicios en dos categorías mayores, servicios hospitalarios y médicos. Una tercera, y más pequeña, categoría son los servicios auxiliares no proveídos por el hospital, y otros beneficios como los de prescripción de medicinas y servicios de ambulancia. Debido a que la empresa tendrá diferentes acuerdos para el reembolso y para compartir el riesgo con hospitales y grupos de médicos, cada componente, por lo tanto, necesita ser considerado por separado.

En la siguiente discusión, se asume que el empleado recibe atención dentro de la Administración Corporativa de Siniestros considerando una red cerrada de proveedores, y que no existe ninguna otra opción para recibir el beneficio. Esto elimina la necesidad de determinar hipótesis de migración (esto es, la necesidad de estimar qué empleados permanecen en la empresa) o la necesidad de determinar el impacto de una selección desfavorable (empleados seleccionando proveedores en función de su estado de salud).

Una empresa podrá utilizar el método presupuestal, el método del costo del beneficio o una combinación de ambos, dependiendo de su perspectiva. Por ejemplo, una combinación posible sería desarrollar hipótesis PMPM para el grupo de doctores utilizando el método presupuestal, mientras se utiliza el método actuarial para los servicios hospitalarios y auxiliares.

El método presupuestal proyecta costos primero evaluando la demanda de los miembros por servicios de atención médica por cada área (geográfica) de servicio y después determinando cuanto tiempo profesional será requerido de los doctores para atender la población dentro del esquema. Para determinar el costo de dicho tiempo profesional, se debe determinar el costo promedio por proveedor con base en el personal disponible y en los salarios. Los ajustes serán necesarios para incluir personal de apoyo, suministros, renta, excesos administrativos, extras y primas por negligencia. Este gasto total es utilizado entonces para determinar las primas necesarias para pagar estos costos.

En términos simples, el método presupuestal considera todas las mayores áreas de gasto de la empresa, y entonces determina las ganancias necesarias para cubrir tales gastos.

Por otra parte, el método del costo del beneficio analiza cada categoría de que el plan ofrece. Este método proyecta (a) la utilización anual o la frecuencia de los servicios proveídos por miembro, por año, y (b) el costo por unidad o el cargo asociado con cada servicio. La hipótesis del costo por unidad es contingente respecto al método de reembolso del proveedor y de los acuerdos para compartir riesgos.

El ejemplo mostrado a continuación es un ejemplo del cálculo del costo utilizando el método del costo del beneficio. El costo bruto del beneficio por miembro, por mes es el producto de la frecuencia anual y del cargo promedio por servicio, dividido entre 12 para obtener un monto mensual. El costo bruto del beneficio es reducido por el valor de cualquier copago incluido en el plan para obtener el costo neto PMPM para cada tipo de servicio. Los diferentes componentes son entonces sumados para la obtención de un subtotal y del total del costo del beneficio PMPM que de los subtotales se deriva. El costo total del beneficio neto en dicho ejemplo es \$92.00

ANEXO 1

Desarrollo del Costo del Beneficio Neto por Miembro por Mes utilizando el Método Actuarial

Servicios	(1) Unidades Anuales Proyectadas por cada MI	(2) Costo Promedio Proyectado por Unidad	(3) Costo del Beneficio Bruto PMPM [(1) x (2)] x (24/12)	(4) Monto de Copago	(5) Valor del Copago [(1) x (4)] x (24/12)	(6) Costo del Beneficio Neto PMPM (3) - (5)
I. Servicios Hospitalarios						
A. Dentro del Hospital						
1. Médico	90 días	920.00	6.90			6.90
2. Quirúrgico	120 días	960.00	9.50			9.50
3. Psiquiátrico	30 días	750.00	1.86			1.86
4. ICURCCU	20 días	1,700.00	2.83			2.83
5. Maternidad	70 días	705.00	4.11			4.11
6. Salud Mental	20 días	500.00	0.83			0.83
7. Atención de Substancias	15 días	270.00	0.34			0.34
8. Disponibilidad de Servicio de Substancias Especializadas	10 días	180.00	0.15			0.15
B. Fuera del Hospital						
1. Hospital de Emergencia	110 casos	200.00	1.83	30	0.29	1.56
2. Radiología	50 casos	115.00	0.48			0.48
3. Patología	80 casos	105.00	0.53			0.53
4. Cirugía	55 casos	850.00	3.90			3.90
	Subtotal		\$33.28		\$0.29	\$33.00

ANEXO 1

Desarrollo del Costo del Beneficio Neto por Miembro por Mes utilizando el Método Actuarial

Servicio	(1) Unidades Anuales Proyectadas por cada MI	(2) Costo Promedio Proyectado por Unidad	(3) Costo del Beneficio Bruto PMPM [(1)/1.000] x (2)/12	(4) Monto de Copego	(5) Valor del Copego [(1)/1.000] x (4)/12	(6) Costo del Beneficio Neto PMPM (3) - (5)
E. Servicios Médicos						
A. Encuentros Médicos						
1. Visitas Internas	3500 visitas	55.00	16.04	10 por visita	2.92	13.13
2. Consultas Externas	95 visitas	125.00	0.99			0.99
3. Inmunizaciones	350 visitas	20.00	0.58			0.58
B. Visitas al Paciente en el Hospital	290 visitas	85.00	2.05			2.05
C. Cirugía						
1. Dentro del Hospital	70 procedimientos	1,800.00	10.50			10.50
2. Fuera del Hospital	310 procedimientos	345.00	8.91			8.91
D. Visitas a la Habitación de Emergencia	210 visitas	85.00	1.49			1.49
E. Laboratorio/Rayos X	195 procedimientos	100.00	1.63			1.63
F. Maternidad	40 procedimientos	1,800.00	5.33			5.33
G. Salud Mental fuera del Hospital	360 visitas	110.00	3.58			3.58
H. Abuso de Sustancias fuera del Hospital	40 visitas	95.00	0.32			0.32
I. Referencias Externas	30 visitas	200.00	0.50			0.50
Subtotal			\$51.92		\$2.92	\$49.00

Desarrollo del Costo del Beneficio Neto por Miembro por Mes utilizando el Método Actuarial

Servicios	(1) Unidades Anuales Proyectadas por cada MI	(2) Costo Promedio Proyectado por Unidad	(3) Costo del Beneficio Bruto PMPM [(1)/1.000] x (2)/12	(4) Monto de Copego	(5) Valor del Copego [(1)/1.000] x (4)/12	(6) Costo del Beneficio Neto PMPM (3) - (5)
III. Servicios Auxiliares						
A. Ambulancias	20 servicios	480.00	0.75			0.75
B. Prescripción de Medicamentos	5250 visitas	25.00	10.94	7 por prescr.	3.08	7.86
C. Atención Médica en el Hogar	20 visitas	175.00	0.29			0.29
D. Dispositivos	40 unidades	240.00	0.80			0.80
E. Terapia Física	20 visitas	185.00	0.28			0.28
Subtotal			\$18.06		\$3.08	\$14.98
Costo Total del Beneficio Neto por Miembro por Mes						\$62.98

Existen algunos rubros en el desarrollo del costo neto del beneficio que requieren de mayor profundidad.

Al desarrollar el costo por unidad para doctores y hospitales, el actuario debe reconocer los acuerdos con el proveedor. Como un ejemplo, si la empresa tiene un acuerdo con límites (capitado) con la red de médicos y un acuerdo de pago por día con la red de hospitales, el monto limitado (capitación) y la tasa por día deberían ser utilizadas para desarrollar los costos unitarios asociados.

Como se muestra en el ejemplo, el costo neto del beneficio se desarrolla a través de los mayores componentes del servicio: hospitalario, médico y auxiliar. Esto se ha hecho así debido a que las provisiones del plan y los acuerdos contractuales pueden variar por cada uno de dichos componentes. Por ejemplo, se debe considerar cualquier forma especial de revisión o de contención de costo en cada uno de los componentes. Así pues, con base en tales características específicas, los factores de ajuste puede ser que requieran modificar la utilización y el costo.

Más aún, los beneficios que son sujetos a limitaciones o restricciones contractuales y los beneficios que tengan copagos y coaseguros únicos, deberán también ser ajustados por estas características.

El costo de referencias externas son considerados parte de los servicios médicos, debido a que los proveedores controlan el uso de servicios que se brindan fuera de la red de la empresa. A este respecto, tal costo se muestra dentro de los servicios médicos.

Finalmente, y no mostrado en este ejemplo, los costos unitarios pueden ser ajustados en función de la tendencia en la atención médica. Esto es, dependiendo de la fuente de información y de cómo el costo unitario fue desarrollado, puede ser necesario ajustar este costo al periodo de tiempo representativo de cuando las primas son aplicables.

Desarrollo de las Tasas para planes Limitados en pago (Capitación) por Empleado

La rentabilidad establecida PMPM (el monto total necesario para dar soporte financiero a reclamaciones, gastos, utilidad y otros rubros de retención) será conocida como la tasa limitada (capitación) de la empresa. El ejemplo II muestra el desarrollo detallado de la tasa mencionada. Esto incluye aumentar el costo neto del beneficio PMPM por gasto administrativo, impuestos sobre la prima y utilidad, así como primas de reaseguro y recuperaciones, ajustes por beneficios fuera de la zona y coordinación de recuperaciones de beneficios.

EJEMPLO II

Determinación de la Tasa Total del Plan con límite de Pago a Proveedores (capitación)

<u>Servicios del Plan</u>	<u>Costo PMPM</u>
Servicios Hospitalarios	\$33.00
Servicios Médicos	\$49.00
Servicios Auxiliares	<u>\$10.00</u>
Subtotal, Costos del Beneficio Neto	\$92.00
 <u>Ajustes y Cargos</u>	
Administración, Mercadeo y Gastos Generales	+ 11.40
Impuesto sobre Prima	+ 2.28
Utilidad/Contribución a Reservas	+ 2.28
Primas de Reaseguro	+ 4.00
Recuperaciones de Reaseguro	- 2.00
Recuperaciones COB/TPL	- 1.93
Fuera de la Zona/Plan	+ 2.55
Reserva Gobierno	<u>+ 3.42</u>
Subtotal, Ajustes y Cargos	\$22.00
 Tasa Total del Plan con límite de Pago a Proveedores (capitación)	 \$114.00

Cálculo de Precios de Primas de un Grupo Específico

El paso final en el proceso del Costeo Compartido es convertir el plan con límite de pago para los proveedores en precios de primas. Como se mencionó antes, este proceso permite flexibilidad para establecer las primas, siempre que uno de los diferentes orientaciones sea utilizada. Tres de las más importantes opciones son las siguientes:

- Los precios de las primas pueden reflejar la distribución del contrato (mezcla de diferentes tipos de contratos, para solteros y para familias) para un grupo en particular.
- Los precios de primas pueden reflejar el tamaño del contrato promedio (el número de familias cubiertas bajo cada contrato).
- La proporción de los precios de primas por tipo de contrato (empleado contra familia) puede variar para igualar las tasas en vigor de seguros de indemnización de un grupo aislado.

Varias combinaciones de estas opciones pueden ser usadas por la empresa. Ellas se incorporan en el proceso de costeo alineado descrito adelante. Cuando se desarrollan precios de primas para un grupo específico, la empresa utilizará la misma estructura alineada utilizada para el plan de indemnización. Las estructuras más comunes son las de 2 filas (empleado, familia) y las de 3 filas (sólo empleado, empleado más un dependiente, empleado con más de un dependiente).

El ejemplo III, mostrado a continuación, inicia con la tasa del plan con límite de pago al proveedor (capitación) de \$114 del ejemplo II. Suponiendo que para los rubros mencionados en dicho ejemplo, el ejemplo desarrolla precios de primas para tres filas para una empresa. Notar que los mismos pasos pueden ser seguidos para desarrollar precios de primas para dos o cuatro filas. Las siguientes tres hipótesis son hechas sobre el ejemplo III:

- Mezcla de los contratos. La distribución de los contratos al costear la fila.
- Tamaño del contrato. El número promedio de miembros por fila.
- Proporción de la prima. La proporción de cada nivel de prima por fila a la establecida por el contrato para sólo empleados. (Esto puede ser desarrollado a partir de la información histórica o a través de otra información que la empresa tenga sobre las relaciones de costo por fila.) Esto permite a todos los niveles de prima ser expresados como un número equivalente de primas asignadas sólo para empleados.

EJEMPLO III

Desarrollo de Precios de Primas Mensuales de Tres Filas

Hipótesis

1. El método del Costeo Compartido se fundamentará en un requerimiento fijo de rentabilidad PMPM de \$114.00
2. La proporción de la empresa de razones de primas únicas por familias a sólo cónyuges a solteros es 3.1 a 2 a 1.
3. El grupo para el cual se están desarrollando los precios de la prima tiene la siguiente distribución contractual y tamaño del contrato promedio:

<u>Tipo de Contrato</u>	<u>Distribución</u>	<u>Tamaño Promedio</u>
Solteros	35%	1.0
Cónyuges	20%	2.0
Familias	45%	3.9

Fórmulas

Primas solteros: Tasa de un plan limitado en el pago a proveedores x factor de conversión

Primas sólo cónyuges: Prima de solteros x razón prima sólo cónyuges

Prima por familia: Prima de solteros x razón prima por familia

Factor de conversión: $\frac{\text{tamaño del contrato promedio}}{\text{unidad de prima promedio (razón)}}$

Cálculo de Precios de Primas Mensuales de Tres Filas

$$\text{Factor de Conversión: } \frac{(1 \times .5) + (2 \times .20) + (3.9 \times .45)}{(1 \times .5) + (2 \times .20) + (3.1 \times .45)} = \$1.168$$

$$\text{Prima para Solteros: } 114.1 \times 1.168 = \$133.15$$

$$\text{Prima sólo Cónyuges: } 133.1 \times 2 = \$266.30$$

$$\text{Prima por Familia: } 133.1 \times 3.1 = \$412.77$$

Reconciliación

$$\begin{aligned} \text{Tasa de Capitación} &= \frac{(133.15 \times .35) + (266.30 \times 20) + (412.77 \times .45)}{(1 \times .35) + (2 \times .20) + (3.9 \times .45)} \\ &= \frac{\text{prima promedio por contrato}}{\text{miembros promedio por contrato}} \\ &= \frac{(133.15 \times .35) + (266.30 \times 20) + (412.77 \times .45)}{(1 \times .35) + (2 \times .20) + (3.9 \times .45)} \\ &= \$114.02 \end{aligned}$$

Utilizando estas hipótesis, un factor de conversión se calcula para cambiar la tasa de capitación PMPM a una tasa de capitación por empleado. El factor de conversión equivale al tamaño promedio general del contrato, dividido por la proporción de prima promedio, ambas consideradas por la mezcla de contratos. En el ejemplo III, el factor de conversión es 1.168. El precio de la prima por empleado se obtiene multiplicando la tasa de capitación por el factor de conversión. Las siguientes tasas alineadas son entonces calculadas tomando esta prima por empleado y multiplicándola por los respectivos valores de prima.

Como se definió, la tasa de capitación es la prima promedio por miembro que es necesaria para cubrir los costos totales de la empresa. La prima promedio por miembro es equivalente a la prima promedio por contrato dividida entre el número de miembros promedio por contrato. Este cálculo PMPM se muestra en la parte de abajo del ejemplo III. Asegura que del cálculo hecho se obtuvieron los resultados correctos.

La opción del Costeo Compartido que permite a la empresa varias las proporciones de la prima por contrato con la intención de igualar los valores actuales de los planes de indemnización asegurados se puede utilizar para revisar el balance con lo que se estima en el mercado. El ejemplo IV que se mostrará a continuación, indica el proceso que una empresa puede utilizar para adaptar sus precios de primas las presentadas en el mercado. Las tasas recompuestas deberían aún producir la misma rentabilidad sobre una base PMPM, siempre que la estimación de la población sea correcta. Como puede notarse en el ejemplo IV, los precios de las primas se encuentran aproximadamente 3% abajo de los precios comparables a planes de indemnización presentes en el mercado.

3.3 *Implantación del esquema de Administración Corporativa de Sinistros*

3.3.1 Establecimiento del plan de beneficios médicos

Los beneficios que serán otorgados a los empleados tienen que cumplir con diversas características entre las que podemos mencionar:

1. Tendrán que cumplir objetivos establecidos por la empresa en materia financiera y de recursos humanos
2. Ser operativamente transparentes para los empleados, con la intención de una mejor utilización del esquema, mediante una adecuada estrategia de comunicación del programa médico
3. Poseer parámetros de medición que permitan dar un panorama amplio sobre el adecuado desarrollo del programa de beneficios con el transcurso de los años, de tal forma, que pueda ser evaluado en cualquier momento
4. Brindar beneficios que sean competitivos en el mercado conforme al giro de la empresa de tal forma que los empleados perciban el interés de las empresas por su mejora y por retenerlos dentro de la organización

Si los puntos anteriores logran ser alcanzados, el plan de beneficios se convierte en una adecuada herramienta de retención del personal. La supervisión y el control de dicho programa directamente por la compañía, brindarán la optimización en todos los ámbitos que competan a la prestación, desde el adecuado registro del personal derechohabiente, hasta la entrega de un servicio médico de calidad cuando se presenten eventualidades sujetas a cobertura.

En el presente trabajo consideraremos lo indicado en el inciso 2.5.3 Definición de Coberturas para el esquema del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

3.3.2 Comunicación del plan al personal (Aseguramiento de la total apreciación y comprensión del esquema)

Uno de los principales aspectos que ocasionan el malentendimiento de cualquier programa de beneficios es la falta de comprensión del mismo por parte de los empleados, provocado por la poca difusión de dichos planes por parte del área encargada de la administración de esta prestación en la empresa.

La falta de conocimiento sobre el alcance de la cobertura, las obligaciones y derechos por parte del empleado y de la empresa respecto a cada programa, es un elemento importante para que crear conflictos por lo que se pensaba que cubría y lo que realmente cubre el programa.

De tal forma, este apartado hace hincapié sobre esta problemática y brinda algunas sugerencias para brindar a la totalidad de los empleados el conocimiento amplio del programa médico propuesto por la Administración Corporativa de Siniestros.

Uno de los principales elementos es el pleno conocimiento de la operación y de los alcances de la cobertura por parte del área encargada de su administración, pues serán ellos precisamente quienes fungirán como asesores directos de los empleados para el manejo de la prestación.

Adicionalmente del conocimiento por parte del personal indicado, tendrá que establecerse una estrategia de comunicación que permita cumplir con el objetivo:

Fase I. Elaboración del Material Informativo del Programa Médico.

En esta fase será necesario resumir de forma concreta las principales características del programa, y considerar diversas modalidades para su consolidación como folletos, trípticos, resumen de las condiciones contempladas, formatos para dar atención a las reclamaciones que se presenten, etc.

Fase II. Establecimiento de Agenda para Integración de Grupos.

Una vez que se cuente con el material, y se haya seleccionado el más apropiado, se tendrán que establecer una serie de reuniones con todos los segmentos que integran la empresa, a efectos de tener ese acercamiento que permita conocer su prestación. Es recomendable que esta calendarización se lleve a cabo durante el mes inmediato posterior a la fecha en que se ha decidido implantar este esquema.

Es importante mencionar que deberá considerarse la presentación de este programa por personal experto y la inclusión de tiempo adicional para la aclaración de dudas que seguramente surgirán durante la misma.

Fase III. Establecimiento de Programa de Seguimiento.

Una vez que se concluye la Fase II, se tendrá que implantar un programa de seguimiento que permita tener la certeza de que el personal ha captado

adecuadamente la operación del programa médico.

Este programa podrá constar de reuniones periódicas con el personal en las que se entablen discusiones respecto a dudas específicas sobre la operación, una vez que se ha tenido la experiencia por ambas partes sobre su funcionalidad.

Estas reuniones servirán igualmente para garantizar la calidad del servicio al considerar que pudieran presentarse quejas sobre la administración del mismo, que permitirán al personal encargado, tomar medidas correctivas en caso de que sean necesarias.

Adicionalmente el empleado percibirá de la empresa el mensaje de interés sobre su estado de salud y de la forma en que se puede apoyar al empleado que pueda resultar afectado, lo que podrá dar a la empresa una mayor posibilidad de retener al personal y de que éste pueda aumentar sus niveles de productividad.

Fase IV. Evaluación del Programa.

Considerada como una parte primordial de la implantación de la Administración Corporativa de Siniestros, la evaluación del programa al final de cada año permitirá conocer su eficacia y la ventaja financiera esperada que dieron sustento a su lanzamiento.

De la misma forma, deberá incluirse como parte de dicha evaluación, una encuesta interna que permita conocer el sentir de los empleados respecto al programa, parte primordial dentro del funcionamiento del programa.

Al hacerlo de esta forma, el empleado percibirá su importancia sobre la evaluación de un esquema, dado que su principal usuario, emitirá su opinión sobre el mismo, con lo que puede garantizarse la funcionalidad del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros.

Las fases presentadas, servirán como un mecanismo de sensibilización y de evaluación de gran importancia, pues mostrarán sus resultados y la Dirección podrá conocer los resultados del programa y tomar decisiones respecto a su permanencia, sin perder de vista el importante acercamiento con los empleados.

3.3.3 Establecimiento de la red de prestadores de servicios médicos

Una de las principales premisas de la Administración Corporativa de Siniestros mantiene es la búsqueda del control de las reclamaciones presentadas, la red de prestadores de servicios debe de ser un elemento que permita el acceso inmediato de los empleados a los servicios médicos que ampara el plan médico. Por lo tanto, será necesario considerar, las redes de proveedores médicos que actualmente se encuentren operando, ya sea a través de una compañía aseguradora, que maneje productos en el área de salud, o a través de las redes médicas independientes que puedan ser contratadas, las cuales, generalmente se derivan de las establecidas por las compañías aseguradoras.

Lo anterior, brinda a la empresa la tranquilidad de que las redes poseen la experiencia en el manejo de esquemas médicos similares al que propone el presente trabajo, así como la garantía de su adecuada operación, por lo que el establecimiento formal de la red de proveedores médicos, es un apartado primordial para el logro de los objetivos del esquema.

En el punto 2.5.4 del presente material, se encuentran los diferentes tipos de contratos tanto para Médicos Especialistas como para Instituciones Médicas, por lo que deberán evaluarse los que sean incluidos en el convenio que se establecerá por parte de la compañía con dicha red de proveedores médicos, buscando la que brinde mayores beneficios al empleado, en cuanto a la cobertura ofrecida, como a la compañía, en cuanto a los costos involucrados.

Consideraremos como proveedores médicos a aquéllos que facilitarán la atención médica y el restablecimiento de la salud de los empleados de la compañía, como los son los médicos generales, médicos especialistas, laboratorios, clínicas y hospitales, elementos que deberán integrar la red por convenir.

Cabe mencionar que el establecimiento de la red de proveedores médicos, es la esencia del servicio que será brindado por la compañía, por lo que, se debe considerar que la misma funcione con eficiencia comprobable, buscando que cuente con la experiencia en el manejo de esquemas de Gastos Médicos Mayores, y de esta forma, brindar una mayor garantía de la calidad del servicio a los empleados.

Una vez que se haya establecido el convenio correspondiente, la fecha del inicio del programa podrá ser comunicado a los empleados, tomando en consideración todos los elementos que complementan el arranque del esquema.

3.3.4 Creación de Fondos de Contingencias

Finanzas Operacionales y Presupuesto

El reto para la administración exitosa de esquema descansa en la habilidad financiera para brindar reportes financieros oportunos y precisos. La interacción entre los gerentes operativos y de finanzas es clave para alcanzar este objetivo. Sobre todo la administración financiera inicia con el establecimiento de estrategias de precios. El costeo estratégico se fundamenta en la evaluación de los precios en el mercado, la rentabilidad deseada, la estimación de costos incurridos por la provisión de la atención médica, y su habilidad para controlar costos, en particular, los costos médicos. Los presupuestos de operación detallados son entonces desarrollados bajo las mismas hipótesis utilizadas en la estrategia de costo. Los gerentes financieros confían significativamente en la información capturada y monitoreada por los departamentos operacionales para desarrollar presupuestos detallados.

La información proveída por el departamento operacional es también utilizada como la base para estimaciones contables específicas registradas en los estados financieros. La habilidad del administrador financiero para reportar sobre resultados oportunos, analizar variaciones en el presupuesto y evaluar la validez de las estrategias de costo de una forma oportuna, depende del apoyo de funciones operacionales.

Presupuesto y Proyecciones Financieras

La importancia de mantener presupuestos detallados se ha establecido como un elemento clave para el éxito de nuestro esquema. Las proyecciones financieras, las cuales proyectan actividad y resultados más allá del presente periodo, son también herramientas importantes de la administración. Las proyecciones financieras comúnmente son preparadas cuando nuevas líneas de productos son introducidas, particularmente para los propósitos de determinar las necesidades de capital para invertir en nuevas líneas de negocio.

Cuando uno prepara presupuestos anuales para el periodo actual o proyecta resultados para periodos futuros, es importante construir las proyecciones a un nivel detallado. Esto incluiría el desarrollo de proyecciones por cada uno de los componentes del esquema. Una proyección con esta base representa la mejor estimación de resultados

Independientemente del presupuesto derivado del servicio médico, será importante contemplar un fondo adicional de contingencias que dé soporte a la operación en caso de desviaciones importantes en la siniestralidad anual que alcance el esquema.

Este fondo podrá considerarse como una reserva para enfrentar posibles desviaciones de las proyecciones. Para su constitución deberán considerarse los participantes en el esquema, considerando datos con los que cuenta el mercado en general, por ejemplo, la siniestralidad promedio observada, que puede obtenerse de los análisis llevados a cabo por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), que, aunque reflejan el comportamiento de una población que no necesariamente reúne las mismas características de la empresa que implementa la Administración Corporativa de Siniestros, y permitirá establecer la siniestralidad estimada del grupo, estableciendo un fondo de acuerdo a las posibilidades de la empresa, para posibles desviaciones. Este fondo contará con la ventaja de que será dinero, más los intereses generados, de la empresa del que podrá disponer en caso de que se logre mantener un comportamiento adecuado de los siniestros por parte del área encargada.

Podemos tomar como ejemplo, la información publicada por la AMIS respecto a ciertos indicadores del subramo de Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo, a junio de 1998:

Total de asegurados:	1'634,501
Primas directas anualizadas:	\$1,073'467,740
Siniestralidad (83.96%) sobre prima devengada:	\$ 901,283,515

De dónde el siniestro promedio anual observado es de \$551.

Es importante tomar en cuenta que la Suma Asegurada promedio contratada por las empresas dentro del mercado asegurador mexicano es de aproximadamente \$200,000, con la aplicación de deducible de \$1,000 y coaseguro del 10%.

Cantidad que puede ser utilizada como base para las proyecciones de siniestralidad esperada y que considerando que la Administración Corporativa de Siniestros será aplicable a empresas que cuenten con más de 1,000 empleados, la estimación por siniestralidad será de aproximadamente \$551,000, al considerar a los dependientes económicos, la cantidad puede incrementarse de manera importante y la creación de fondos de contingencias obedecerán a estrategias de financiamiento, previamente establecidas por las empresas.

También es importante resaltar que cada empresa mantiene estrategias diferenciadas de sus competidores y del giro de su principal actividad por lo que la definición de las cantidades dependerá del análisis a nivel individual y de los intereses de la Dirección de cada empresa particular.

3.3.5 Intermediarios para la adecuada administración de los fondos

Derivada de la estrategia de cada empresa, así como de la experiencia en el apoyo de intermediarios en la administración de diversos fondos, la elección del intermediario financiero para que lleve a cabo la operación del fondo de contingencia dependerá directamente de la línea establecida por la Dirección.

Para llevar a cabo una adecuada evaluación del administrador del fondo, recomendamos considerar diversos aspectos, entre los más importantes:

- Experiencia en la administración de fondos
- Rendimiento promedio ofrecido en los fondos
- Costos de la administración

En la actualidad existen despachos de consultoría que cuentan con la información mínima necesaria para tomar decisiones respecto al o los administradores que manejarán los flujos de efectivo derivados de la operación normal de las empresas, por lo que será necesario recurrir a dichos despachos para contar con los elementos que den sustento a la elección del intermediario.

3.3.6 Establecimiento del proceso administrativo para la atención de reclamaciones

Una vez que se establecieron las etapas que deberán de ser consideradas para la administración de los siniestros, las áreas que dentro de la compañía llevarán la responsabilidad, así como los elementos que la Dirección deberán tomar en cuenta para que dicha administración sea lo más efectiva posible, la implantación del proceso deberá iniciarse considerando lo siguiente:

- Establecimiento formal de las áreas que supervisarán el adecuado manejo de la Administración Corporativa de Siniestros, indicando adecuadamente las líneas de reporte y la comunicación interna que denote la importancia de dichas áreas, así como los objetivos que pretende la dirección con el cambio
- Calendarización de actividades por parte del responsable del área y de cumplimiento de metas, siendo de las más importantes:
 - Análisis del costo actual por concepto de pago del Seguro de Gastos Médicos Mayores
 - Estimaciones de ahorro a través de la Administración Corporativa de Siniestros
 - Aviso oportuno a los proveedores del servicio para la cancelación del seguro, conforme a la fecha programada para el inicio del nuevo esquema
 - Plan de trabajo detallado para cada una de las actividades
- Disponibilidad de los recursos económicos para la implantación del nuevo esquema
- Programas estrictos de seguimiento y supervisión

Como se había indicado anteriormente, cada empresa representa un caso particular que podrá presentar variaciones en cuanto al orden de las actividades por realizar y a los procedimientos para alcanzar los objetivos, sin embargo todos los planes coincidirán en la búsqueda de un ahorro sustancial por el cambio de esquema en el mediano plazo sin descuidar la calidad y eficiencia de los mecanismos para la atención de reclamación derivadas de accidente o enfermedad amparada por el programa de atención médica.

3.4 Mecanismos de prevención de padecimientos

3.4.1 Importancia del establecimiento de mecanismos que fomenten la prevención de accidentes y de enfermedades dentro de la empresa

Es indudable que la participación de las empresas en la reducción de los accidentes y enfermedades que puedan ser considerados que tengan su origen en el centro de trabajo, es fundamental además de ser una obligación que establece la Ley Federal de Trabajo.

Sin embargo, en muchas ocasiones, los padecimientos que aquejan a la población asegurada, no tienen un origen en el trabajo y no pueden atribuirse como consecuencia directa de la labor que desempeñan los empleados y que afectan de manera importante la productividad, por lo que es necesario que se amplie la visión de las empresas en cuanto a los programas de prevención de accidentes de trabajo, a programas integrales de prevención, de acuerdo a las necesidades de cada empresa.

Los beneficios, tanto para la empresa como para los beneficiarios del programa médico, pueden ser cuantificables, por lo que el Area de Prevención y Detección Temprana de Enfermedades, tendrá como una de sus principales responsabilidades la implementación, supervisión y evaluación de los programas.

Como se indicó con anterioridad, los programas que se implementen dependerán de las necesidades de cada empresa, por lo que deberán considerarse los siguientes cuatro elementos para su integración:

- **Alcance de los Servicios de Prevención.** Podrán ofrecerse algunos servicios a una población específica, v.g., salud de los hijos del personal ejecutivo. Esto especifica efectivamente un conjunto limitado de actividades por ser desarrolladas. En el caso contrario, podrían establecerse programas generalizados, sin ninguna restricción inicial sobre el alcance de los servicios a ser proveídos, y con el tiempo establecer servicios específicos.
- **Duración de los Servicios.** El Area de Prevención y Detección Temprana de Enfermedades establecerá una duración específica del compromiso de un programa (v.g., una año, un periodo contractual, etc.) o reflejará un programa continuo de duración indefinida.
- **Asignación de la Responsabilidad de brindar los Servicios de Prevención.** Los servicios de promoción de la salud o prevención pueden ser otorgados por el Area de Prevención y Detección Temprana de Enfermedades, dentro de la compañía (v.g., doctores de medicina general contratados por la compañía para brindar atención primaria en instalaciones propias, un empleado especializado en servicios de prevención, etc.), a través de un proveedor externo (v.g., alguna dependencia gubernamental o institución de asistencia privada, etc.), o una combinación de ambos.

- *Responsabilidad para llevar a cabo la Planeación de la Prevención y para la Toma de Decisiones.* La selección de la Prevención y de los Servicios de Promoción de la Salud a ser otorgados, el proveedor y el conjunto de los servicios puede ser hecha por la compañía, por las agencias gubernamentales o de asistencia privada o por la decisión colectiva de más de uno de estos participantes.

Considerando estas cuatro dimensiones, pueden derivarse algunos modelos que pueden ser considerados por las compañías para su implementación. Dichos modelos pretenden brindar una descripción de realizarse dentro de las compañías en este aspecto tan importante. Cada uno varía con respecto a los demás en al menos una de las cuatro dimensiones mencionadas anteriormente. Los modelos resumen la evolución y las relaciones que en la práctica pueden darse dentro de las empresas y en los posibles proveedores:

- 1) *Modelo Interno* en el que los servicios preventivos se brindan directamente por la compañía;
- 2) *Modelo de Prevención por Subcontrato* en el que los servicios de prevención específicos son contratados por la compañía a través de recursos de la comunidad;
- 3) *Modelo Contributorio de Prevención* en el que la compañía contribuye a dar apoyo a un proveedor especializado en servicios de prevención;
- 4) *Modelo Comunitario* en el que la prevención sirve como un compromiso filantrópico ya sea de la compañía en su conjunto o de los miembros de la Dirección;
- 5) *Modelo de Referencia de Casos* en el que la empresa refiere a algunos empleados a determinados centros de atención médica comunitarios sin compensar directamente a los proveedores;
- 6) *Modelo de Inversión Estratégica* en el que la compañía invierte en prevención como una comunidad de largo plazo o en beneficio de los pacientes;
- 7) *Modelo Colaborativo* en el que la prevención representa colaboración total entre la compañía y organizaciones de asistencia pública o privada;
- 8) *Modelo de Servicios Integrados* en el que la prevención en beneficio de la comunidad es un componente integral de los objetivos de la compañía.

Cualquiera de los modelos pueden ser considerados por la compañía y pueden ser combinados para alcanzar los objetivos de prevención particulares.

3.4.2 Control estadístico de las reclamaciones

El área de control y administración de beneficios y reclamaciones, es literalmente, la que indica hacia dónde se dirige el esquema. La efectividad de las reclamaciones puede hacer crecer o quebrar el esquema propuesto. Es precisamente este elemento el que obliga a poner mucha atención a las responsabilidades del área de control y administración de beneficios y reclamaciones.

La administración de beneficios y reclamaciones no es una función independiente que reúne, registra y administra toda la información necesaria para hacer su trabajo efectivamente. En lugar de ello, las reclamaciones es parte integrante de los procesos que se encuentran inmersos en cada una de las áreas de la compañía.

Históricamente, dentro de los planes de seguros típicos, las funciones de las áreas de administración de los beneficios y reclamaciones eran vistas como operaciones de escritorio, brindándosele poca atención a su importancia dentro de las compañías aseguradoras, de sus estructuras internas y aún de los requerimientos de personal. Hoy en día la importancia de las funciones de la administración de beneficios y reclamaciones han significado una mejor posición. La administración de beneficios y reclamaciones es vista como una de las funciones tan importantes como cualquier otra función fundamental dentro de las funciones de la compañía aseguradora, como la administración médica y el área de finanzas.

Dado que en nuestro esquema, se considerará la contratación de una red médica para brindar los servicios en beneficios de los empleados, se deberán establecer los mecanismos de operación con la finalidad de que la Dirección cuente con la información debidamente procesada y a tiempo, a efectos de tener la imagen del comportamiento de las reclamaciones que facilite la toma de decisiones en cuanto a la revisión del programa de beneficios o del manejo de las reclamaciones dentro de la compañía.

Se recomienda que los reportes sean entregados en medios magnéticos a efectos de tomar la información proporcionada y establecer tendencias.

Los reportes que sean entregados a la compañía deberán contener:

- Nombre del Empleado
- Nombre de la Persona Afectada
- Padecimiento Reportado (utilización de códigos médicamente aceptados)
- Número de Siniestro
- Fecha de Ocurrencia del Siniestro, indicando si es primer reclamo o si se trata de continuación de pago
- Monto Reclamado
- Monto Pagado

Los reportes deberán ser mensuales y los montos globales registrados en una base de datos, y una vez que se cuente con información suficiente, deberán aplicarse funciones estadísticas para establecer pronósticos confiables.

Es importante mencionar, que al inicio del esquema, el parámetro que consideraremos para saber el adecuado comportamiento de las reclamaciones, será tomado de los datos publicados por la AMIS, conforme a lo establecido en el inciso 3.3.4 del presente documento.

El análisis detallado de la siniestralidad observada, permitirá evitar posibles fraudes por parte del proveedor o abusos de los empleados o sus beneficiarios del esquema. El análisis deberá ser realizado por

Por otra parte y debido que el estado general de salud de cualquier compañía, tanto de sus empleados como de los beneficiarios, es una variable que no cuenta con una medición precisa, es posible que se presenten meses atípicos en cuanto al volumen reclamado con variaciones anuales que impidan establecer tendencias, por lo que las cifras anuales serán más útiles para llevar a cabo una evaluación más adecuada del esquema.

Conforme avance el tiempo se podrá decir que la siniestralidad presentada por cualquier compañía es favorable o negativa, por lo que los esquemas educativos y de prevención que se implementen dentro de las empresas para disminuir los costos, serán elementos fundamentales para la optimización de los recursos de la organización por concepto de beneficios médicos, en el mediano plazo.

3.4.3 Contención del costo mediante criterios adecuados de dictaminación médica

En este apartado revisaremos la importancia del establecimiento de un procedimiento médico por parte del proveedor que permita conocer de qué manera se está llevando a cabo la utilización del plan y cómo se están atendiendo los diferentes casos desde que se inician hasta que concluyen, a lo que llamaremos Revisión de la Utilización y que podrá implantarse de acuerdo a las siguientes métodos: Revisión de Pre-admisión, Revisión Concurrente y Administración de Casos.

Generalmente hablando, las revisiones de la utilización se pueden incluir en tres categorías: prospectiva (antes del evento, llamada pre-admisión o pre-certificación), concurrente (durante el evento) y retrospectiva (después del evento). Cada tipo de revisión utiliza ciertos criterios para determinar si existe la necesidad de mayor acción, decisión o intervención y evaluar la necesidad y eficiencia del uso de los servicios médicos.

En adición al registro de lo apropiado del cuidado médico y de los gastos, el proceso de revisión por sí mismo puede también ser utilizado para identificar casos que requieran de una administración más estricta si la organización o la persona a cargo de la revisión está consciente de las banderas rojas que indican una necesidad para dicho seguimiento, como puede ser el caso de múltiples admisiones hospitalarias; conocimiento de códigos de diagnóstico incluidos en estándares internacionalmente reconocidos como *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*; y reclamaciones por alarmas de apnea, camas hospitalarias eléctricas o servicios médicos de infusión. Cabe mencionar que, desde la perspectiva de la administración de casos, la oportunidad de explorar alternativas, atender al paciente y preservar beneficios en costo se pierde cuando el administrador de casos se enfrenta con una reclamación muy costosa resultado de una estancia hospitalaria de 28 días. ¿Podría el paciente haber asistido a una institución especializada por 14 de esos días? ¿Sería la enfermera y otros servicios en el hogar una posibilidad? Con diferentes alternativas, ¿podría haber habido oportunidades para la negociación de honorarios? Estas preguntas se quedan sin respuestas con un elevado costo.

Es sorprendente que algunas aseguradoras y empresas con frecuencia establecen una revisión del programa de pre-admisión sin vincularlo con alguna clase de programa de administración de casos. Las revisiones son realizadas con una premisa de administración; se asume que no existen ahorros por obtener. Más aún, excepto por aquellas posiblemente realizadas a través del rechazo de unos días de estancia hospitalaria o evitar la permanencia de un paciente, no existen ahorros registrados. Sin una conexión con la administración de casos, la revisión de pre-admisión no logra nada más sino el mantenimiento de un censo de admisiones hospitalarias. También, la sola revisión de la pre-admisión, sin revisión concurrente, es incapaz de reducir los tiempos de estancia o de permitir planes alternativos de atención médica para ser considerados.

La máxima oportunidad de éxito existe cuando una organización brinda revisión de pre-admisión y concurrente junto con servicios de administración de casos. Un proceso continuo de evaluación, identificación, valoración, planeación e implantación podría ser el ideal. La clave en la administración de casos consistirá en cómo el administrador se ve involucrado y qué tan rápido.

Los administradores de casos deben ser facilitadores con experiencia en la comprensión de casos complejos y la habilidad de llevar a cabo los cambios pertinentes. Atenderán a los pacientes a través de la información que se le brinde y ordenarán el otorgamiento de los beneficios. Para desarrollar efectivamente, los administradores de casos necesitan trabajar dentro de un sistema que permita su participación oportuna. Debido a que un procedimiento aparentemente simple puede inesperadamente volverse complejo y caro, cada admisión necesita ser revisada en cuanto ocurra. Esto no significa que cada caso requerirá de la intervención de la administración de casos. La mayoría no. La estrategia de revisar cada caso, sin embargo, creará mejores resultados para los empleados y para la empresa.

Cuando la revisión de pre-admisión y la revisión concurrente y las funciones de la administración de casos son integradas, la coordinación puede evitar duplicidad de esfuerzos, ayuda al área de reclamaciones a la administración de sus cargas de trabajo, apoya en el desarrollo de programas de prevención y bienestar, apoya la evaluación del uso de beneficios y exponer la necesidad de rediseñar planes.

Todos los elementos mencionados en este inciso serán, sin duda de gran utilidad y servirán para determinar la eficacia del proveedor médico seleccionado y para contar con una adecuada visión de la administración global del esquema médico.

3.4.4 Control de la utilización del esquema

Uno de los elementos definitivos en la Administración Corporativa de Siniestros es la presencia de un adecuado control de la utilización del esquema mediante el establecimiento de sistema de autorización. Esto puede ser tan simple como la pre-certificación de hospitalizaciones electivas o tan complejo como las autorizaciones gubernamentales en la implantación de programas preventivos dentro de la compañía. Es el sistema de autorización el que provee un elemento clave al momento de brindar la atención médica.

Existen múltiples razones para un sistema de autorización. Uno es que permite la función de la administración médica del esquema para revisar un caso por necesidad médica. Una segunda razón es conducir la atención médica por el mejor camino (e.g., la selección del tratamiento fuera del hospital o la participación de un especialista que se encuentre en convenio con la red de proveedores médicos en lugar de uno que no lo esté). Tercera, el sistema de autorización puede ser utilizado para brindar información actualizada el sistema de revisión concurrente de utilización y para atender casos de atención médica prolongada. Cuarta, el sistema puede ayudar financieramente con las estimaciones por gastos médicos acumulados cada mes.

Ya que se ha recomendado la contratación de una red médica que provea a la compañía de los servicios indicados en el plan médico, será fundamental que se revisen los sistemas con los que cuente dicho proveedor, tomando en cuenta lo que se indicará en esta sección. Es importante remarcar que los fondos que activarán el pago de indemnizaciones serán de la compañía, por lo que el área que se encargará de la Administración del Fondo tendrá la responsabilidad de verificar que el proveedor cuente con los elementos aquí descritos, en cuanto a los sistemas de autorización que se traducen en el control de la utilización del esquema.

Definición de los Servicios que requieren Autorización

El primer requerimiento en un sistema de autorización es definir qué es lo que requerirá autorización y qué no. Esto se encuentra vinculado con el diseño de los beneficios y es parte de la completa y justa comunicación del plan, considerando que, si algunos servicios requieren de autorización, el esquema debe dejarlo claro en los documentos descriptivos entregados a los empleados.

El aspecto fundamental es establecer cuáles de los servicios médicos integrados dentro del plan serán considerados como de atención normal. En términos generales, todos los servicios que no sean brindados por médicos y hospitales incluidos en la red, requerirán autorización. En otras palabras, cualquier servicio de un especialista referido, cualquier hospitalización, cualquier procedimiento, etc. requerirá autorización específica.

En cuanto más estricto sea el sistema de autorización, mayor será la habilidad para la administración de la utilización. Un sistema de autorización por sí mismo no controlará de manera automática la utilización, aunque es de esperarse el efecto centinela. Es la administración atrás del sistema lo que determinará su efectividad. Si el director médico es incapaz o no tiene la voluntad de lidiar con un comportamiento de poca utilización, un sistema de autorización sólo tendrá un efecto marginal. Si el área de reclamaciones es incapaz de retroalimentar al sistema de autorización, será rápidamente del conocimiento de los miembros de que se tratará de algo más que una carga.

En cualquier plan, habrá ocasiones en las que un miembro no podrá obtener autorización privilegiada. Esto generalmente se debe a una emergencia o a un problema urgente que se presente fuera del área en dónde comúnmente se atienden los usuarios. En esos casos, el plan debe tomar precauciones para revisiones retrospectivas del caso para establecer si la autorización debe darse inmediatamente después del hecho que lo ocasiona. Ciertas reglas pueden ser también definidas con respecto a la obligación de los beneficiarios en tales circunstancias (v.g., notificación dentro de las primeras 24 horas en que haya iniciado la emergencia). Se debe tener cuidado en no establecer autorizaciones automáticas con la simple notificación dentro del tiempo establecido, sino vincularla con la revisión automática del caso para determinar necesidad médica.

Definición de quién podrá Autorizar los Servicios

El siguiente requerimiento de un sistema de autorización es definir quién tendrá la habilidad para autorizar los servicios y hasta qué límite. Esto variará considerablemente dependiendo del tipo de plan y del grado en el cual será médicamente administrado.

En el esquema de Administración Corporativa de Siniestros se requerirá solamente de la solicitud para la autorización de hospitalizaciones y procedimientos electivos, pero tales autorizaciones serán dadas por el área de Coordinación y Dictaminación Médica de la compañía y no por parte de los proveedores integrados en la red contratada.

En algunos casos, se requerirá de la autorización del Director de la compañía. Estos casos son generalmente por procedimientos costosos tales como trasplantes o procedimientos que generan controversia por ser considerados experimentales o de un valor limitado en la recuperación de la salud del empleado excepto en circunstancias particulares. Esto es más necesario cuando la empresa ha negociado un arreglo especial por servicios con un alto costo. El sistema de autorización no sólo sirve para revisar la necesidad médica de los servicios, sino que asegura que la atención será brindada en una institución que se encuentre en convenio con la compañía a través de su red de proveedores.

Como se mencionó anteriormente, en cuanto más estricto sea el sistema de autorización, la habilidad para la administración del plan será mejor. Para un control óptimo, sólo el área de Coordinación y Dictaminación Médica deberá ser capaz de autorizar los servicios, y eso incluye a todos los servicios con excepción de aquéllos que requieran de la aprobación del Director. En otras palabras, aún cuando un miembro de la compañía sea referido a algún especialista, sólo el área de Coordinación y Dictaminación Médica podrá autorizar mayores servicios, tales como exámenes diagnósticos, canalización con otro especialista o tratamiento. Este estricto modelo, requiere de la utilización de números de autorización que den vínculo a las autorizaciones con las facturas específicas, y el área de reclamaciones debe ser capaz de conservarlas y de brindar retroalimentación. Conforme se aleje del estricto control, la utilización tiende a incrementarse.

Pago de Reclamaciones

El esquema de Administración Corporativa de Siniestros no existe como un dictador absoluto. El único recurso con el que cuenta el sistema es negar el pago completo de servicios que no han sido autorizados. Esto incluye a los servicios obtenidos de proveedores fuera de la red (doctores o instituciones) y a los servicios obtenidos sin autorización previa.

Dentro de nuestro esquema, y a través del proveedor que se haya seleccionado, podrá negarse el pago por servicios que no hayan sido autorizados. Asimismo, si la admisión al hospital no se autoriza pero se considera como un beneficio cubierto, el pago puede ser autorizado, pero el monto pagado ser reducido significativamente. En algunos casos, el plan puede negar cualquier pago por una porción del gasto pero pagar el resto, y la responsabilidad de complementarlo sería del empleado.

Dentro del proceso de las reclamaciones, pueden generarse controversias con los empleados respecto a lo que cubre y cómo lo cubre el plan seleccionado. Es evidente que en la atención de padecimientos pueden surgir características especiales en cada caso que pueden no tener un procedimiento claro en la forma en que el Área de Coordinación y Dictaminación Médica deberá proceder. En cualquier caso, el plan debe desarrollar políticas y procedimientos para definir cuando un servicio será autorizado (y cuando se considerará como dentro de la red en el caso de servicios hospitalarios que requieran precertificación en cualquier evento) y cuando no.

Categorías de Autorización

Es importante que el proceso de reclamaciones sea entendido tanto por la empresa como por el proveedor. Por lo que las siguientes categorías de autorización deben ser consideradas por el proveedor y pueden clasificarse en seis tipos⁽³⁾:

1. Prospectiva
2. Concurrente
3. Retrospectiva
4. Pendiente (por revisar)
5. Rechazada (no se autoriza)
6. Sub-autorización

Existe un valor en categorizar los tipos de autorizaciones. Examinando como las autorizaciones son eventualmente generadas por el plan, se deben identificar áreas de debilidad en el sistema. Por ejemplo, si se percibe que todas las admisiones electivas están recibiendo autorización prospectiva y se descubre que de hecho la mayoría de ellas están siendo autorizadas ya sea concurrentemente, o peor aún, retrospectivamente, sabremos que no se tiene la capacidad de intervenir efectivamente al administrar los casos hospitalarios debido a que no se conocen de forma oportuna. A continuación se brinda una breve descripción de las categorías.

Prospectiva

Conocida también como pre-certificación, este tipo de autorización se otorga antes de que el servicio médico sea realizado. Esto se utiliza en esquemas que requieren de autorización previa para servicios electivos. Cuánto más prospectiva sea la autorización, mayor será el tiempo que el director médico tenga que intervenir si es necesario, mayor será la habilidad para dirigir la atención médica al más apropiado recurso médico, y mayor tendrá que ser el conocimiento respecto a las tendencias de utilización del esquema.

Los administradores con poca experiencia se inclinan por creer que todas las autorizaciones son prospectivas. Esta creencia puede traer verdaderos problemas cuando el administrador de un esquema complejo aprenda que la mayoría de las reclamaciones están siendo pagadas en la base de otros tipos de autorizaciones que no fueron correctamente categorizadas.

Concurrentes

Una autorización concurrentes generada al tiempo que el servicio médico es otorgado. Por ejemplo, en la revisión de la utilización de enfermería se descubre que un paciente está siendo admitido en el hospital el mismo día. Una autorización se genera pero a través de la enfermera y no a través del proveedor. Otro ejemplo es un servicio de urgencia que no puede esperar para ser revisado, tal como la atención de una pierna

⁽³⁾ De acuerdo al libro "The Managed Health Care Handbook"

fracturada de algún empleado. En ese caso, el proveedor puede contactar al administrador del plan, pero la referencia es hecha al mismo tiempo.

Las autorizaciones concurrentes permiten contar con datos oportunos y el potencial de afectar el resultado de la atención médica, pero no permiten al administrador del plan intervenir en la decisión inicial de brindar los servicios. Esto puede resultar en que la atención médica sea brindada de manera inadecuada o brindada a través de recursos médicos que no son efectivos en costo, pero también resultar en que la habilidad del plan de alterar el curso de la atención médica hacia una dirección más efectiva en el costo aún cuando la atención ya haya sido comenzada.

Retrospectiva

Como el término lo indica, las autorizaciones retrospectivas tienen lugar después del hecho. Por ejemplo, un paciente es admitido, tiene una cirugía, y sale del hospital, y es hasta entonces que es del conocimiento del administrador del plan. A primera vista, se establece que cualquier servicio brindado sin la autorización podría resultar en negar el pago o en su reducción, pero habrán circunstancias cuando el esquema acceda autorizar servicios después del hecho. Por ejemplo, si un empleado se ve involucrado en un serio accidente automovilístico o sufre un ataque cardíaco mientras se encuentra de viaje en otro estado, existe una clara necesidad para la atención médica, y el esquema no podría negar dicha necesidad.

Algunos administradores creen con frecuencia que no sólo que la mayoría de las reclamaciones son prospectivas sino que, excepto por casos de emergencia, existen pocas autorizaciones retrospectivas. Desafortunadamente, existen circunstancias cuando puede haber un alto volumen de autorizaciones retrospectivas. Esto comúnmente ocurre cuando el proveedor o proveedores médicos fallan en cooperar con el sistema de autorización. Cuando una atención médica se brinda sin autorización, el esquema debe crear una reclamación después del hecho si se encuentra que el servicio tuvo que haber sido autorizado en un inicio. El plan no puede castigar al empleado porque realmente la falla fue del proveedor médico o del Área de Coordinación y Dictaminación Médica, de tal forma que la reclamación es pagada.

En un esquema estricto, la habilidad de crear una autorización retrospectiva se encuentra estrictamente limitada al director médico o al área encargada de la administración de la utilización, la habilidad de crear autorizaciones prospectivas no existe una vez que el servicio se ha otorgado, y autorizaciones concurrentes no pueden ser creadas después de 24 horas de que el servicio médico se brindó.

Pendiente (por revisar)

Pendiente es un término de reclamaciones que se refiere al estado de filtrar una autorización. En esta situación, no se sabe si una autorización ha sido o será emitida, y el caso se encuentra pendiente de revisión. Esto se refiere a la revisión médica (por necesidad médica, ya sea por una reclamación por emergencia o porque la política de revisión médica determine si el servicio es cubierto bajo los beneficios pactados con los empleados) o a revisión administrativa. Si un plan está teniendo problemas con los proveedores médicos para la cooperación con el sistema de autorizaciones, habrá un

número significante de reclamaciones pendientes que finalmente terminarán como autorizaciones retrospectivas.

Rechazada

Este término se refiere a la certeza de que una autorización es no procedente. Como se ha discutido, no se puede asumir que cada reclamación que sea presentada sin una autorización asociada será rechazada debido a que existen razones por las que una reclamación no autorizada puede ser pagada.

Sub-autorización

Esta es una categoría especial que permite que una autorización sea evite otra. Esto es más común para los servicios brindados dentro de un hospital. Por ejemplo, una sola autorización puede ser emitida para una hospitalización, y esa autorización se utiliza para cubrir anestesia, patología, radiología, o aún los honorarios por cirugía o consultas.

En algunos esquemas, una autorización para un especialista referido puede ser utilizada para autorizar servicios de diagnóstico y de terapia ordenados por dicho especialista. La administración adecuada de los servicios debe controlar esto, si no es así, el fenómeno de los nexos se puede presentar. Nexos se refiere a reclamaciones administrativas vinculando servicios no autorizados por autorizados, creando sub-autorizaciones, para que procedan. Por ejemplo, una referencia a un especialista es autorizada, y una reclamación se recibe no solamente por los honorarios del especialista sino por algunos procedimiento o exámenes costosos, o una factura se recibe por diez visitas aún cuando el proveedor autorizó solamente una. El coordinador de reclamaciones (quien está siendo evaluado sobre cuántas reclamaciones puede procesar por hora) puede ser vincular inapropiadamente todas las facturas al servicio originalmente autorizado a través de la creación de sub-autorizaciones, con lo que se incrementan los costos del esquema.

Personal

El personal que requiere el esquema de Administración Corporativa de Sinistros para implementar adecuadamente el sistema de autorización a través del área de la Coordinación y Dictaminación Médica estará integrado por el director médico, un coordinador del sistema de autorización y coordinar que se encargue de la revisión de la utilización. Tal como hemos descrito la atención médica se llevará a cabo a cabo mediante la contratación de un proveedor médico que se encargue de la atención médica de los empleados conforme al plan ofrecido, sin embargo, es importante contr con personal especializado dentro de la empresa que vigile los intereses de empleados y de la Dirección. Por lo tanto será importante verificar que el proveedor cuente con varios empleados y operadores telefónicos, su número tendrá que ir de acuerdo al tamaño de la empresa y al alcance del sistema.

El director médico tiene tres roles principales. El primero será el interactuar con el proveedor médico para garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de autorización. El segundo, el director médico será el responsable de la revisión médica de las reclamaciones pendientes. Esto no significa que el director tenga que revisar cada reclamación personalmente sino que este proceso será su responsabilidad. En algunas ocasiones el caso será revisado por alguno de los miembros del proveedor médico; en otros será más apropiado que participe alguno de los coordinadores o el director médico para llevar a cabo la revisión inicial. El tercero, el director médico tendrá en ocasiones que interactuar con los empleados cuando el pago de alguna reclamación sea rechazado. Aunque el proveedor se encargará del envío de las cartas de rechazo y se hace cargo de la atención de controversias, es común que los empleados exijan la revisión del reclamo rechazado sobre las bases de la necesidad médica o una certeza de que el proveedor en realidad había autorizado los servicios. En dichos casos, el director médico será involucrado.

El sistema de autorización necesita un coordinador que asegure que todas las piezas se encuentren en su lugar. Ya sea que esta responsabilidad pertenezca al área de reclamaciones del proveedor, al área de utilización, a la oficina del director médico o a la Dirección. Al inicio el rol del coordinador recae en un administrador con otras responsabilidades, pero conforme avance el tiempo, será mejor que se dedique a esta función.

El propósito inicial del coordinador es llevar el registro del sistema de autorización en todos sus puntos. Todos los sistemas corren el riesgo de ser quebrantados por lo que el coordinador debe registrar qué parte del sistema se está teniendo una deficiencia y tomar acciones para corregirla. En algunos casos se requerirá de la intervención de otras personas debido a que el sistema de autorizaciones tiene ramificaciones con el proveedor, los hospitales, el área de revisión de la utilización del esquema, el departamento de reclamaciones, los servicios a los empleados y el área de finanzas. Si nadie se encuentra como responsable de mantener el sistema de autorizaciones, la gente tenderá a negar sus responsabilidades al hacer su trabajo.

Se debe de brindar especial atención a la relación entre el sistema de autorización y los coordinadores de la utilización del plan. Específicamente sobre cuánto puede el coordinador de la revisión de la utilización autorizar. Es lógico permitir alguna habilidad para crear autorizaciones, especialmente sub-autorizaciones para servicios hospitalarios, pero se debe decidir si se permitirá al coordinador de la utilización crear autorizaciones primarias, particularmente para internamientos.

3.5 Costos Operativos

3.5.1 Reclutamiento y entrenamiento del personal administrativo

Derivado del esquema propuesto será necesario tomar en cuenta el perfil y las capacidades de las personas que cubrirán los puestos directamente vinculados al manejo de la prestación médica, así como el adiestramiento que pueda ser requerido.

Como se mencionó en el segundo capítulo de este trabajo en el que se detallan las áreas que deberán crearse dentro de la empresa que considere este modelo como el método de administración de la prestación médica, la Subdirección de Planeación y Servicios Médicos, cuyas funciones detallaremos nuevamente, a efectos de recordar lo indicado en dicho apartado y para que se contemplen dentro de las habilidades que deberán tener las personas que sean consideradas por la Dirección para estas funciones:

■ Prevención y detección temprana de enfermedades

Esta área se encargará de atender problemas menores de salud dentro de la empresa, establecerá y aplicará lineamientos preventivos de aplicación general y será el área responsable de la detección de padecimientos que deban ser considerados como de inmediata atención médica.

■ Coordinación y dictaminación médica

El establecimiento de los acuerdos médicos, así como de las políticas que regirán la atención médica de los padecimientos que se presenten es una parte primordial en el desarrollo de la atención médica que los empleados esperan.

Así pues, las principales funciones de esta área serán:

- Establecimiento de acuerdos preferenciales con hospitales y doctores especialistas para la atención médica de los empleados después de llevar a cabo el estudio logístico que permita ver cuáles son las mejores opciones tomando en cuenta el giro de la empresa, así como su ubicación geográfica y la demografía de la población
- Control de los honorarios médicos que son cobrados por los médicos que se encuentren desempeñándose profesionalmente fuera de algún convenio con la empresa, buscando llegar a un acuerdo respecto al monto por cobrar
- Encuestas de opinión sobre el nivel de atención médica recibida por los empleados estableciendo la forma de eliminar ineficiencias tanto médicas como administrativas
- Determinación de las políticas de dictaminación médica y de la procedencia de los padecimientos
- Visita a los hospitales en los que se encuentre internado alguno de los empleados con el objetivo de supervisar que los procedimientos así como los tratamientos utilizados sean los más adecuados para permitir al empleado su pronta incorporación a sus actividades laborales

El área de coordinación y dictaminación deberá considerarse como la aquélla que orientará adecuadamente al empleado sobre la atención médica de cualquier padecimiento y como la que evitará desviaciones importantes por abuso, tanto de la utilización del esquema como del monto de los honorarios cobrados.

■ **Administración del Fondo**

La Subdirección se encargará de:

- Optimización de los rendimientos generados por los activos a disposición del fondo
- Elaboración de análisis de inversión y justificación de la selección de determinado portafolio
- Liberación de cheques para el pago de las reclamaciones por reembolso y autorización para la transferencia de dinero cuando se trate del pago a algunos de los proveedores médicos asociados con la empresa
- Creación de estadísticas confiables por concepto y monto de las indemnizaciones presentadas, apoyando al área de prevención y prevención y detección temprana de enfermedades a determinar cuáles son los padecimientos que estén representando, debido a su frecuencia o a lo elevado de los montos, puntos rojos que pueden ser atendidos oportunamente

De lo anterior, se deberá de contar con un adecuado programa de recursos humanos que considere las funciones antes mencionadas, así como que tenga el apoyo de parte de la Dirección con un adecuado presupuesto a efectos de que el reclutamiento se fundamente en lo que el mercado ofrece a personas con el perfil deseado. Para que el área de recursos humanos tenga el conocimiento de qué ofrecer, será necesario, en caso de que no se cuente con la información mínima, acudir a despachos especializados en recursos humanos para solicitar aquéllos elementos de la compensación que tendrán que ser integrados en la oferta para los posibles candidatos.

El costo dependerá del nivel de ingresos que se ofrezca en el mercado, así como la composición de dichos ingresos en el momento de implantar el esquema. Con los datos que se obtengan, se podrán hacer las estimaciones de costo de la administración, buscando que sea rentable para la compañía de acuerdo a la planeación con la que cuente.

3.5.2 Mantenimiento de la base de reclamaciones mediante el establecimiento de un adecuado sistema

De acuerdo a lo presentado en el inciso 3.4.2 Control estadístico de las reclamaciones, se tendrá que brindar una atención especial a la información con la que el proveedor alimentará las bases de datos de la compañía en lo referente a la atención médica de los empleados.

Las necesidades del esquema establecerán los elementos de información que necesitarán ser capturados. En algunos casos, la administración del sistema de información del proveedor estará disponible automáticamente.

De aquí la importancia de que la Dirección tenga a su disposición los recursos para la implantación de sistemas de bases de datos flexibles que permitan la obtención de reportes oportunos que requiera el mínimo mantenimiento y que ofrezca fácil manejo y acceso al personal responsable de la vigilancia del comportamiento de la atención médica dentro de la empresa.

3.5.3 Comisiones por el manejo del fondo de reclamaciones

Este apartado considerará las comisiones que pueden ser consideradas por diversos intermediarios para la administración de fondos de la naturaleza de la que se requiere para el modelo de Administración Corporativa de Siniestros.

Tomando en cuenta lo descrito en el inciso 3.3.5 Intermediarios para la adecuada administración de los fondos, las comisiones que dichos intermediarios deberán ajustarse a estándares marcados por el mercado, por lo que igualmente se sugiere que esta información se incluya en las posibles encuestas a efectos de que formen parte de los elementos a considerar en la toma de decisión de la Dirección respecto al intermediario que manejará el Fondo de Contingencias. Al mismo tiempo, le permitirá hacer proyecciones del costo que dicho intermediario representará para la compañía.

IV. Ventajas inmediatas de la aplicación del proceso de Administración Corporativa de Siniestros al seguro de gastos médicos mayores

4.1 Ventajas Corporativas

4.1.1 Optimización de los costos médicos

Por optimización entenderemos el adecuado manejo del recurso financiero para la administración de la prestación médica buscando que dicho recurso mantenga sus niveles y justifique la eficacia y eficiencia del esquema propuesto en el presente trabajo.

Considerando que los elementos que se recomiendan son implementados, la reducción será tangible en el mediano plazo. Este es un punto que no debe perderse de vista, ya que si bien este esquema, requiere de un esfuerzo y compromiso importante por parte de la Dirección, existen elementos que se traducen en cambios de fondo dentro de la empresa y hacia el exterior, con los proveedores que actualmente brindan el servicio.

Considerando la mejora del servicio a través de la implementación del esquema, así como el manejo en paralelo de esquemas de prevención en beneficio de los empleados, la reducción en el mediano plazo será una realidad, brindando la mejor estimación de presupuestos anuales.

La Dirección deberá tomar en cuenta variables externas que pueden tener una repercusión importante en los resultados, tales como:

- Índice de Precios al Consumidor
- Inflación Médica
- Reducción de las Tasa del Fondo de Contingencias
- Modificación en la Estrategia y Plan de Negocios de la compañía
- Cualquier otra que pueda afectar las hipótesis iniciales

En la actualidad existen pocas empresas que utilizan el mecanismo conocido como "planes autoadministrados", similares al propuesto, que han brindado resultados favorables que justifican su permanencia, sobretodo por la posibilidad de mantener el control sobre las reclamaciones que son pagadas por el esquema médico, así como sobre los costos médicos derivados.

De lo anterior, se establece que la optimización del costo, vendrá en un plazo de tres a cinco años.

4.1.2 Disminución de los tiempos de respuesta a los siniestros

Al igual que en las compañías de seguros, la calidad y el alcance del servicio es la que marca la diferencia en la penetración del mercado de todos los ramos, dentro del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros, la atención que se brinde a la atención óptima de las reclamaciones por parte del personal especializado es y será la razón fundamental del esquema propuesto.

En este punto, será importante establecer compromisos en cuanto a los tiempos de respuesta estableciendo convenios de tiempos de preferencia con el proveedor médico seleccionado. Los convenios que se establezcan deberán ser por escrito y supervisados por el área de Coordinación y Dictaminación Médica para su cabal cumplimiento, revisando detenidamente las condiciones en ellos asentadas. Si esto se vigila, el servicio en cuanto a la atención de las reclamaciones se mejorará de manera sustancial, favoreciendo la imagen de la Dirección entre los empleados.

4.1.3 Control de siniestros

Este aspecto es característico del esquema de Administración Corporativa de Siniestros que se ha propuesto y que brindará a la compañía obtener el conocimiento sobre la prestación del servicio médico así como el establecimiento de posibles medidas en caso de que sean detectadas desviaciones significativas, de acuerdo a los criterios que la misma compañía considere pertinentes.

Asimismo, el control de los siniestros permitirá reducir los costos por atenciones médicas a través de la administración de las reclamaciones sugeridas en los incisos 3.4.3 y 3.4.4 del presente trabajo.

4.1.4 Detección más rápida de problemas

Derivado del control de siniestros, la detección de los problemas será más ágil y como consecuencia del establecimiento de los convenios con el proveedor médico, podrán ser resueltos con oportunidad.

Este punto es un valor agregado que brinda el modelo propuesto que será tangible, a diferencia de la optimización de costos, en un plazo más corto si es que los elementos propuestos son adecuadamente implementados y que permitirá a la empresa a hacer procesos más eficientes.

4.1.5 Incremento de la productividad

Entenderemos la productividad dentro del esquema de la Administración Corporativa de Siniestros en dos ámbitos. En primer lugar, como la capacidad de la

Dirección de alcanzar niveles de excelencia en los procesos que involucran la prestación médica, excelencia que se traduce en la eficacia y eficiencia de dichos procesos.

En el presente trabajo se han presentado algunas ideas de cómo establecer los procesos más adecuados para el funcionamiento del esquema dentro de la organización, así como los elementos que permitirán la evaluación y control de los mismos.

Desde el inicio del programa propuesto, será indispensable, el establecimiento de aquéllos indicadores que permitirán establecer los niveles de productividad óptimos dentro de la empresa. Algunos de ellos pueden ser:

- Tiempos de respuesta en el pago de reclamaciones
- Tiempos promedio de estancia por tipo de atención
- Tiempos de respuesta en el seguimiento de casos
- Nivel de calidad del proveedor médico
- Encuestas de opinión

Una vez que se cuente con experiencia en el manejo por parte de la compañía en la administración de la prestación estos indicadores permitirán llevar a cabo una adecuada evaluación de los avances y de las oportunidades de mejora de los procesos.

En segundo lugar, como la reducción del ausentismo dentro de la compañía por problemas de salud. Se sabe que los problemas de salud repercuten directamente en la productividad de las empresas, pues los procesos que dan como resultado productos terminados o servicios específicos pueden verse minados por la ausencia de alguno (s) empleado (s) que tienen a su cargo responsabilidades inherentes a los procesos mencionados.

Conforme el esquema de prestación médica proporcione los beneficios en la atención médica a los empleados, las probabilidades de que presenten algún cuadro de salud negativo disminuyen favoreciendo los resultados esperados por las empresas.

4.1.6 Incremento en las utilidades

Como resultado del ahorro derivado del adecuado control del recurso financiero destinado al manejo de la prestación, las utilidades esperadas, se verán beneficiadas en el mediano plazo.

De la misma forma que se alcanza la optimización de los costos inherentes al esquema en su conjunto, el incremento en las utilidades será un resultado alcanzable en el mediano plazo (de tres a cinco años), manteniendo un margen de ahí en adelante.

4.1.7 Salud Integral a través de mecanismos eficientes de prevención

La integración propuesta en este trabajo de la atención de las reclamaciones por concepto de la atención de gastos médicos y de esquemas que favorezcan la prevención al interior de la empresa, generan indiscutiblemente la posibilidad de contar con una planta más productiva, ya que al contrario de los esquemas indemnizatorios actualmente en el mercado, la Administración Corporativa de Siniestros presenta un panorama más amplio que beneficia tanto a la empresa como a los empleados.

Conclusiones

La mejora de la salud es una necesidad cada vez más apremiante en todas las sociedades modernas. La búsqueda de mejores esquemas de protección ha creado sistemas cada vez más eficaces y financieramente viables.

Nuestro país se ha visto envuelto en una serie de importantes transformaciones estructurales que se adaptan a las necesidades políticas, económicas y sociales que han surgido durante los últimos años. El peso de antiguas estructuras e instituciones ha resultado insostenible.

Los cambios políticos generan cambios de mentalidad en los que la misma sociedad demanda prontas soluciones.

El aspecto económico ha sido rebasado por la velocidad de los acontecimientos. Esto provoca incertidumbre que nos obliga a comprender que se requiere cambiar las antiguas estructuras previendo derrumbes financieros que podrían originar importantes problemas sociales.

Vivimos situaciones sociales complejas donde grandes sectores se han visto duramente afectados.

Las experiencias vividas por otros países en el renglón de la seguridad social, nos ha mostrado que la solidez de la estructura financiera de los países puede fincar estrategias de largo plazo en claros y definidos esquemas de Seguridad Social.

La Administración Corporativa de Siniestros establece un camino para que las empresas grandes alcancen sus objetivos en materia de atención médica a sus empleados y rentabilidad del esquema en el mediano plazo.

La administración directa de las reclamaciones por concepto de gastos médicos mayores, crea precedente y su eficacia demostrará que es posible, mediante la administración adecuada, que no sólo se trate de un camino, sino que la Administración Corporativa de Siniestros permita desarrollar la creatividad de esquemas cada vez más adecuados a las necesidades de las empresas en nuestro país.

A lo largo del trabajo se establecen recomendaciones concretas para llevar a cabo lo que parecería una labor, además de titánica, imposible de realizar, pero que establece expectativas interesantes a las empresas que decidan tomar este trabajo como la guía para ser cada vez más eficientes en la administración de su prestación médica y para los futuros profesionistas, una base para la creación de nuevos y mejores esquemas médicos en beneficio de la sociedad mexicana.

Bibliografía

1. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; [1993], *"El Seguro de Gastos Médicos Mayores"*, México, primera parte.
2. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; [1993], *"El Seguro de Gastos Médicos Mayores"*, México, segunda parte.
3. [1990], *"Ley Sobre el Contrato de Seguro"*, Editorial Porrúa, S.A., México
4. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; [1992], *"Anuario Estadístico de Seguros"*, México.
5. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; [1993], *"Anuario Estadístico de Seguros"*, México.
6. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; [1994], *"Anuario Estadístico de Seguros"*, México.
7. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; [1995], *"Anuario Estadístico de Seguros"*, México.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social; [1997], *"Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social"*, México
9. Secretaría de Salud; [1995], *"Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000"*, México
10. Aseguradora Mexicana, S.A.; [1996], *"Condiciones Generales PROMEDICA"*, México.
11. Solís Soberón, F.; [1993], *"Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo de Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia"*, México.
12. Fundación Mexicana para la Salud; [1997], *"Observatorio de la Salud"*, México.
13. Kongstvedt, Peter R.; [1996], *"The Managed Health Care Handbook"*; Estados Unidos.
14. Gerzso, Federico, et. al., [1996], *"Seguro de Gastos Médicos Mayores en México"*, México.
15. Van Home, James; [1997], *"Administración Financiera"*, México