

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

**CARRERA: MASTER EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE
SALUD**

**TEMA: SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS IDEADOS “A
MEDIDA” DE LAS NECESIDADES DEL CLIENTE**

AUTOR: MARIA CECILIA ESCARRA

BUENOS AIRES, DICIEMBRE 7 DE 2000.

INDICE GENERAL

I. LA SALUD EN LA ARGENTINA.

II. LOS SEGUROS GENERALES Y LOS SEGUROS DE SALUD.

**III. SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS IDEADOS “A MEDIDA” DE
LAS NECESIDADES DEL CLIENTE**

I. LA SALUD EN LA ARGENTINA.

INDICE

I. LA SALUD EN LA ARGENTINA.

1.1 INTRODUCCION 1

- Características del sistema de salud argentino 3
- Marco normativo (Legislación relativa a la salud) 4,5,6 y 7

1.2 LOS SERVICIOS PUBLICOS

- Los Hospitales Públicos 8 y 9

1.3 LA SEGURIDAD SOCIAL

- Características de la cobertura de las obras sociales 10 y 11
- Diferentes tipos de obras sociales 11
- Contralor de las obras sociales 11
- Distintos estratos de beneficiarios 11 y 12
- Programa de Reconversión de las Obras Sociales: principales características 12 y 13
- La realidad actual del sistema de obras sociales 13 y 14

1.4. ATENCION PRIVADA DE LA SALUD 15

LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA EN LA ARGENTINA

- Características generales 16 y 17
- Origen de los capitales invertidos: 18
- Condiciones para el ingreso de los afiliados a las empresas prepagas 18
- Oferta de planes de salud 18 y 19
- La competencia entre las empresas de medicina prepaga 19
- Proyecto de ley Regulación de la Medicina Prepaga 20

OTRAS FORMAS DE ATENCION MEDICA PRIVADA EN LA ARGENTINA.

- Operadores actuales *21*
- Posibles nuevos operadores *21*

1.5. DESREGULACION DEL SISTEMA DE SALUD

- Los puntos más importantes de la desregulación *22, 23 y 24*

1.6.EL PMO O PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

- Marco legal *25*
- Tipos de cobertura del PMO *25 y 26*

1.7. EL REASEGURO Y LOS SERVICIOS DE SALUD *27*

1.8. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA EN EL MERCADO ARGENTINO

- Aspectos generales *28 y 29*
- Comportamiento de los argentinos respecto a los sistemas de atención medica *29 y 30*

I. LA SALUD EN LA ARGENTINA.

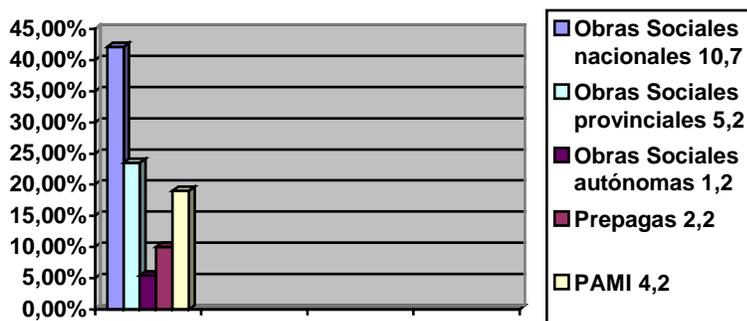
1.1. INTRODUCCION:

Los sistemas de salud son organizaciones sociales que tienen por finalidad atender la salud las personas y para eso cuentan con un modelo que financie sus actividades; los modelos de salud son: el *universalista, del seguro social, seguros privados y asistencialista, pero ningún país tiene un modelo de la salud único* ya que se mezclan varios de ellos, como la Argentina que tiene un sistema de salud mixto integrado por tres sectores principales:

- **SERVICIOS PUBLICOS**
- **SEGURIDAD SOCIAL**
- **ATENCION PRIVADA**

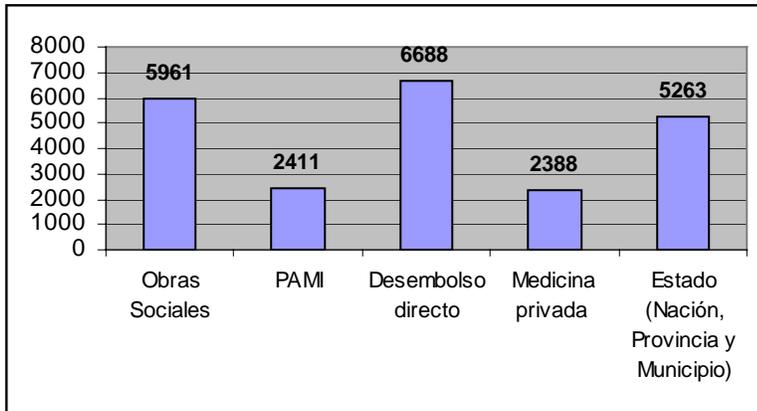
Cada sector tiene sus particularidades como la población a cargo, el origen de los recursos y el servicio que brindan, pero todos están influenciados por la situación socioeconómica del país y con su funcionamiento mueven aproximadamente unos 22.711 millones de pesos.

Reparto de los argentinos entre los sectores de la salud. (En millones de personas)



Fuente: diario Clarín del 1/7/99

Gasto anual en salud (En millones de pesos).



Fuente: de elaboración propia en base a datos de Fundación Insalud

- Características del sistema de salud argentino:

- Gerenciamiento débil y con alta rotación del personal de conducción.
- Falta de educación profesional continua y de sistemas de acreditación y certificación.
- Escasa integración entre los efectores.
- Crecimiento asimétrico de determinados servicios y/o establecimientos.
- Frecuentes interrupciones en los servicios, especialmente en los sectores públicos y de obras sociales.
- Superposición, duplicación y sobreprestación de servicios.
- Disparidad en los recursos físicos: hay establecimientos muy modernos, otros medianamente equipados y otros totalmente obsoletos.
- Falta de planificación en la incorporación de la tecnología.
- Acceso directo a la atención con especialistas y demanda creciente de estudios complementarios.
- Gasto en medicamentos poco racional y excesivo.
- Los recursos humanos tienen exceso de profesionales de la salud y escasez de personal auxiliar (enfermería y técnicos intermedios).

- Marco normativo (Legislación relativa a la salud en la Argentina):

Ley 18.610/70: crea el régimen universal y obligatorio de Obras Sociales y fija el sistema de transferencia obligatorio de aportes y contribuciones.

Ley N° 23.660/88: regula el sistema de obras sociales.

Ley N° 23.661/88: Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del fondo Solidario de Redistribución de aportes y contribuciones. El Sistema Nacional del Seguro de Salud tiene por finalidad garantizar las prestaciones de salud igualitarias e integrales para toda la población.

Decreto 9/93: determina la libre elección entre las obras sociales.

Decreto 576/93: Reglamenta la Ley N° 23.660 y 23.661 y deroga el decreto reglamentario 358/90; reconoce la propiedad de los aportes y contribuciones a los beneficiarios; determina la obligación de admisión de afiliados comprendidos en las leyes 23.660 y 23.661; determina que los beneficiarios de las obras sociales de dirección sólo pueden optar entre las obras sociales de esa categoría.

Decreto 578/93: referente al modelo de Hospital de Autogestión, crea el registro Nacional de Hospitales de autogestión y establece que los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud deben pagar las prestaciones a los hospitales públicos.

Decreto 292/95: Modifica el decreto 573/93 y da la unificación de aportes y cobertura. Se transforman los Institutos de Servicios Sociales en Obras Sociales sindicales.

Decreto 492/95: establece el Programa Medico Obligatorio para los beneficiarios de las obras sociales, la fusión de obras sociales y además modifica el Decreto 292/95.

Resolución MS Y A.S 247/96: aprueba la elaboración del Programa Medico Obligatorio y limita la aplicación de períodos de carencia, coseguros y copagos fuera de los permitidos expresamente.

Decreto 1141/96: pone en marcha el sistema de libre opción entre Obras Sociales y el armado del padrón por parte del ANSSES.

Decreto 1142/96: el Ministerio de Salud elabora el proyecto de desregulación de Medicina Prepaga.

Resolución 633/96: el Ministerio de Salud da las normas complementarias para el ejercicio de los cambios por parte de los beneficiarios.

Decreto 1615/96: Se crea la Superintendencia de Seguros de Salud (Fusión del ANSAL con INOS y DINOS).

Ley 24.754: establece la obligatoriedad de la cobertura del PMO para la Medicina Prepaga.

Resolución 656/96 del Ministerio de Salud: es una prórroga del período establecido en la Res. 633/96.

Decreto 461/97: determina que el cambio de obra social se efectivizará a partir del 1° día del 3° mes de presentada. Modifica al decreto 84/97.

Decreto P:E. 84/97: ratifica la opción de cambio, períodos de ejercicio y transferencia de aporte y contribuciones.

Resolución M S y A S 514/97: es el marco normativo para la libre competencia entre las obras sociales y la medicina prepaga.

Resolución M S y A S 523/97: establece el marco normativo para la actividad de la medicina prepaga..

Decreto P E 638/97: reconoce la libertad de opción de los beneficiarios de obras sociales del artículo 1° de la ley 23.660 y prohíbe la realización de exámenes físicos de admisión para los solicitantes.

Decreto 1301/97: determina que la libre elección de obras sociales se refiere exclusivamente a la sindicales y no de empresas.

Resolución SSS 25/98 trata sobre la difusión que efectúen las obras sociales habilitadas deberá contener información veraz y será subceptible de aprobación cuando exceda el PMO

Decreto PEN 504/98: sistematización y adecuación del derecho de opción de cambio por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Deroga el Dec. 1560/96 y 84/97 y la resolución MSAS 633/96

Resolución SSS 37/98: aprueba el formulario de opción de cambio de obra social

Resolución SSS 75/98 aprueba el procedimiento administrativo de reclamos

Resolución SSS 194/98 fija las pautas específicas para la difusión y promoción de los servicios de salud

Resolución SSS 195/98: da los requisitos y pautas de la res 76/98 referente a los planes de salud que ofrezcan las obras sociales

Decreto PEN 1193/98 Se aprueba la reglamentación de la ley 24.901

Decreto PEN 1271/99 Reglamentación de la ley 23.753

Resolución MSAS 497/99 es el marco normativo general para la acreditación de establecimientos de salud

Resolución MSAS 498/99: es el marco normativo general para la certificación y recertificación profesional

Resolución SSS 119/99 son disposiciones sobre la inscripción y reinscripción de los profesionales, instituciones y servicios médicos asistenciales.

Decreto PEN 280/00 Crease un consejo asesor permanente

Decreto PEN 446/00 establece que los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud podrán a partir del 1/1/01 ejercer el derecho de opción entre las siguientes entidades, las obras sociales de la ley 23.660, las que adhirieran al sistema de la ley 23.661 y su modificatoria y las entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud y se ajusten a la normativa que determinará la SSS

Resolución SSS 61/00 Crease el registro para la cobertura médica asistencial de los monotributistas y sus empleados

Resolución SSS 109/00 normativa que deberán cumplimentar los agentes del seguro a efectos de disponer de información amplia y adecuada sobre el desenvolvimiento económico y financiero de los mismos

Resolución SSS 246/00 créase el registro de entidades adheridas al Sistema Nacional del seguro de salud. Son las condiciones y requisitos que deben cumplir las entidades.

Resolución SSS 320/00 se define por consorcio a la unión de dos o más obras sociales comprendidas en la ley 23.660 con el objeto de establecer una organización económica común

1.2. LOS SERVICIOS PUBLICOS

Este sector es abierto para toda la población y da servicios inclusive en zonas no rentables. Es la Nación la que efectúa la regulación, coordinación y asistencia técnica/ financiera de este sector, mientras que las provincias y municipios también hacen lo propio con los servicios de salud para sus habitantes.

- Los Hospitales Públicos:

Son estos hospitales (Nacionales, provinciales y municipales) los que brindan atención médica al 40% de los argentinos, atendiendo en su mayoría a las personas que carecen de cobertura de seguros de salud, a gran parte de los accidentados y a las personas que tienen seguros privados de salud pero están en períodos de carencia o necesitan de prácticas de alta complejidad no cubiertas por el sistema de salud al que están afiliados.

- Integrantes del sector hospitalario:

Hospitales Públicos:	1.204 (9 nacionales, 238 municipales y 957 provinciales)
Camas disponibles	75.000
Establecimientos públicos ambulatorios	5.700

Estos establecimientos se caracterizan por tener un buen nivel en cuanto a formación profesional pero están sobrepasados en su capacidad de atención como consecuencia de la gran demanda de servicios, tienen graves problemas presupuestarios y son deficientes desde el punto de vista administrativo. Ante este panorama hospitalario y tratando de mejorar las deficiencias de este importante sector de la salud en el año 1989 se inició el proceso de descentralización institucional de los hospitales por medio de la siguiente legislación:

Ley 11.072/89:

Tiene por finalidad generar la transformación del hospital público a través de las siguientes medidas:

- Dar a cada hospital mayor autonomía en el manejo de los recursos presupuestarios, los recursos procedentes de los pagos de las obras sociales y de los seguros de salud privados.
- Convocar a una mayor participación de la comunidad local en los Consejos de administración hospitalarios.
- Designar médicos de cabecera.
- Lograr una mayor rapidez y facilidad administrativa para los pacientes.

Decreto PE 578/93

- Crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión.
- Establece que los agentes del sistema de salud Nacional deberán pagar a los HPA las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios.

En definitiva, lo que se pretende lograr con los “*Hospitales públicos de autogestión*” es que a través de su eficiencia y la modernización puedan sumarse al mercado de la salud como elementos competitivos válidos.

1.3.LA SEGURIDAD SOCIAL

Este sector tuvo sus comienzos en la década del 40' porque en el año 1944 se fundaron las primeras obras sociales sindicales de acuerdo a los convenios colectivos de trabajo (Dec. 30.655/44). Muchas de estas instituciones se especializaron en las enfermedades y riesgos más frecuentes de sus afiliados, por ejemplo la de los trabajadores rurales en el Mal del rastrojo y hantavirus; además cada obra social tiene su propia "cultura institucional" que caracteriza a sus afiliados y esto genera una gran heterogeneidad dentro del sector.

Todas las obras sociales tienen en común que son entidades de derecho público no estatal, sin fines de lucro, con regulación estatal y base de financiación solidaria porque la principal fuente de financiamiento, dentro de este modelo, la constituyen los aportes sobre la nomina salarial ya que las obras sociales nacionales tiene fijado un aporte del 8% de los cuales el 3% corresponde al empleado y el 5% al empleador y las obras sociales provinciales reciben un 11% : compuesto de un 5% a cargo del empleado y un 6% del empleador.

Otras fuentes de financiamiento de las obras sociales son los copagos o plus por gastos no cubiertos y los coseguros por diferencias en la cobertura de los planes.

Las obras sociales deben destinar a la atención médica un porcentaje no menor del 80% de sus ingresos y para los gastos administrativos promedio per capita un 2,43 %.

- Características de la cobertura de las obras sociales:

- Atienden todas las patologías sin exclusión de las enfermedades preexistentes.

- Atienden al trabajador y a todo su grupo familiar sin excepciones por la cantidad de miembros, discapacitados, etc.

- Brinda sus servicios aunque no hayan ingresado los aportes y contribuciones.

-Presta servicios durante los tres meses posteriores al despido aunque no recibe los aportes.

-Da servicios al grupo familiar del trabajador fallecido durante tres meses y a la mujer que ha tenido un hijo por el período de excedencia.

- Diferentes tipos de obras sociales:

Provinciales: son las que atienden a los empleados de los gobiernos provinciales y cada provincia tiene su propia legislación.

Sindicales: atienden a los empleados de los convenios colectivos de trabajo, son aproximadamente unas 200 obras sociales y entre las más importantes figuran: OSECAC, SOLIDARIDAD, OSPLAD, etc.

De Dirección: sus afiliados son las personas que no forman parte de los convenios colectivos de trabajo o están destinadas a un sector especial como los empleados de dirección y tenemos como ejemplo a OSDE, OSDEPYM y OSPOCE.

De Empresa: son las creadas especialmente por algunas empresas para dar atención a sus empleados como es el caso de SHELL o FIRESTONE.

INSSJP: se financia con los aportes de los jubilados, los trabajadores y los empleadores y al no haber sido incluido en el proyecto de presupuesto para el año 2001 tendrá que mantenerse con sus propios recursos.

Otras obras sociales: DOSUBA, IMOS, etc.

- Contralor de las obras sociales:

A nivel estatal lo realizan el Ministerio de Salud y Acción Social (MS y AS), la Secretaría de Salud, y la Superintendencia de Seguros de Salud (No actúa sobre las Obras S Provinciales).

- Distintos estratos de beneficiarios:

1. Los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar.

2. Trabajadores autónomos comprendidos en el Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones.
3. Jubilados y pensionados previo convenio entre la obra social y el INSSJP.
4. Adherentes que se afilian por un convenio de adhesión y mediante el pago de un módulo.

Rangos de beneficiarios:

- a-Titular o afiliado directo.
- b-Grupo familiar primario.
- c-Otros ascendientes y descendientes por consanguinidad.

Beneficiarios de las Obras Sociales y sus categorías:

	Asalariados	Adherentes	Afiliados voluntarios
Financiamiento	8% del salario	1,5 del salario	Aporte fijado libremente
Condición	Asalariado privado O público nacional	De primer grado	No condicionado
Período de cobertura	El de la relación laboral + 3 meses	El de la relación laboral	De acuerdo al contrato de afiliación voluntaria
Tipo de afiliación	Obligatoria	Voluntaria	Voluntaria

Fuente: Superintendencia de Seguros de la Nación

- Programa de Reconversión de las Obras Sociales: principales características.
Impulsado por el Gobierno Nacional y con la asistencia financiera del Banco Mundial, tiene los siguientes objetivos:
-Mejorar la calidad de servicios de salud

- Desarrollar sistemas de información gerencial
- Adecuar la estrategia prestacional.
- Fortalecer el sistema de auditoría.
- Cancelar las deudas prestacionales.
- Adecuar los aspectos operativos.

Requisitos de acceso al programa de reconversión:

- Contar con no menos 10.000 beneficiarios
- Cumplir determinadas condiciones legales, financieras, contables, administrativas y asistenciales.
- Presentar un plan de reconversión con el detalle pormenorizado de las acciones a seguir.

Avances en la reconversión de las obras sociales (PROS):

La reconversión hasta ahora dió como resultado que de las 330 obras sociales sindicales que había en 1996 quedarán 220 y que de los 24 millones de personas con cobertura de algún tipo de seguro de salud unos 1,4 millones hicieron cambios en la afiliación. En general las entidades más grandes son las que más perdieron y las chicas o las que tienen convenios con prepagas son las que más ganaron afiliados.

Los afiliados de ingresos medios y altos son los que más cambiaron porque por sus altos sueldos fueron los que más trataron de captar las entidades.

Los fondos destinados al financiamiento de la reconversión son 360 millones de los cuales 150 son aportados por el Banco Mundial y 210 millones por la administración estatal.

- La realidad actual del sistema de obras sociales:

La misma está lejos de ser óptima dado que este sector tiene un déficit en sus fuentes de financiamiento por la reducción de aportes y el endeudamiento que tienen con los

prestadores, llevando esto a incidir gravemente en la atención que brindan a los afiliados porque como consecuencia de esta situación se producen cortes de servicio, reducciones en las prestaciones y aumentos del gasto de bolsillo para los pacientes.

El diario Clarín del 7/6/00 publicó un informe de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS), del que puede sintetizarse el siguiente panorama sobre las obras sociales: “De las 271 entidades, solo 12 están en condiciones de ofrecer a sus afiliados la totalidad de los servicios, es decir el 4,4% del total está en óptimas condiciones económico – financieras; 8 están en “crisis”, 38 en proceso de “ajuste estructural” gracias a fondos del Banco Mundial, 77 son monitoreadas permanentemente y 136 están en estado de “precaución”.

1.4. ATENCION PRIVADA DE LA SALUD

Este sector está integrado por:

- Empresas de medicina prepaga.**
- Clínicas y sanatorios privados.**
- Empresas de seguros de salud.**

La atención médica privada se caracteriza por ser voluntaria dado que la decisión de adoptarla o no depende de la voluntad del asegurado, el empleador o un grupo de personas, sin intervenir en el proceso de toma de la decisión de asegurarse el gobierno u otro agente público.

En la Argentina existen diferentes empresas que se dedican al mercado privado de la salud como: los sanatorios y clínicas privadas, las empresas de medicina prepaga y las de seguros de salud, siendo las más numerosas las prepagas por su giro anual en millones de pesos y por la cantidad de clientes con que cuentan.

LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA EN LA ARGENTINA

Las empresas de medicina prepaga pudieron desarrollarse con total libertad, sin normas de ningún tipo ni regulaciones lo que les dió un gran crecimiento pero también generó injusticias y desequilibrios que afectaron a muchas empresas del mercado y especialmente a las de menor envergadura. Pero, por otro lado hay que reconocer que estas empresas ocuparon un vacío en el ámbito de la salud que los otros integrantes no estaban capacitados para ocupar.

Hasta el año 1997 en que se les obligó a estas empresas a cumplir con el Programa Médico Obligatorio, algunas prepagas ofertaban planes de salud con una buena cobertura en las prestaciones médicas ambulatorias o de 1º nivel, en las internaciones y prácticas quirúrgicas o 2º nivel, dejando sin cobertura las prácticas de alta complejidad (trasplantes, SIDA, cardiocirugía, neurología, etc) y esto se debía a que estas prácticas son de alto costo y era una buena opción desde el punto de vista empresario excluirlas de la cobertura mientras no lo exigieran los entes reguladores, además esto les facilitaba no tener la necesidad de usar técnicas compensatorias como los reaseguros o la tramitación de reclamos a terceros.

- Características generales

- Son entidades privadas que tienen una cartera de clientes de adhesión voluntaria o empleados de nivel gerencial que son asociados por sus empleadores.
- Son entidades con fines de lucro.
- Exigen el pago anticipado de la cuota.
- Sólo dan servicios si el asociado paga la cuota.
- Tienen gran experiencia en la venta de servicios de salud.
- Muchas empresas cuentan con centros de atención médica propios.
- Tienen altos gastos por gerenciamiento.

- Sus áreas de mayor influencia son los sectores de la población con ingresos medios y altos.
- Existen convenios para la atención entre los prepagos y las obras sociales de personal jerárquico o superior.
- La mayor afiliación a estas empresas se registra en la Capital Federal, Gran Buenos Aires y en las ciudades importantes del interior país como Córdoba y Rosario.
- Tienen un giro anual de \$ 2100.000.000
- De la población total de la Argentina, que para el año 1998 era de 36.000.000 de personas, estas entidades nucleaban a un 10 % de la misma.
- Están sujetas a regulaciones por parte del estado y a través de la Secretaria de Comercio Interior (Resolución 2181 del 11/9/80) ya que se determinaron las normas de funcionamiento para este sector con el fin asegurar la transparencia de la actividad medica asistencial.
- Muchas empresas dan cobertura incompleta y dificultan la accesibilidad a los servicios con la aplicación de topes y limitaciones en la cobertura.
- Excluyen enfermedades preexistentes al ingreso.
- Dan cobertura diferente de acuerdo al plan de salud pactado con el asociado.
- Fijan la cuota de acuerdo a los componentes del grupo familiar y a la edad.
- Los clientes de estas empresas son los afiliados voluntarios que pagan sus cuotas y los afiliados derivados por de las obras sociales de dirección y obras sociales sindicales.

Cantidad de empresas: aproximadamente unas 150 empresas, pero el 50 % de los clientes está afiliada a las líderes del mercado.

Distribución de las empresas: se reparten a lo largo del país de la siguiente manera: el 50 % de las empresas en Capital Federal, el 17% en el Gran Buenos Aires y el 31 % en el resto del país.

Las prepagas líderes son: MEDICUS (la de mayor facturación) AMSA (La que tiene más cantidad de afiliados), DOCTHOS, SWISS MEDICAL GROUP, etc.

- Origen de los capitales invertidos: son argentinos, norteamericanos, españoles, chilenos y colombianos.

- Condiciones para el ingreso de los afiliados a las empresas las prepagas

Las empresas exigen a los asociados determinadas condiciones de ingreso con finalidad de determinar y seleccionar “el riesgo” referente a las necesidades de servicios médicos de los solicitantes y las mismas son:

- El pago de un derecho de admisión que es explicado por la empresa como un gasto administrativo relacionado con la afiliación pero también funciona como una forma de retener al nuevo cliente con ese pago inicial.
- Una Declaración de situaciones de salud preexistentes: el solicitante debe completar un formulario con carácter de declaración jurada y en el que constan sus enfermedades, lesiones, incapacidades y operaciones.
- Se efectúan auditorías médicas a las personas de más de 65 años y también para verificación de las condiciones de salud declaradas.
- Algunas empresas también solicitan antecedentes en la cobertura médica anterior para tener mayor información o para computar la antigüedad en el sistema a efectos de regular la cobertura y las carencias de ingreso.

- Oferta de planes de salud:

La oferta de planes de salud por parte de las empresas prepagas ha ido variando junto con los cambios sociales, económicos, legales y culturales de este país, pero se puede decir que una constante se mantiene y es la referente a la oferta de un “menú” con planes médicos de diferentes características y valores. Con la caída de los ingresos de la población, las empresas hicieron “reingeniería” de sus planes y surgieron las alternativas: por un extremo los planes con alto nivel en hotelería y diferentes centros de atención y por el otro los planes más centralizados con cartillas reducidas y con menor calidad en los servicios.

Un golpe importante sobre los precios y costos de estas empresas de servicios fue la instrumentación del PMO porque desapareció la posibilidad de brindar planes reducidos, atención limitada y de establecer mecanismos reguladores de los costos médicos. Por eso en este momento en el mercado de la salud privada en la Argentina la mayor competencia entre las empresas está dada por los planes cerrados (sin reintegros y con cartilla prestacional), quedando en un segundo plano la pugna por los planes abiertos (dan al afiliado la posibilidad de elegir profesionales por fuera de la cartilla y de recibir reintegros). Un dato de actualidad: en el mes de agosto de 1999 la mayoría de las empresas de medicina prepaga acordaron aumentar sus cuotas entre el 3 y 7 %.

- La competencia entre las empresas de medicina prepaga.

Las diferencias más significativas entre estas empresas están dadas por las extensiones en la red de cobertura, la accesibilidad a la atención, la existencia de copagos, los beneficios que otorgan, las bonificaciones, el precio y el prestigio que tienen.

La competencia más importante se da por los planes más solicitados que son los planes cerrados de bajo presupuesto.

Un dato interesante es que muchas empresas con el fin de captar más afiliados ofertan bonificaciones en los planes para Pequeñas y Medianas empresas que van del 25% al 40%, crean planes especiales para determinados grupos, ofrecen compensaciones a quienes usan poco de los servicios o tienen conductas preventivas, premian a los que acercan a nuevos clientes, amplían la extensión geográfica de la cobertura hacia los países limítrofes, etc.

Ranking de los precios de la Medicina Prepaga:

1. **Precio alto:** Medicus, Qualitas, Omint
2. **Precio medio:** Docthos, Medicien, Ceprimed, CIM.
3. **Precio bajo:** AMSA, Nubial, Acción médica.

- Proyecto de ley Regulación de la Medicina Prepaga:

Resolución M S y A S 523/97: establece el marco normativo para la actividad de la medicina prepaga.

1. Considera como entidades de Medicina Prepaga a aquellas que ofrezcan servicios de salud con la modalidad de la contribución voluntaria, asumiendo el riesgo económico y asistencial como contrapartida al pago efectuado y mediante la suscripción de un contrato prestacional con el usuario.
2. Contempla a las sociedades anónimas, cooperativas y fundaciones que estén inscriptas en el registro de Entidades de Medicina Prepaga.
3. Designa a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) como organismo de control.
4. Las EMP deben abonar las prestaciones contratadas y brindadas por los Hospitales Públicos de Autogestión a sus beneficiarios.
5. Establece la aprobación previa de los planes prestacionales, el acceso de usuarios sin condicionamientos, la renovación anual automática por opción del afiliado.
6. Prohíbe la modificación unilateral de la cláusulas contractuales y la rescisión del contrato se autoriza sólo por incumplimiento del afiliado.
7. Las empresas están sujetas a cumplir con el PMO.
8. Deben acreditar un patrimonio neto que es para las empresas existentes de \$250.000 y de \$500.000 para las a crearse.
9. Obliga a la constitución de reservas técnicas no menores a la facturación promedio mensual de cada ejercicio.

OTRAS FORMAS DE ATENCION MEDICA PRIVADA EN LA ARGENTINA.

Las otras alternativas de atención médica privada no tienen el desarrollo de las empresas de medicina prepaga y muchas de ellas son de inicio reciente en sus actividades.

- Operadores actuales:

Clínicas y sanatorios que cuentan con planes de salud y brindan servicios en sus entidades y algunos de ellos también cuentan con una red anexa.

Como novedad tenemos que La Confederación de Clínicas y sanatorios (Confeclisa), armó su propia compañía de seguros con el nombre de *Argentina Salud y Vida con la* intención de desarrollar las pólizas para prácticas médicas y poder bajar sus costos. En este emprendimiento participan 300 sanatorios como inversionistas mayoritarios.

Aseguradoras extranjeras: con ofertas de seguros de salud privados y muy específicos para determinadas circunstancias, especialmente por parte de algunas de las aseguradoras de salud más grandes de E.E.U.U: AETNA INTERNACIONAL Y BLUE CROSS BLUE SHIELD.

- Posibles nuevos operadores:

-Operadores ingleses y españoles que buscan asociarse con operadores locales.

-ART que evalúan el ingreso al mercado de la salud.

-AFJP que tienen en sus planes ser prestadores de servicios de salud.

1.5. DESREGULACION DEL SISTEMA DE SALUD

El decreto del poder ejecutivo N° 446 estableció la desregulación de las obras sociales sindicales que regiría a partir del 1° de enero del 2001 (Según información posterior sería el cambio a partir de 6/01) y abarca a los 11.000.000 de trabajadores en relación de dependencia (Con excepción de los miembros de las fuerzas armadas y de seguridad, los monotributistas y los afiliados al PAMI) y se puede decir que se crea un sistema de competencia regulada en la que los trabajadores podrán optar por una u otra entidad de salud.

- Los puntos más importantes de la desregulación son:
 1. Los trabajadores podrán elegir su cobertura médica entre las obras sociales y empresas de medicinas prepaga incluidas en las leyes 23.660 y 23.661. (Decreto PE 9/93, Res. MS y AS 633/96)
 2. Reconocimiento a los trabajadores de la propiedad de los aporte y contribuciones (Decreto PE 576/93)
 3. El traspaso será individual, personal, durará el trámite unos 15 días y la nueva afiliación tendrá validez a los 90 días de efectuada la inscripción
 4. Cuando ambos cónyuges trabajan en relación de dependencia tendrán una única entidad médica (Decreto PE 292/95)
 5. No se aceptará el rechazo de ninguna solicitud de afiliación.
 6. En caso de enfermedades crónicas preexistentes y durante el período de nueve meses la obra social elegida deberá brindar el tratamiento respectivo y facturar su costo a la obra social de origen (Res. MS AS 633/96).
 7. La obra social elegida está obligada a brindar el PMO (Res. MS y AS 633/96 y 939/2000)
 8. Se eliminan los plazos de espera y las exclusiones en los planes de salud.

9. Los beneficiarios del Sistema de Obras sociales tendrán derecho a recibir las prestaciones del PMO y no se permitirá el cobro de extras sobre la cobertura médica, salvo que se opte por coberturas superiores a las abarcadas por el Programa Médico Obligatorio (PMO). (Decreto PE 492/95 – Res MS y AS 247/96 y 939/2000)
10. Se podrá cambiar de entidad una vez al año y la elección de la entidad rige desde el comienzo de la actividad laboral
11. Cuando se realice el cambio se transferirán automáticamente los aportes y contribuciones a la entidad elegida (Decreto PE 84/97)
12. En caso de despido se deberá continuar con la cobertura por tres meses.
13. El ente regulador será la Superintendencia de Servicios de Salud.
14. Las obras sociales y prepagas serán analizadas para evaluar si están en condiciones de competir.
15. Las entidades que tengan indicadores negativos van ser invitadas a que se asocien entre sí a través de consorcios pero manteniendo la individualidad jurídica.
16. Existirá un fondo solidario para el financiamiento de la alta complejidad por un sistema de seguros.
17. La cesión de cápitales y el reaseguro se convertirán en instrumentos muy importantes para evitar las pérdidas generadas por tratamientos de alto costo.
18. Los agentes de salud deberán pagar las prestaciones que brindaren a sus afiliados los Hospitales Públicos de Autogestión inscriptos en Registro Nacional de HPA. (Decreto PE 578/93)
19. Marco Normativo para la libre competencia entre las obras sociales del personal de dirección y las entidades de Medicina Prepaga (Res MS y AS 514/97)
20. Marco Normativo de la actividad de la prepaga (Res MS y AS 523/97)
21. Se permitirá a las entidades brindar cobertura extra pero a cambio de un pago adicional

Síntesis Del Derecho De Opción Del Sistema De Salud

Titular del derecho:	El trabajador
Modalidad de comunicación de opción	A determinar
Límite de cambios	Un vez al año
Empleador	No puede oponerse a la opción
Obra social de origen	No puede oponerse al cambio
Obra social elegida	No puede oponerse al cambio

1.6.EL PMO O PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO.

Este programa médico alcanza obligatoriamente a todos los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y establece la cobertura médica obligatoria mínima que deben brindar a sus afiliados, introduce la figura del médico de cabecera con el objetivo de implementar la historia clínica unificada para cada paciente y limita los períodos de carencia y coseguros.

- Marco legal:

Decreto P.E. 492/95 (22/9/95) establece que los beneficiarios del Sistema de Obras sociales tendrá derecho a recibir todas las prestaciones que se detallan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) .

Resolución M.S. y A.S. 247/96 aprueba el Programa Médico Obligatorio, limitando la aplicación de períodos de carencia, coseguros o copagos fuera de los permitidos.

ley 24.754 de 1997 dispuso que las empresas de medicina prepaga deben cubrir con sus planes las prestaciones detalladas por el PMO.

Decreto M.S.A.S 939/00 también llamado el Nuevo PMO: se basa en la atención primaria de la salud, privilegiando la prevención.

- Tipos de cobertura del PMO:

1. **Atención primaria:** comprende los programas generales de promoción y prevención y además los programas especiales según los grupos de riesgo.
2. **Atención secundaria:** da la cobertura de todas las prácticas de recuperación de la salud ya sea ambulatorio y/o internación.

El Programa Médico Obligatorio comprende:

1. Toda la atención médica primaria, incluida la materno infantil y las enfermedades oncológicas.

2. Las distintas especialidades médicas como: cardiología, cirugía, dermatología, traumatología, etc
3. La hemodiálisis, trasplantes y prácticas de alta complejidad.
4. Los diferentes medios de diagnóstico: laboratorio, radiología, etc.
5. Los medicamentos: la cobertura es en atención ambulatoria de 40 % y en internaciones del 100%.
6. El material descartable en internación, incluidos los de cirugía cardiovascular.
7. El tratamiento de sida y adicciones.
8. Odontología.
9. Salud mental: internación (30 días) y consultas (30 visitas).
10. La atención médica en los consultorios, a domicilio y las internaciones.
11. Un médico referente como puerta de entrada al sistema de atención programada (No más de 1000 personas por médico)
12. Programas de prevención

1.7. EL REASEGURO Y LOS SERVICIOS DE SALUD:

Los cambios impulsados por el PMO , la gran competencia en el mercado de la salud y la necesidad de dar cada vez mayor cantidad de prestaciones en la cobertura médica a los afiliados (entre las que se incluyen las prácticas de alta complejidad que son sumamente costosas y que pueden afectar las finanzas de las empresas de salud), generaron la demanda de los reaseguros como un apoyo a la situación financiera de las empresas y para poder continuar brindando el total de la cobertura médica.

Con los reaseguros se reemplaza un costo incierto (de un práctica costosa) por un costo conocido como es el reaseguro, además se utilizan las ganancias de un año para cubrir las pérdidas del otro.

Las prácticas médicas que se reaseguran más frecuentemente son: oncología, cirugía cardiovascular, transplantes de órganos, neurología, prótesis de alto costo, diálisis crónica, terapia neonatológica, gran trauma, cobertura internacional, segunda opinión médica, tratamientos de HIV y sida.

Tipo de póliza: es colectiva y la entidad de salud cede parte o el total de su riesgo a la reaseguradora mediante el pago de un cápita mensual.

Las condiciones generales del contrato: son comunes a cualquier seguro.

Las condiciones específicas: determinan la posibilidad de elegir la cantidad de personas cubiertas y los componentes de cada módulo.

Las condiciones particulares: dan la descripción de la cobertura contratada o el beneficio por persona, la duración del contrato, los módulos cubiertos y si existen o no carencias en la cobertura.

En definitiva la función de los reaseguros es balancear los resultados médicos de las empresas de salud y además las reaseguradoras por el gran volumen de cápitas que tienen pueden negociar mejores precios para los servicios médicos contratados que si lo hicieran las entidades de salud cuando lo hacen en forma individual.

1.8.CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA EN EL MERCADO ARGENTINO:

- Aspectos generales

Para definir y actualizar las características generales de la demanda de bienes y servicios del mercado argentino. El artículo “las 10 tendencias del consumidor del 2000”, escrito por Claudia Boragni y Sebastián Campanario. Este artículo escrito en base a las entrevistas realizadas con siete de los principales analistas y consultores en consumo del mercado argentino nos describe las tendencias más explosivas en ese campo y que son las siguientes:

1.El tiempo es oro: el costo de oportunidad del tiempo se está volviendo cada vez más alto y esto se traduce en modalidades que ahorran tiempo y facilitan las cosas al consumidor como por ejemplo: entregas a domicilio, pagos por teléfono, cajeros automáticos, etc.

2.Todo en uno: los locales comerciales cada vez engloban más rubros y esto también se relaciona con la falta de tiempo.

3.Más racionales que nunca: los consultores aseguran que la medicina privada y la educación se volvieron más caras sin aumentar los ingresos; en ese contexto no queda mucho lugar para la irracionalidad. También se afirma que la adaptación del consumidor a nuevas propuestas es más rápida cuando prima la variable *precios*.

Los consumidores van a destinar más de sus ingresos a compras racionales y no estarán más dispuestos a pagar más por un producto básico.

4.Si está cerca mejor: obedece a las dificultades con el transporte y a valorizar el tiempo personal.

5.Marcas en problemas: las marcas se encuentran en un escenario difícil porque no pueden bajar mucho el precio para conservar el nombre y les queda la alternativa de insistir con la imagen.

6.El interior con dinámica propia: cada provincia maneja su propia dinámica con algunas pautas comunes y otras diferentes a las de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo el tema de “comprar tiempo” no es tan evidente en el interior del país.

7.No más opciones odiosas: el consumidor detesta cada vez más tener que optar entre dos cualidades positivas excluyentes y ahora exige cada vez más las dos cualidades en un solo producto.

8.Quiquillosos y exigentes: la conciencia de poder propio de los consumidores es una tendencia que se está cristalizando en la Argentina recién este año y se ejerce con mucha fuerza.

9.Créditos más focalizados: los créditos se vinculan a requerimientos muy puntuales de consumo. La tarjeta de crédito es la forma más común para los préstamos otorgados por los comercios.

10.Juegan todos: las empresas apuntan sus cañones de marketing y productos a todas las clases sociales, incluyendo a la clase media baja, obreros y no especializados (C3, D1 y D2) la tendencia de venderles a los ABC1 está casi saturada.

- Comportamiento de los argentinos respecto a los sistemas de atención médica:

Se ha observado que hay personas que tienen doble o triple cobertura de salud, que la población ha aumentado sus exigencias respecto a los servicios de salud y que cuando no son satisfechas sus expectativas hacen escuchar sus reclamos. La asociación de consumidores (ADELCO) informó en el diario Clarín de mayo de 2000 sobre las causas de los reclamos de las personas respecto a los atención médica y entre las quejas más frecuentes figuran: la falta de cumplimiento del PMO, el aumento de la cuota, el rechazo a la afiliación, el cambio de plan y la falta de cumplimiento del contrato.

También como consecuencia de la apertura a los cambios de obra social surgieron datos sobre los motivos por los cuales las personas permanecen o cambian su sistema de atención médica y son muy interesantes para conocer dado que se observa una tendencia de las personas a valorar la calidad profesional, la cobertura medica amplia y esto

favorece la emigración de los afiliados. Por otro lado las disconformidades mayores son por la atención recibida en los aspectos médicos y con la accesibilidad a los servicios: esperas para la atención, tramites requeridos, cobros extras, etc.

Principales motivos por los que permanecen en el sistema de atención:

Por orden de prioridades.

1. Calidad profesional.
2. Gran cobertura.
3. Buen servicio
4. Atención médica.
5. Buenos sanatorios.

Principales motivos por los que cambian de sistema de atención:

Por orden de prioridades.

1. Mal servicio.
2. Disconformidad con los profesionales.
3. Burocrática.
4. Cobro de bonos.
5. Espera en turnos.
6. Pocas especialidades.
7. Centralizada.

Además se ha observado en la población a medida que aumentan los ingresos (no descartándose el crecimiento en los niveles bajos de ingresos) una tendencia creciente a volcarse hacia la cobertura medica privada

En el ámbito de las prepagas se ha observado que los clientes eligen preferentemente las empresas por la cartilla que ofrecen, los beneficios, los valores de las cuotas y las recomendaciones de otros clientes y tienen menos en cuenta el prestigio de la empresa.

III. SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS IDEADOS “A MEDIDA” DE LAS NECESIDADES DEL CLIENTE

3.1.OBJETIVO *1 y 2*

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DONDE SE DESARROLLARA EL PROYECTO *3 y 4*

3.3.EVALUACIÓN DEL AMBIENTE INTERNO *5*

3.4.ESTRATEGIA EMPRESARIAL *6*

3.5.ANÁLISIS DEL AMBIENTE EXTERNO *7*

3.6.PLAN DE MARKETING *8, 9, 10, 11 y 12*

3.7.ASPECTOS OPERATIVOS *13 y 14*

3.8.DESCRIPCIÓN DE LOS SEGUROS MEDICOS “A MEDIDA DEL CLIENTE” *15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24*

3.9.LA SOLICITUD PARA LOS SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS *25, 26, 27 y 28*

3.10CICLO DEL RECLAMO DE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO *29 y 30*

3.11.PROGRAMA DE CONTROL DE RIESGOS EN LA SALUD *31*

3.12.BONIFICACIONES PARA LOS ASEGURADOS 32

III. SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS “A LA MEDIDA” DE LAS NECESIDADES DEL CLIENTE

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD Y CONTENIDO:

3.1.OBJETIVO:

El objetivo de este proyecto es desarrollar determinados seguros médicos voluntarios que sirvan como opciones complementarias o mejoras a otra cobertura médica básica de las personas. La idea de estos seguros surgió del análisis del mercado de la salud en la Argentina y teniendo en cuenta dos características bien marcadas en el mismo que se relacionan con el servicio que se brinda a los clientes y son:

- Gran parte de la oferta del mercado de la salud en la Argentina está dada por planes cerrados y de bajo presupuesto.
- Las personas tienen cobertura médica, pero deben abonar “plus” por determinados tratamientos, por mejoras en los servicios de hotelería, por traslados hacia centros médicos de alta complejidad, etc.

Por otra parte, desde el punto de vista de la actividad empresarial del mercado de los seguros este proyecto puede ser importante porque:

- a)Económicamente alienta inversiones e incentiva la actividad económica de las empresas aseguradoras.
- b)Porque al dar un servicio diferencial puede mejorar la competitividad dentro del mercado asegurador argentino.
- c)Da a la compañía aseguradora la posibilidad de entrar en el mercado de la salud en la Argentina.

Por eso mi intención es generar una propuesta en seguros de salud que pueda mejorar los “baches” del sistema complementando la cobertura básica del cliente. Además estos seguros cumplen con:

- a. Son más simples de implementar que los de cobertura total e ideales para iniciar este rubro dentro de una compañía que no tiene experiencia en servicios de salud.
- b. Se prestan para incluirlos como un beneficio más para los asegurados a cambio de un pago adicional a los otros seguros contratados con la aseguradora.
- c. La compañía de seguros puede brindar los seguros médicos complementarios como una mejora de sus servicios y a su vez generar una nueva fuente de ingresos y además de una oportunidad adecuada para crear otra unidad de negocios dentro de la compañía.

32. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DONDE SE DESARROLLARA EL PROYECTO:

Estos seguros médicos han sido pensados con la idea de integrarlos como nuevos productos en una aseguradora de prestigio y trayectoria del mercado argentino y que podría ser por ejemplo una Compañía de Seguros con más de 20 años en la actividad aseguradora, cuyo espíritu de superación le permite mantenerse entre los primeros lugares del ranking de aseguradoras del país por su volumen de primas, disponibilidades y patrimonio neto. Cuenta con una cartera de más de 250.000 asegurados, se extiende en todo el territorio nacional y en países limítrofes (convenios con aseguradoras extranjeras) a través de una amplia red de centros operativos conformada por sucursales y agencias, que tiene protegida su voluminosa cartera de seguros con contratos de exceso de pérdida con reaseguradoras de 1º nivel por su solvencia y garantía, etc.

Línea de productos o seguros de la aseguradora :

- Patrimoniales: automóviles, incendio, robo y riesgo similar, cristales, seguro técnico, transporte, casco, aeronavegación, integrales, riesgos varios, responsabilidad civil, granizo.
- Personales: accidentes personales, accidentes de pasajeros transportados, seguro colectivo de vida, vida individual, salud, turismo protegido.
- Crédito: caución.

Servicios extrapólizas:

- Servicio médico sin cargo para los riesgos de accidentes personales, de terceros, pasajeros transportados, turismo protegido, accidentología.
- Asesoramiento médico.
- Asesoramiento jurídico.

- Asistencia On-Line las 24 horas del día los 365 días del año.
- Gestoría de trámites.
- Representantes en el exterior.
- Seguros de accidentes personales por muerte en siniestro cubierto.
- Atención de siniestros en países limítrofes.
- Centro de atención telefónica para información las 24 horas los 365 días del año.

Por todo lo expuesto se puede concluir que se eligió para incorporar los seguros médicos complementarios a esta compañía de seguros por su completa estructura, solvencia y prestigio. Estos importantes factores diferenciales, con respecto a otras compañías aseguradoras, dan el ámbito ideal para desarrollar con grandes posibilidades de éxito, a los seguros médicos complementarios de este proyecto.

3.3.EVALUACIÓN DEL AMBIENTE INTERNO

Fortalezas y claves del éxito:

- El respaldo y la solvencia de la compañía de seguros.
- La experiencia en el manejo del mercado asegurador.
- La voluminosa cartera de clientes.
- La posibilidad de utilizar la infraestructura existente y no tener gastos mayores en el inicio de las actividades con los seguros médicos.
- La gran penetración en todo el país a través de la amplia red de Centros operativos.

Debilidades:

- Falta de experiencia de la compañía de seguros en el gerenciamiento de los servicios de salud.
- La necesidad de desarrollar un plan de marketing muy específico para estos seguros médicos porque no son conocidos por el público en general.
- La falta de una base de datos inicial referente a los seguros médicos y al tomar indicadores “puros” sobre seguros médicos de otros países existiría un margen de error por la falta de adecuación de los mismos a la Argentina y esto puede ser perjudicial sobre todo en las primeras etapas.

3.4. ESTRATEGIA EMPRESARIAL:

Los pasos a seguir con los seguros médicos complementarios son los siguientes:

1º Etapa: introducir los seguros médicos en forma limitada a los clientes de la aseguradora para poder evaluar el desempeño de los mismos y compararlos con los datos históricos de referencia.

Efectuar control y evaluación constante de la evolución de estos seguros en la compañía para formar una base de datos propia.

Aplicar los ajustes necesarios a los desvíos detectados y buscar siempre mejorar e innovar con los seguros médicos.

2º etapa: en caso de que se den las condiciones favorables, se desarrollará el proyecto para inserción masiva de los seguros médicos complementarios en el mercado argentino.

Definición del segmento del mercado objetivo a que apunta este proyecto:

El mercado objetivo inicial para estos seguros médicos son los clientes de la Mutual de Seguros generales y más especialmente a aquellos clientes que reúnan estas dos características:

- Interés en conseguir mejoras generales o específicas en sus sistemas de atención médica
- Solvencia económica para afrontar los gastos en servicios de salud privados.

3.5.ANÁLISIS DEL AMBIENTE EXTERNO:

Oportunidades para la compañía aseguradora con los seguros médicos:

- Obtener ventajas competitivas dentro del mercado asegurador.
- Lograr insertarse dentro del mercado de la salud argentino.
- Con la desregulación de las obras sociales la posibilidad de poder contar con 10 millones de clientes potenciales.
- La cobertura limitada del seguro obligatorio da lugar a que las personas busquen mejorar su cobertura médica.

Amenazas:

- Impedimentos legales para la inserción de los seguros médicos dentro de la compañía de seguros.
- La fortaleza empresarial de las principales empresas de medicina prepaga.
- Aumento de la competencia en el sector de los seguros generales por la inserción de estos seguros en otras compañías aseguradoras.
- Disminución de la demanda de seguros en general.
- Disminución de la demanda de servicios médicos privados.
- Fortalecimiento de los sectores de obras sociales y sub-sector público.

3.6.PLAN DE MARKETING

Este plan comprende a todas las actividades pensadas para identificar y satisfacer los deseos y necesidades del consumidor referentes a los seguros médicos complementarios.

Los objetivos del marketing para este proyecto son:

- a) *Investigar* en forma específica cuáles son para los clientes de la compañía las necesidades no satisfechas en seguros médicos.
- b) *Enfocar* en la satisfacción de las necesidades de los clientes.
- c) *Promover* la cultura de la calidad total desde el inicio de las actividades con los seguros médicos y monitorear en forma permanente todos los aspectos relevantes con el fin de realizar los ajustes que fueran necesarios para *asegurar la calidad, mejorar la productividad* y perfeccionar el sistema progresivamente.
- d) *Diseñar* los seguros médicos de modo que logren interesar y satisfacer a los clientes .
- e) Apoyar en el análisis de los costos de los seguros e investigar los precios del mercado para que al fijar precios para estos seguros sean competitivos en el mercado y accesibles para los interesados.

Aspectos del marketing empresarial a tener en cuenta en los seguro médicos:

- a) *Investigación de mercado*: identificar las necesidades de los clientes y mediante una encuesta que permita evaluar el interés y necesidad de seguros médicos complementarios.
- b) *Política de ventas de seguros*: elaboración de los aspectos globales y particulares de estos seguros con la finalidad de brindar servicios de calidad y que logren satisfacer las necesidades de los clientes.

c) *Publicidad y promoción*: generar una imagen positiva de estos seguros y hacerlos conocer mediante las acciones de promoción y publicidad dentro de los canales de información con que cuenta la aseguradora.

Producto

Se consideran como productos a todos los seguros médicos complementarios.

Características de los seguros médicos de este proyecto:

- Son seguros *de indemnización* de daños por cubrir riesgos eventuales, como los accidentes.
- Son seguros *de personas* porque cubren los riesgos que pueden sufrir las personas en relación con su salud y que le representan un perjuicio económico. Además el sujeto asegurado puede ser el tomador del seguro o un tercero o beneficiario.
- Son *voluntarios* por partir de la libre elección de tomarlos.
- Se los ubica dentro de los *seguros privados* por abarcar los intereses de los particulares y por ser provistos por una compañía comercial

En la calidad de los seguros como productos es muy importante a tener en cuenta:

- *El personal de contacto con el cliente*: la motivación, el adiestramiento, la forma de comunicación, capacidad técnica, el trato humano, aspecto y presentación personal.
- *Procedimientos de atención*: criterios empresariales, pautas administrativas aplicadas.
- *Información institucional*: la comunicación a los clientes debe ser completa, con datos de fácil obtención y comprensión en lo referente a los seguros como: circuitos administrativos, alternativas, costo de los servicios, etc.

- *Existencia de un “Sistema de calidad estratégica total “: con compromiso institucional, implementado y con objetivos claros, existencia de círculos de calidad y acciones correctoras para mejora continua, documentación y registro del sistema de calidad.*
- *Factores determinantes de la calidad de los seguros: _ fiabilidad (precisión y cumplimiento con los servicios en el tiempo establecido), eficiencia (aplicación adecuada y oportuna de los procedimientos), accesibilidad, disponibilidad (de acuerdo a las necesidades de los clientes), credibilidad, seguridad financiera, tangibilidad (evidencias físicas del servicio brindado), etc.*

Precio.

Se puede definir al precio como la cantidad de dinero que se pide a cambio de estos seguros médicos.

Aspectos a tener en cuenta para determinar el precio de los seguros:

- Debe ser lo más accesible y atractivo para el cliente y esto se puede lograr potenciando los aspectos atractivos del producto y eliminando los que generen rechazos.
- La interpretación para el cliente de la relación calidad / precio.
- El análisis completo de todos los aspectos relacionados con el riesgo y el seguro.
- Los valores del mercado.
- Los costos fijos, variables, directos, indirectos, etc.
- El margen de beneficio.
- El tope anual total y por rubro.
- Los gastos de financiación de los servicios.
- Las inversiones a efectuar.
- La cantidad de asegurados.

Forma de pago:

- Mensual o junto con el plan de pagos de los otros seguros contratados por el cliente con la compañía.
- En caso de que el asegurado solamente opte por los seguros médicos y no otros seguros de la compañía se realizarán los pagos por débito automático de tarjeta de crédito o cuenta bancaria del banco con el cual trabaja la compañía.

Distribución

Con referencia a los canales o medios para que los seguros médicos lleguen a los clientes de la aseguradora hay que considerar:

- a) Ubicación de los agentes de seguro que en el caso de la sociedad mutual es de gran importancia la red de agentes en todo el país.
- b) Sencillez en los tramites o pasos para acceder a estos seguros.

Promoción

La promoción permite hacer conocer los seguros al informar sobre la importancia de los mismos para la salud y el bienestar de las personas e incentivar la demanda. Un adecuado plan de promoción para los seguros médicos seria: asegurar a quien lo solicita y tiene conciencia de la necesidad, que los precios sean accesibles y que pueda ser incorporado a los gastos por seguros que paga el cliente a la compañía aseguradora sin que le signifiquen grandes variaciones en el monto total anual que paga por seguros y salud.

Determinación del mensaje:

Hay que considerar que dentro de la empresa de seguros hay distintos tipos de mensajes:

Mensaje global: que es que la empresa dirige a todos los públicos de la empresa y no ve afectado con este proyecto.

Mensaje general de segmento: es aquel que dirige la empresa a un segmento del público objetivo y podría ser adecuado a la incorporación del rubro de seguros médicos.

Mensaje específico: es el que dirige la empresa sobre un tema a un público y es el tipo de mensaje a desarrollar específicamente sobre los seguros médicos. El mismo podría ser por ejemplo: “*Para protegerlo integralmente y mejorar su calidad de vida, también brindamos seguros médicos*”. O “*Podemos asegurarle la atención médica a la medida de sus necesidades*”.

Medios de comunicación:

El cliente potencial puede recibir la información referente a los seguros médicos en su domicilio junto con toda la correspondencia que le envía la compañía de seguros.

Además se informará sobre los seguros médicos en la publicidad habitual que realiza la aseguradora en radio, TV, prensa, etc.

Las áreas objetivo para los seguros médicos se dividen en dos aspectos:

a) Geográfico en:

- Capital Federal y Area metropolitana.
- Interior del país.

b) Demográfico:

- Edad/sexo: abarca la totalidad de la población pero adecuando los seguros en dos grandes divisiones (Mayores y menores de 60 años)

3.7.ASPECTOS OPERATIVOS:

a) *Ámbito o equipamiento:* estaría dado por la compañía de seguros dado que la misma consta de la infraestructura y el equipamiento necesario; solamente se requiere determinar dentro de la compañía la localización del área destinada a los seguros médicos y el equipamiento específico a utilizar.

b) *Personal:* no se requiere de gran cantidad de personal para el inicio de la actividad, pero si que esté capacitado en las particularidades de los seguros médicos.

Las funciones del personal que se necesitan son:

- *Gerencial:* el perfil adecuado está dado por una persona capacitada en seguros y en gerenciamiento médico.
- *Administrativo:* con experiencia en los seguros y la salud.
- *Promoción:* con conocimiento del mercado de los seguros médicos.
- *Auditoría médica y odontológica:* profesionales con formación y experiencia en el área.

Procesos intervinientes en los seguros médicos complementarios:

a) *Procesos generales de dirección:* planificación de los pasos a seguir para la implementación, coordinación de las actividades con el resto de la compañía y control de la evolución.

b) *Procesos propios del seguro:* comprende a todas las actividades relacionadas directamente con estos seguros médicos complementarios como son los circuitos de toma de los seguros, reclamo del seguro, contrato con prestadores de la salud, relaciones con la entidad que da la cobertura básica al cliente, consultas e informes, etc.

c) *Procesos de apoyo:* son todas las actividades que apoyan al desarrollo de estos seguros en forma indirecta: la estructura de la compañía con sus centros operativos, las distintas gerencias, etc.

Creación de los servicios:

1)Conceptualización:

- La definición conceptual empresaria es: “*Seguros médicos complementarios a medida de las necesidades del cliente*”.
- El público objetivo: son los clientes de la compañía de seguros, en especial los del sector medio, medio alto y alto.

2)Estructuración de los servicios: los servicios elementales involucrados en los seguros médicos complementarios son:

- Venta de seguros complementarios de acuerdo a las necesidades y posibilidades de los clientes.
- Recepción del pago de las primas.
- Atención de consultas sobre los seguros.
- Actividades administrativas para la toma y reclamo de los seguros.
- Auditoría médica y odontológica.
- Implementación de “Programas preventivos de los riesgos”.
- Creación de un sistema de bonificaciones para los clientes.

Ejemplo: para que un cliente pueda tomar un seguro médico complementario deberá contactarse con la empresa y/o con su agente de seguros quienes le brindarán información verbal o escrita. En el caso que el cliente quiera tomar el seguro se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos por la compañía para luego en caso de aceptar ambas partes las condiciones, llegar a la firma del contrato del seguro.

3.8.DESCRIPCIÓN DE LOS SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS“A MEDIDA DEL CLIENTE” :

- ***Seguro dental:*** como complemento de otra cobertura odontológica y especialmente para las prácticas de ortodoncia y prótesis dental.
- ***Seguro dorado:*** para personas mayores de 60 años que ya tienen una cobertura médica.
- ***Seguro Interior:*** como complemento de otra cobertura de salud y es exclusivo para personas que viven en el interior del país porque se les posibilitan los medios para obtener atención médica u odontológica en la Capital Federal
- ***Seguro exterior:*** como complemento de otra cobertura de salud dan la posibilidad concreta de obtener atención médica en centros asistenciales del exterior.
- ***Seguro total plus:*** es un complemento general sobre la cobertura médica básica del asociado porque mejora la calidad y el bienestar de la atención.

Seguro dental

Como complemento de otra cobertura odontológica general otorga mejoras especialmente en las prácticas de ortodoncia y prótesis dental.

Descripción de las principales características:

- Servicio de urgencias las 24 horas del día en centro odontológico contratado.
- Libre elección del profesional tratante.
- Centro odontológico opcional: la ventaja de no pagar adicionales sobre la cobertura del seguro por tener precios pactados previamente con la compañía.
- Tope anual por grupo familiar.
- Servicio telefónico y on-line para consultas y asesoramiento sobre atención odontológica.
- La empresa se reserva el derecho de efectuar auditoría odontológica en todos los casos.
- El término tope anual: se inicia el año a partir de la fecha de ingreso del asegurado.

Tipos de servicios	Descripción	Cobertura
<i>Preventivos</i>	1.Exámen bucal. 2.Limpieza. 3.Fluoración. 4.Educación sobre salud bucal.	50% del pago y con tope anual. Carencia 90 días.
<i>Básicos.</i>	1.Consultas de diagnóstico. 2.Exodoncias simples. 3.Radiología oral. 4.Urgencias.	50% del pago y con tope anual. Carencia 180 días.

<i>Completos</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Operatoria dental. 2.Endodoncia. 3.Periodoncia. 4.Prótesis (Mayores de 35 años) 5.Ortodoncia (Menores de 18 años) 6.Cirugía bucal. 7.Implantes y rellenos óseos. 	<p>50% del pago y con tope anual.</p> <p>En base a listado de precios por código y ortodoncia el 50%, 30% y 20%.</p> <p>Carencia 300 días.</p>
------------------	--	--

Seguro dorado.

Pensado para personas mayores de 60 años que ya tienen una cobertura médica.

Descripción de las principales características:

- Diseñado para la problemática de la edad porque elimina al máximo los tramites y desplazamientos.
- No se paga por servicios innecesarios como obstetricia y pediatría.
- Más servicios necesarios como: urgencias médicas, análisis clínicos y radiología a domicilio; ortopedia, óptica y servicio de mensajería móvil para los trámites del seguro y entrega de medicamentos.
- Servicio telefónico y on-line para orientación y consulta sobre atención médica.
- Por una mínima cantidad adicional se cuenta con asistencia odontológica completa y con atención a domicilio para personas impedidas.
- Cobertura de los gastos por diferencias por habitación individual y acompañante del lugar de hospitalización asignado por la cobertura médica principal y de acuerdo a tope anual. Carencia 300 días.
- Tope anual total
- La empresa se reserva el derecho de efectuar auditoría médica en todos los casos.
- El término tope anual: se inicia el año a partir de la fecha de ingreso del asegurado.

Tipos de servicios	Descripción	Cobertura
<i>Urgencias médicas</i>	Las 24 horas los 365 días del año	100% sin tope anual y sin período de carencia.
<i>Radiología a domicilio</i>	Para impedidos de deambular y comprende la toma y entrega de la radiografía a domicilio. No comprende estudios de alta complejidad	100% sin tope anual y 90 días de período de carencia.
<i>Análisis Clínicos a domicilio.</i>	Toma de la muestra y entrega de resultados a domicilio. Comprende los análisis de rutina	100% sin tope anual y 90 días de período de carencia.

<i>Ortopedia</i>	Artículos nacionales y alquileres Artículos importados	20% descuento 10% Carencia 300 días.
<i>Optica</i>	Lentes de contacto y prótesis oculares Armazones y anteojos para sol Cristales recetados	40% descuento 20% 30% Carencia 90 días
<i>Audiología</i>	Con reintegro	50% y hasta el tope anual Carencia 300 días
<i>Asistencia al viajero</i>	Exclusivamente para la Argentina	Sin período de carencia

Seguro Interior.

Es un seguro exclusivo para personas que viven en el interior del país, tienen otra cobertura médica y quieren tener la posibilidad de la atención médica u odontológica en la Capital Federal.

Descripción de las principales características:

- Servicio telefónico y on-line de orientación y consulta sobre atención médica.
- Tope anual total.
- Por una mínima cantidad adicional se cuenta con asistencia odontológica en la Capital Federal y localidades del interior con convenio con la compañía aseguradora
- Edad límite 60 años cumplidos.
- La empresa se reserva el derecho de efectuar auditoría médica en todos los casos.
- El término tope anual: se inicia el año a partir de la fecha de ingreso del asegurado.
- Exclusivo para residentes argentinos.

Tipos de servicios	Descripción	Cobertura
<i>Gastos de traslado para hospitalizarse</i>	En avión: 100% de clase turista y 50% clases superiores; tren: primera clase; auto: valor estimado por Km, colectivos: servicio diferencial, auto particular: costo de combustible de acuerdo a Km. Incluye a un acompañante si también está asegurado	Carencia 300 días. Hasta el tope anual.
<i>Cobertura de los gastos por diferencias por habitación individual</i>	En el lugar de hospitalización asignado por la cobertura médica principal. Incluye a un acompañante si también está asegurado	Carencia 300 días. Hasta el tope anual
<i>Hotel para el enfermo y acompañante</i>	Hotelería contratada por la compañía Incluye a un acompañante si también está asegurado	Carencia 300 días. Hasta el tope anual
<i>Asistencia al viajero</i>	Exclusivamente para la Argentina	Sin período de carencia

<i>Ortopedia</i>	Artículos nacionales y alquileres Artículos importados	20% descuento 10% Carencia 300 días.
<i>Optica</i>	Lentes de contacto y prótesis oculares Armazones y anteojos para sol Cristales recetados	40% descuento 20% 30% Carencia 90 días
<i>Audiología</i>	Con reintegro	50% y hasta el tope anual Carencia 300 días

Seguro exterior:

Da la posibilidad concreta de obtener atención médica en centros asistenciales del exterior.

Descripción de las principales características:

- Servicio telefónico y on-line de orientación y consulta sobre atención médica.
- Tope anual total.
- Por una mínima cantidad adicional se cuenta con asistencia odontológica en la Capital Federal y localidades del interior con convenio con la compañía aseguradora
- Edad límite 60 años cumplidos.
- La empresa se reserva el derecho de efectuar auditoría médica en todos los casos.
- El término tope anual: se inicia el año a partir de la fecha de ingreso del asegurado.
- Exclusivo para residentes argentinos.

Tipos de servicios	Descripción	Cobertura
<i>Cobertura de internación en el exterior</i>	Para gastos de hotelería médica	Carencia 300 días. Hasta el tope anual A partir de los U\$2000 que abona el asegurado
<i>Gastos de traslado para hospitalizarse</i>	En avión: 100% de clase turista y 50% clases superiores; tren: primera clase; auto: valor estimado por Km, colectivos: servicio diferencial, auto particular: costo de combustible de acuerdo a Km. Incluye a un acompañante si también está asegurado	Carencia 300 días. Hasta el tope anual.
<i>Asistencia al viajero</i>	Nacional e internacional	Sin período de carencia

Seguro total plus:

Este seguro es un complemento específico sobre determinados aspectos de la cobertura básica del asociado con el fin de mejorar la calidad atención médica y el bienestar durante la atención.

Descripción de las principales características:

- Servicio telefónico y on-line de orientación y consulta sobre atención médica.
- Tope anual total.
- Por una mínima cantidad adicional se cuenta con asistencia odontológica en la Capital Federal y localidades del interior con convenio con la compañía aseguradora
- Edad límite 60 años cumplidos.
- La empresa se reserva el derecho de efectuar auditoría médica en todos los casos.
- El término tope anual: se inicia el año a partir de la fecha de ingreso del asegurado.
- Exclusivo para residentes argentinos.

Tipos de servicios	Descripción	Cobertura
<i>Honorarios del médico a elección</i>	En el país y en base a valores de referencia de acuerdo a la patología.	Carencia 180 días. Hasta el tope anual
<i>Cobertura de los gastos por diferencias por habitación individual</i>	En el lugar de hospitalización asignado por la cobertura médica principal. Incluye a un acompañante si también está asegurado	Carencia 300 días. Hasta el tope anual
<i>Seguro odontológico complementario.</i>	Ver este seguro	Idem
<i>Cobertura de internación en el exterior</i>	Para gastos de hotelería médica	Carencia 300 días. Hasta el tope anual A partir de los U\$2000 que abona

<i>Hotel para el enfermo y acompañante</i>	Hotelería contratada por la compañía Incluye a un acompañante si también está asegurado	Carencia 300 días. Hasta el tope anual
<i>Asistencia al viajero</i>	Nacional e internacional	Sin período de carencia

3.9. LA SOLICITUD PARA LOS SEGUROS MEDICOS COMPLEMENTARIOS

SOLICITUD DE SEGURO MEDICO COMPLEMENTARIO N°

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO

Nombre y apellido:

Dirección:

Teléfono particular:

Dirección E - Mail:

Estado Civil:

Es cliente de la compañía ____

Código postal:

Teléfono del trabajo:

Tipo y N° de documento:

Nuevo cliente_____

Solicito el seguro complementario:

- *Seguro dental:*
- *Seguro dorado:*
- *Seguro Interior:*
- **Seguro exterior:**
- *Seguro total plus:*

DATOS LABORALES

Profesión y/o trabajo actual:

Cargo:

Cantidad de horas laborales semanales:

¿Viaja con frecuencia al exterior? SI NO Destino:

DATOS SOBRE COBERTURA MEDICA BASICA ACTUAL

Institución principal:

Plan:

Otras coberturas y tipos de planes:

ORIGEN DE LA SOLICITUD

CENTRAL DE LA COMPAÑÍA

AGENCIA DE SEGUROS

LOCALIDAD:

OTROS:

AUTORIZACION PARA LA FORMA DE PAGO DEL SEGURO

Por la presente autorizo a la compañía aseguradora.... a que se me debite el importe de la cuota correspondiente al seguro medico complementario y según la siguiente modalidad:

JUNTO CON LAS PAGOS DE LOS OTROS SEGUROS__ EN FORMA INDEPENDIENTE__

MONTO TOTAL__ ANUAL__ MENSUAL__

Autorizo que se me debite el importe de \$ en concepto de Derecho de admisión.

Tarjeta de crédito:

Nombre: N° Vencimiento

Nombre del solicitante: Tipo y N° de doc:

Titular de la tarjeta:

Firma del titular de la tarjeta_____ Lugar y fecha:_____

AUTORIZO PARA OBTENER INFORMACION

Por el presente autorizo a cualquier profesional de salud que tenga información sobre mi estado de salud e historia clínica a entregarla a la compañía.

También autorizo a la compañía a requerir cualquier otra información referente a esta solicitud.

Afirmo que he completado el formulario de solicitud de este seguro en forma completa y verdadera a mi mejor entender y creencia y que cualquier respuesta incorrecta puede hacer que esta cobertura sea nula.

Afirmo haber recibido toda la información respecto al seguro médico elegido.

Convengo en que esta autorización será válida mientras dure la vigencia del plan acordado.

Reconozco que el seguro médico elegido entrará en vigencia a partir de la aceptación de esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

LUGAR Y FECHA_____

ACLARACION DE FIRMA

SOLICITUD DE SEGURO MEDICO COMPLEMENTARIO.

Sr. O Sra. Solicitante:

Le informamos que este formulario de declaración tiene por finalidad conocer su estado de salud antes de adoptar nuestro seguro médico complementario y además poder darle a Ud. un mejor servicio en todos los aspectos al contar con sus datos en nuestra compañía.

La respuesta afirmativa a las preguntas no significa el rechazo de su solicitud del seguro.

En caso de completar este formulario por un tercero por favor responda las preguntas por la misma y efectúe las aclaraciones que considera necesarias.

Puede adjuntar toda información adicional sobre su salud o del beneficiario del seguro.

Le recordamos que con gusto podemos darle todo el asesoramiento que Ud. necesite para el llenado de la presente.

Tiene, se le trataron o tratan alguna de las siguientes condiciones médicas detallas a continuación:

- 1.Enfermedades del corazón:
- 2.Enfermedad de la sangre:
- 3.Enfermedad de los huesos o articulaciones:
- 4.Accidente vascular o similar
- 5.Enfermedad hepática o gastrointestinal:
- 6.Enfermedad del sistema nervioso:
- 7.Enfermedad renal:
- 8:Diabetes:
- 9.Lesiones o problemas en la piel:
- 10.Trasplantes efectuados o a efectuar:
- 11.Enfermedades o trastornos genitales:
- 12.Cirugías efectuadas o indicadas para efectuar:
- 13.Defectos de nacimiento:

14.HIV- SIDA:

15.Impedimentos físicos o mentales

16.Fuma :

17.Toma alcohol más de 3 veces por día

18:Consume drogas

19.Toma medicamentos:

20. ¿Cuándo fue su última consulta médica?

Motivo:

21. ¿Siente cansancio o algún malestar físico?

Describalo:

22. ¿Ha adelgazado o engordado últimamente?

INFORMACION COMPLEMENTARIA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES:

Indicar número de pregunta al escribir la información.

ANTECEDENTES FAMILIARES DEL SOLICITANTE

Padre	Edad si vive	Causa de fallecimiento	Enfermedades
Madre			
Hermanos			
Tíos			
Hijos			

ACLARACION:

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION DE FIRMA LUGAR Y FECHA_____

3.10.CICLO DEL RECLAMO DE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO:

Modalidad del reintegro:

Paso 1: se escanea la solicitud presentada por el paciente y la identificación de la póliza.

El paciente y la identificación como asegurado es verificada del listado maestro de la compañía de seguro. Las solicitudes que tengan datos no coincidentes con los de la póliza, son automáticamente rechazados. Muchas veces pueden deberse a errores tipográficos en el llenado de la solicitud que hacen rechazarla y demorar la tramitación. Es importante el cuidado en el llenado de la misma.

Paso 2: Los códigos presentados son cotejados con los códigos pactados en el contrato de seguro, como así también las fechas de prestación de los servicios y los topes anual y por rubro. Los servicios que no están comprendidos en la cobertura de la póliza o no tienen la debida autorización serán catalogados como procedimiento no cubierto y el pago será rechazado.

Paso 3: se cotejan los códigos presentados con el diagnóstico. Todo servicio considerado “medicamente innecesario” de acuerdo al diagnóstico, será rechazado el pago.

Paso 4: se controla toda la información presentada con los datos del beneficiario del seguro, para determinar si la patología es recurrente o si es debida a recientes alteraciones de la salud.

Paso 5: Determinación del monto a pagar al asegurado o al efector por cada procedimiento o servicio de acuerdo a la póliza de seguro. La suma final va variar de acuerdo al contrato.

Paso 6: reporte de los beneficios al paciente, consiste en:

Lista de procedimientos detallados en el formulario de reclamo.

Lista de procedimientos no considerados por la póliza.

Lista de los valores aceptados como beneficios.

Total del pago a efectuar a los beneficiarios

Paso 6: reembolso al beneficiario de la póliza previa firma de la aceptación de los valores y de la copia del reporte de beneficios o pago de la cobertura médica correspondiente al efector de la misma.

3.11.PROGRAMA DE CONTROL DE RIESGOS EN LA SALUD:

La implementación de un programa de control de riesgos es la mejor forma de cuidar la salud de los clientes y a su vez reducir los pagos o desembolsos de la compañía por la cobertura de los siniestros. Los pilares del control del riesgo son la educación preventiva y la comunicación fluida entre los pacientes y los médicos.

Actividades del programa:

- Identificación y análisis de los posibles riesgos.
- Información por correspondencia para los clientes sobre educación para la salud.
- Charlas informativas sobre control de riesgos.
- Servicio permanente para consultas de los clientes sobre temas médicos.
- Estimular y bonificar las conductas preventivas de los clientes con su cuidado personal.

3.12.BONIFICACIONES PARA LOS ASEGURADOS

Por conducta individual preventiva: las bonificaciones son una forma de estimular a los asegurados a cuidar su salud y también a controlar los riesgos eventuales, de modo que es también una buena forma de cuidar los intereses de la compañía al alentar este tipo de conductas que serán premiadas con:

1. Descuentos en las cuotas cuando no se utilizan los servicios contratados y se certifique el estado de salud.
2. Descuentos en las cuotas de las personas que participan del programa de control de riesgos y tienen una historia clínica sin complicaciones.

“Tener buena salud: por un buen cuidado personal, seguir conductas preventivas y con una baja utilización de los seguros, para el asegurado significa , ***vivir mejor y también pagar menos por su salud.*”**

Por favorecer la venta de seguros:

3. Bonificaciones para los asegurados que acercan nuevos clientes.
4. Bonificaciones para pequeñas y medianas empresa.
5. Bonificaciones para grandes empresas.

“Por cada nuevo cliente que usted recomienda a la aseguradora nosotros lo premiamos con una bonificación anual del 10% que se le acreditará para la póliza del próximo año”

II. LOS SEGUROS GENERALES Y LOS SEGUROS DE SALUD.

II. LOS SEGUROS GENERALES Y LOS SEGUROS DE SALUD.

2.1. INTRODUCCION 2

2.2.BREVE HISTORIA DE LOS SEGUROS:

- De los seguros en general 3
- Historia de los seguros de salud,3, 4 y 5
- La historia de los seguro de salud en la Argentina 6

2.3 TIPOS DE SEGUROS 7

2.4.ALGUNOS PRINCIPIOS DEL SEGURO 8

- Elementos específicos de los seguros a tener en cuenta,9, 10 y 11

2.5.TIPOS DE PÓLIZAS DE SEGUROS

- Clasificación 12
- Planos a tener en cuenta en el desarrollo de los seguros 13

2.6.EL CONTRATO DE SEGURO

- Aspectos a considerar 14
- Aspectos jurídicos del contrato 14
- Interpretación del contrato de seguro 15
- Protección de los asegurados 16
- Forma jurídica 16
- Las partes en el contrato de seguro 17

2.7. LOS SEGUROS DE SALUD

- Seguros de salud y seguridad social *18*
- Tipos de afiliación *19*
- Diferencias entre los seguros de salud públicos y privados *19 y 20*
- Roles de los seguros de salud en los algunos países *20*
- Diferencias económicas entre los seguros de salud únicos y múltiples *20*

2.8.EL MERCADO DE LOS SEGUROS EN LA ARGENTINA:

- Seguros generales *21*
- Estructura por jurisdicciones de la producción de los seguros en Argentina *22*
- Regulación de los seguros *23, 24 y 25*
- Seguros de salud *25 y 26*

2.9.GLOSARIO DE TÉRMINOS DE SEGUROS: [INDICE],*27, 28, 29, 30, 31 y 32*

II. LOS SEGUROS GENERALES Y LOS SEGUROS DE SALUD.

2.1. INTRODUCCION:

El seguro es básicamente un sistema para reducir el riesgo individual y especialmente aplicable para aquellas circunstancias que son consideradas de gran riesgo por sus implicancias económicas.

Si buscamos la palabra *seguro* en un diccionario se lo definirá como “ una protección contra riesgo, pérdida o ruina, acordada por medio de un contrato en el cual un asegurador, en el caso de que sucedan determinadas contingencias como enfermedad, muerte, accidente, etc, garantiza abonar una suma de dinero a un asegurado en compensación por lo que este último paga como prima”. En otras palabras, se podría decir que para la humanidad los seguros son una forma de poder controlar económicamente aquellas circunstancias de la vida cuyo acontecer es impredecible y es por eso que existen tantos tipos de seguros como riesgos eventuales.

En esta parte del trabajo se hará referencia a los seguros generales y especialmente a los seguros de salud que son de mayor interés para el desarrollo del proyecto.

2.2.BREVE HISTORIA DE LOS SEGUROS:

- De los seguros en general:

Los primeros datos históricos sobre los seguros se encuentran en el Talamud de Babilonia (libro de leyes y tradiciones judías), en cuyo relato dice que los camelleros del desierto de Sinaí ante la pérdida de un animal, el dueño recibía un resarcimiento que consistía exclusivamente en especies, y esto era para no estimular la indolencia de sus propietarios.

El antecedente más inmediato del seguro actual, es el llamado “Préstamo a riesgo marítimo”: eran préstamos e intereses sobre el barco y/o carga y los riesgos eran tomados por un prestamista que cobraba si la carga llegaba a destino. Este sistema se extendió también al transporte terrestre, pero luego fue vedado por el Papa Gregorio IX en 1234, aduciendo que era una forma de usura.

Posteriormente fue en las bancas comerciales del norte de Italia donde se originó el término que dio origen a la actividad aseguradora *ASSECURAMENTUM* ya que surgió de un decreto genovés del año 1309.

Respecto al nombre del documento o contrato el mismo viene del italiano *POLIZZA* y pasa al inglés como *POLICY*, al francés y alemán *POLICE* y al español *POLIZA*.

En la Argentina la primera compañía de seguros data de 1796 y se llamaba “LA CONFIANZA”, siendo Manuel Belgrano el entonces secretario del Consulado quien tuvo la inspiración de fundarla.

- Historia de los seguros de salud:

La búsqueda de asegurar la protección de la salud creció juntamente con el desarrollo laboral, los primeros datos históricos se registran en la Europa medieval cuando grupos de artesanos formaron sociedades con el fin de lograr medios para ayudar a sus miembros en las épocas de enfermedad o desastre. Con el correr de los años llegó la industrialización (que significó la gran expansión del mercado laboral) y como consecuencia de este

movimiento aparecieron una mayor variedad de formas de protección contra los riesgos de enfermar de los trabajadores. Fue a fines del siglo XVIII y a comienzos de los XIX, cuando los grupos de trabajadores del mismo lugar o de la misma industria, fundaron las primeras sociedades de beneficios mutuos para protección de la salud, siendo la base de estas sociedades: la solidaridad, el compromiso de los miembros con la administración y la distribución de los beneficios de acuerdo a las necesidades de los participantes. En un comienzo se daban los beneficios directamente, pero luego se incorporaron médicos para que certificaran las enfermedades. Posteriormente, con el fin de mejorar los beneficios para sus miembros, algunas organizaciones comenzaron a efectuar contratos con proveedores y luego a desarrollar sus propios servicios médicos. Es importante aclarar que en esos tiempos la medicina no era de alto costo dado que aún para los cuidados médicos no había llegado el desarrollo de la alta tecnología.

Un hecho significativo en la historia de los seguros médicos ocurrió en 1883 en Alemania cuando el gobierno determinó que los trabajadores de una industria en particular y que ganaban menos de una determinada suma serían “*compulsivamente*” afiliados a una caja o fondo de enfermedad que sería financiada por una contribución obligatoria de los empleados. Este fue el comienzo de los seguros de salud como un mecanismo compulsivo de seguridad social, y durante la primera mitad del siglo XX esta política se fue propagando paulativamente por toda Europa y la Organización Internacional de Trabajo (OIT) fundada en 1919, se transformó en el mayor forum para el debate de las políticas de estos seguros de salud.

A la par de la evolución de los seguros de salud, la práctica de la medicina también se fue transformando significativamente al incorporar complejidad, tecnología, mayor cientifismo, aumentaron la cantidad de profesionales de la salud y los hospitales se agrandaron y multiplicaron. Como consecuencia de este cambio, la práctica médica pasó a ser más efectiva pero también más cara y los ciudadanos también cambiaron sus

expectativas sobre su salud y los cuidados médicos, pasando a ser considerada la salud un derecho civil básico.

Respecto al desarrollo de los seguros médicos privados en los diferentes países es importante hacer una referencia especial a los Estados Unidos de Norte América por el gran desarrollo que tienen los mismos. El primer plan de seguros médicos comenzó a funcionar en el año 1929 en Dallas cuando el Baylor University Hospital les ofertó a los maestros del distrito escolar de Dalas un plan de salud que garantizaba más de 21 días de hospitalización por año y por el que pagaban una prima de U\$ 6 anuales. Este plan tuvo gran aceptación y funcionó tan bien que se difundió por todo el país (al comienzo la hospitalización era referida a un hospital, pero luego se fue ampliando la red de hospitales). El sistema prepago de hospitalización tomó gran envergadura y se constituyó “una agencia para la acreditación de los asegurados” y en el año 1948 cuando se requirió de una coordinación a nivel nacional nació *la Blue Cross Association*. Diez años antes en 1938 nació Blue Shield como resultado de la presión que hizo la American Medical Association’s house of delegates, para que los médicos cooperaran con los planes de salud.

Originalmente los planes de Blue cross cubrían solo hospitalización y los planes de Blue Shield no daban servicios médicos, pero con el correr del tiempo ambos programas aumentaron su cobertura hasta llegar a cubrir la totalidad de los servicios médicos. Desde un comienzo, en muchas regiones de los Estados Unidos se dió una estrecha cooperación entre las dos compañías llegando ambas a funcionar en un mismo edificio, hasta que en el año 1977 estrecharon sus vínculos más fuertemente al elegir un único presidente para coordinar las dos compañías. Tal es la importancia de estas empresas norteamericanas de seguros médicos que se dice que: “en la actualidad una de cada dos personas en USA tiene servicios de un plan “Blue”.

- La historia de los seguros de salud en la Argentina

Comienza durante los años 40 con la decisión del Estado Nacional de participar activamente en el cuidado de la salud de la población al impartir políticas que tenían la prioridad de asegurar la atención médica para todos los argentinos, y por eso de 1946 a 1954 se desarrolló todo el sistema de atención estatal para la salud.

En 1970 con *la ley 18.610* se extendió el sistema de atención a toda la clase trabajadora y es a partir de esa época en que los aportes de empleados y empleadores se unificaron, se tornaron obligatorios y este cambio fue fundamental porque permitió afianzar el financiamiento del sistema de cuidados de la salud en la Argentina.

Con referencia a la evolución histórica de los seguros médicos privados en la Argentina, la misma está íntimamente ligada al desarrollo de la medicina prepaga comercial cuyos inicios datan de los años 50, pero recién a partir del año 1966 se fortaleció como modalidad alternativa de acceso a la atención médica y se creó la Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga (CIMAP). A posteriori y durante los años 70 CIMAP se convirtió en Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) y se incorporaron a las instituciones de medicina prepaga los sanatorios, clínicas e institutos de diagnóstico y atención médica. Finalmente en 1981 se creó la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) y en la actualidad estas dos instituciones funcionan conjuntamente como la Asociación Latinoamericana de Medicina Integral (ALAMI) teniendo la premisa de defender la libertad de elección de las personas en la atención médica y también apoyar el libre funcionamiento de los mercados.

2.3 TIPOS DE SEGUROS GENERALES:

Los seguros se dividen en dos grandes grupos que son:

a) Seguros de personas: que a su vez se dividen en:

- Accidentes personales
- Seguros de vida: individual, colectivo, previsional.
- **Salud**
- Sepelio: individual, colectivo.
- Seguros de retiro: individual, colectivo, rentas vitalicias y periódicas.

b) Seguros patrimoniales:

- Incendio
- Vehículos automotores
- Transporte público de pasajeros
- Riesgos del trabajo
- Responsabilidad civil
- Robo y riesgos similares
- Caución
- Crédito
- Accidentes a pasajeros
- Seguro técnico
- Transporte mercaderías
- Accidentes de trabajo
- Otros riesgos

2.4.ALGUNOS PRINCIPIOS DEL SEGURO:

El negocio de los seguros tiene determinadas características que deben tenerse en cuenta para poder actuar con eficiencia. Se comentan:

a)La competencia lleva a los aseguradores a desarrollar productos de bajo costo	<ul style="list-style-type: none">• Asegurando solamente a personas de bajo riesgo y seleccionando los clientes de bajo costo.• Ofreciendo menor cobertura.• Desalentando el uso de los servicios cubiertos.• Reduciendo los costos administrativos.• Estableciendo el precio en forma precisa.
b)Los incentivos de los aseguradores.	<ul style="list-style-type: none">• Los aseguradores separan a los usuarios en diferentes grupos.• Aplican un precio de cobertura a cada grupo de riesgo (el estado de salud).• Los clientes saludables van a tender a buscar cobertura que no los fuerce a subsidiar a gente con mayores necesidades o problemas de salud.

Fuente: Ginéz Gonzalez Garcia. "Más salud por menos dinero". 1997

- Elementos específicos de los seguros a tener en cuenta:

Riesgo: el concepto expresa la posibilidad o peligro de que ocurran determinados acontecimientos cuya producción es incierta o eventual (denominación de eventos). El riesgo supone la posibilidad de un hecho dañoso, aunque en determinados casos puede no ocurrir como por ejemplo un asegurado en perfecto estado de salud. Al evento una vez ocurrido se lo denomina **siniestro**.

Alea: es el factor eventual y fortuito que integra la noción del contrato de tipo aleatorio. La incertidumbre puede recaer sobre la eventual existencia del hecho como por ejemplo la enfermedad del asegurado o sobre el momento en que va a ocurrir un hecho que es cierto como la muerte.

Riesgos asegurables: para ser asegurables los hechos deben tener determinadas características como: ser *futuros* (salvo caso especial de riesgos preexistentes); *ajenos a la voluntad del asegurado*; *lícitos* porque no es aplicable a hechos delictuosos; *determinados* por no poder asegurarse en forma genérica se especifican los comprendidos en el contrato; *frecuentes*: ser determinables; previsibles estadísticamente o por el cálculo de las posibilidades; *difundidos*: para un gran número de sujetos; *homogéneos*: susceptibles de ser integrados unos riesgos con otros.

Limitación del riesgo: las cláusulas contractuales suelen delimitar los riesgos asumidos por el asegurador de los que quedan excluidos de la garantía.

La delimitación puede ser:

a) *Subjetiva*: cuando la conducta del asegurado libera al asegurador.

b) *Objetiva*: cuando se excluyen causales productoras del siniestro o su vigencia en un tiempo o territorio determinado.

Subsistencia o inexistencia del riesgo: el contrato de seguro es nulo si al tiempo de su celebración, el siniestro se hubiera producido, o hubiere desaparecido la posibilidad de que se produjera porque en ninguna de las situaciones existiría el riesgo.

Interés asegurable: consiste en el interés que el asegurado tiene en la conservación de su salud y/o de los bienes o personas expuestas al riesgo. Este es un requisito indispensable para la validez del seguro porque el interés constituye el objeto del contrato de seguro.

Masa o mutualidad de asegurados: es un elemento técnico, que consiste en la necesaria agrupación de sujetos expuestos a riesgos semejantes y permite calcular la probabilidad de los eventos previstos.

Remisión: en los seguros de daños hay que tratar los siguientes temas:

- a) Riesgos excluidos.
- b) Pluralidad de los seguros.
- c) Desaparición del interés.
- d) Cambio de titular.

Concepto unificador: el concepto se aplica a la *unidad* entre los seguros de similar contenido, por eso se forma una masa o unidad de asegurados con el fin de neutralizar los riesgos. No se permite que se practique esta actividad en forma individual y los seguros deben ser contratados con una empresa aseguradora que logre dicha unidad

Precio de los seguros: es la prestación de dinero a cargo del tomador del seguro como pago por la transferencia del riesgo. Suele denominarse prima, aunque corresponde hacer las siguientes distinciones:

- a) *Prima técnica o pura:* o también llamada prima del riesgo. Es el equivalente estadístico del riesgo transferido al asegurador.
- b) *Prima comercial o bruta:* o de tarifa es la prima técnica o pura, más el importe por gastos administrativos, utilidades y cierto margen de seguridad.
- c) *Tarifa:* es la base para calcular el precio de cada contrato en particular.
- d) *Premio:* es la suma definitiva que paga el tomador del seguro y se determina con la prima comercial aplicada al contrato, más los sellados, impuestos, tasas, derechos de emisión, etc.

e)**Cotización:** es la contribución variable que el asociado de la mutual debe aportar al fondo común para formar las reservas de las coberturas, pudiendo ser reajustada de acuerdo a los resultados de cada ejercicio.

2.5.TIPOS DE PÓLIZAS DE SEGUROS:

- Clasificación :

a)*Pólizas grupales*: son las pactadas por organizaciones o asociaciones para beneficio de sus miembros o asociados. Son más comunes las constituidas por grupos de empleados y organizaciones y/o asociaciones de profesionales.

En los planes para empleados la compañía firma un contrato de cobertura para todos los trabajadores regulares, sus familias y personas dependientes de los mismos. El pago de la prima puede ser compartido entre la empresa y el empleado o pagado totalmente por la compañía.

En el caso de planes para asociaciones, el individuo debe ser miembro de la misma y las primas son fijadas por convenio grupal o los arreglos son efectuados individualmente por las personas que quieren la cobertura directamente con la compañía de seguros. En los planes grupales, la asociación determina los beneficios comprendidos en el contrato.

b)*Pólizas individuales*: estos contratos cubren a una persona o a un grupo familiar. Las personas que eligen este tipo de seguros para el cuidado de su salud generalmente deben responder un detallado cuestionario sobre su historia médica, y la mayoría de las compañías no cubren condiciones médicas preexistentes que requieran de tratamiento en el momento de la solicitud del seguro.

- Procesos intervinientes en la actividad aseguradora:

a)*Procesos generales de dirección*: planificación, coordinación y control.

b)*Procesos propios del seguro*: comprende a totalidad de los seguros y las características particulares para cada rubro.

c)*Procesos de apoyo*: mantenimiento, provisión de insumos, etc.

- Planos a tener en cuenta en el desarrollo de los seguros:

a) *Plano psicológico*: dado por la necesidad racional de prevenir un posible riesgo.

b) *Plano jurídico*: por medio de un contrato se transfieren los riesgos de un sujeto a otro.

c) *Plano técnico*: es la evaluación de la frecuencia e intensidad de las contingencias que se pretenden asegurar.

d) *Plano económico*: son los recursos y reservas para responder ante los siniestros.

e) *Plano social*: la incidencia de los seguros en la sociedad.

2.6.EL CONTRATO DE SEGURO:

Este contrato se encuentra reglamentado por la Ley 17.418 que rige desde el 1/6/68 y en su art., 1º dice “*hay contrato de seguro, cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto*”.

- Aspectos a considerar:

a) Se menciona al asegurador como una de las partes del contrato.

b) Incluye los seguros a prima como los seguros mutuos, al referirse a cotización

c) Comprende no solo los seguros de daños, sino también otras modalidades, a través de la “*prestación convenida*” que debe cumplir el asegurador si ocurre el evento previsto.

- Aspectos jurídicos del contrato:

a) Es *consensual*, ya que queda perfeccionado por el simple consentimiento de las partes, incluso antes de emitirse la póliza. Es apropiado aclarar que en los *seguros obligatorios* el consentimiento es suplido por una disposición legal.

b) Es *bilateral*, porque ambas partes quedan recíprocamente obligadas.

c) A título *oneroso* ya que la ventaja para una de las partes es dada por una contraprestación.

d) *Aleatorio*, en el sentido de que la obligación a pagar es como una indemnización, depende de que se produzca el evento. Cada caso es particular, es un acontecimiento incierto y cada prima se determina por el alea de cada operación.

e) De *ejecución continuada*: sus efectos perduran durante el tiempo de vigencia de los derechos y obligaciones de las partes.

f) De *adhesión*: porque el asegurado no tiene las facultades para discutir los aspectos generales del contrato, y tampoco alguna de las particulares. Prácticamente la decisión del

asegurado se limita a optar entre los planes ofrecidos por el asegurador o determinar el monto de seguro dentro de ciertos límites y condiciones preestablecidas.

Esta modalidad da lugar a la actuación de la Superintendencia de seguros sobre las empresas, al probar los textos de las pólizas y las condiciones contractuales, debiendo cada cláusula de modificación también debe ser autorizada.

g) De *buena fe*, este es un requisito en común para todos los contratos que debe cumplirse y celebrarse de buena fe dado el estricto deber de cooperación que debe haber entre el asegurado y el asegurador.

h) De carácter *indenmizatorio*, es necesario que la indemnización sea de tal naturaleza que el beneficiario del seguro no tenga interés en que se produzca el siniestro.

i) *Limitaciones de la libertad contractual*, la ley defiende al asegurado en aspectos como caducidad, al no permitir acortar los plazos, domicilios (se restringen la constitución de domicilios especiales), arbitraje (se prohíbe la toma de las decisiones de las controversias al arbitraje).

j) *Disposiciones de orden público*: las normas no pueden ser modificadas por acuerdo entre las partes; y otras sólo pueden hacerlo a favor del asegurado; podrá figurar la derogación “por pacto en contrario”.

- Interpretación del contrato de seguro:

Como consecuencia del carácter de buena fe que reviste al contrato, las pautas para la interpretación son:

1º) Debe buscarse más la *intención real de las partes* que el sentido literal de las palabras;

2º) La intención de las partes puede inferirse por la *conducta asumida* por ellas posteriormente a la celebración del contrato.

3º) Deben interpretarse restrictivamente *las cláusulas que limitan o liberan la responsabilidad del asegurado*

4°) Si hay contradicción entre las cláusulas impresas y las manuscritas o dactilografiadas, debe darse prioridad a estas últimas dado que reflejan más fielmente la intención de las partes.

5°) En todos los casos debe tenerse en cuenta *el carácter indemnizatorio del contrato y la finalidad económica del mismo*.

6°) Si se omite cualquier diligencia, como la denuncia del siniestro por el asegurado, ello no libera al asegurador si éste ha tenido conocimiento del hecho a que se refiere.

- Protección de los asegurados:

Se encuentran protegidos de dos maneras:

- a) Mediante la reglamentación y control de las compañías aseguradoras
- b) A través del contrato de seguros.

- Forma jurídica:

Los seguros están pensados para entidades autorizadas que son las que pueden actuar como aseguradoras por su condición jurídica y son las siguientes:

- a) *Las Sociedades Anónimas* que se rigen por la ley de sociedades comerciales N°19.550.
- b) *Las cooperativas* que deben ser constituidas conforme a la ley N°20.337. El asegurado debe ser socio, de modo que sus obligaciones deben regirse por el contrato de seguro y también por el contrato social.
- c) *Las asociaciones mutuales* que son las regidas por la Ley N°20.331.
- d) *Las entidades oficiales* que son los organismos oficiales o mixtos, nacionales, provinciales o municipales.
- e) *Sucursales o agencias de compañías extranjeras* que deben cumplir con las exigencias de las sociedades anónimas constituidas en el país, también se rigen por la Ley N°19.550 relativas a la extraterritorialidad de las sociedades y a la Ley de inversiones extranjeras.

- Las partes en el contrato de seguro:

De acuerdo a la Ley 17.418, en el contrato de seguro las partes son el *tomador* del seguro y la empresa o *entidad aseguradora* o *asegurador*.

Tomador del seguro: en los seguros de personas el tomador del seguro puede ser también el asegurado o existir la figura del beneficiario: la persona que no es parte originalmente del contrato pero es quien va a recibir los beneficios del seguro en caso de ocurrir el evento previsto.

Asegurador: dentro del régimen legal vigente en nuestro país en el contrato de seguro no puede actuar cualquier persona sino que debe cumplir con los requisitos exigidos por la ley. Esta exigencia responde a la necesidad de una organización con respaldo técnico, administrativo y financiero con capacidad financiera y empresarial para poder *neutralizar* los riesgos. En caso de actuar como asegurador un sujeto o empresa no autorizada, la legislación y jurisprudencia determina que dicho contrato es nulo, siendo pasible el infractor de una multa convertible en arresto (Ley 20.091, art. 61).

2.7. LOS SEGUROS DE SALUD

Se podría decir que los seguros de salud públicos o privados desde una visión mundial están de moda por ser de preferencia sobre otras formas de servicios sanitarios. Ginés González opina que esta elección de los seguros de salud se debe entre otras razones a la “idea de financiar la demanda” y también a la tendencia de los individuos a preferir los sistemas donde tienen más posibilidades de elección porque poder elegir les genera mayor satisfacción.

- Seguros de salud y seguridad social.

Todas las personas en algún momento necesitan cuidados médicos ya sea en los aspectos preventivos o curativos, pero no todas los individuos cuentan con los medios para alcanzar dichos cuidados para su salud personal o la de sus familias, pero cuando se unen los recursos económicos de un grupo humano la seguridad individual de los miembros del grupo (cuanto más grande es mejor) es posible porque se logran los medios para poder pagar la atención médica. Obviamente la solidaridad supone que los miembros con grandes recursos subsidien a los que pueden contribuir escasamente o que los que utilizan poco de los servicios por su bajo historial de enfermedad estén junto con los que requieren con más frecuencia de la atención médica y lo mismo sucede con las personas sin responsabilidad familiar con los grupos familiares.

Estos grupos de asegurados se pueden formar espontáneamente o la sociedad “*por ley*” puede impulsar su creación. Los sistemas de seguridad social son particulares en cada país porque se ajustan a la idiosincrasia de la población y no se pueden aplicar modelos de un país a otro sin efectuar los ajustes para cada sociedad.

- Tipos de afiliación:

La afiliación voluntaria: tiene la desventaja de que en un grupo no lo suficientemente numeroso, se asocien personas de alto riesgo o de bajos recursos económicos y que los de bajo riesgo y buenos recursos se abstengan, por eso se dice que la afiliación voluntaria lidera la “*selección adversa*” por atraer los mayores riesgos y generar un costo colectivo mucho mayor.

La afiliación compulsiva: un gran número de personas une sus aportes, el alto y bajo riesgo se mezclan. En estos casos la viabilidad financiera es mucho mayor que en la afiliación voluntaria porque la cantidad de personas (aportes) reunidos también es mucho mayor.

Cuando el proceso solidario es compulsivo cada miembro puede esperar “*como un derecho*” los adecuados cuidados médicos cuando los necesita y es por eso que los seguros de salud compulsivos tienen un fuerte propósito social. En cambio los seguros privados o comerciales se basan en el riesgo individual para establecer la prima del seguro.

- Diferencias entre los seguros de salud públicos y privados

SEGUROS PUBLICOS/ OBLIGATORIOS	SEGUROS PRIVADOS/VOLUNTARIOS
Usualmente no compiten porque tienen un beneficio standard.	Usualmente compiten por los clientes: con la variedad de planes, beneficios y precios. Hay diferenciación del producto.
Beneficio standard.	Variedad de planes y beneficios.
Financiación por aportes y contribuciones obligatorios	Variedad de precios.
Pueden subsidiar a personas de bajo poder adquisitivo y mala salud.	No contribuyen con subsidios.
Están orientados a la cobertura equitativa y universal	Están orientados a la atención al cliente.

No tienen fines de lucro.	Usualmente tienen fines de lucro.
---------------------------	-----------------------------------

Fuente: Fundación ISALUD en “Encuentro Internacional sobre seguro público de salud” 1998

En general la tendencia mundial de los seguros de salud es una cobertura básica general con los seguros públicos y la posibilidad de completarla con la adhesión voluntaria a los seguros privados.

- Roles de los seguros de salud en los algunos países:

SEGUROS PUBLICOS	SEGUROS PRIVADOS
Un sistema de financiación para todos: Universal (Canadá)	Cobertura para los excluidos de los seguros públicos o de los fondos de enfermedad (USA, Sudáfrica)
Un sistema de financiación para algunos grupos de población (Obras sociales en Argentina y Chile)	Cobertura para los que escapan de los programas públicos de cobertura universal (Alemania, Medicare y Medicaid)
Un sistema de financiación para algunos grupos de patologías o de personas en circunstancias particulares como discapacidades, hemofilia, etc.)	Cobertura suplementaria para los servicios que los programas públicos no cubren (Canadá, Australia, Francia)

Fuente: Fundación ISALUD en “Encuentro Internacional sobre seguro público de salud” 1998

- Diferencias económicas entre los seguros de salud únicos y múltiples.

SEGUROS UNICOS	SEGUROS MULTIPLES
Más baratos y equitativos.	Tienen altos costos de transacción

Fuente: Fundación ISALUD en “Encuentro Internacional sobre seguro público de salud” 1998

2.8. EL MERCADO DE LOS SEGUROS EN LA ARGENTINA:

- Seguros generales:

La producción del mercado asegurador en la Argentina al año 1997 (que es la última información que da la Superintendencia de Seguros de la Nación) fue de un total de \$5,086 millones, con \$142 por habitante y un porcentaje del PBI de 1,59%. Si observamos la evolución de este mercado a partir del año 1990 podemos notar que tuvo su pico máximo de crecimiento en el año 1995 por los siguientes valores: un total de \$5,210 millones, \$149,8 por habitante y el 1,76% del PBI, para luego en 1996 descender las cifras a \$4,484 millones, con un 15% menos la producción por habitante y una reducción del 18% en el porcentaje del PBI.

Con respecto al número de entidades autorizadas del mercado asegurador argentino vemos que para 1997 era de 267 compañías aseguradoras y el patrimonio neto de las entidades era de \$ 1810 millones.

Si comparamos estos valores con otros países latinoamericanos vemos que:

- *Producción total:* la Argentina ocupa el **3º** lugar detrás de Brasil y de México
- *Valores per capita:* ocupa el **2º** lugar después de Chile. Porcentaje del PBI: Argentina está en el **5º** lugar después de Chile, Brasil, Colombia y Uruguay.
- *Número de participantes del mercado:* ocupa el **1º** lugar seguido por Brasil que tiene unas 135 compañías.
- *Patrimonio neto de las compañías:* la Argentina está en el **4º** lugar después de Brasil, México y Colombia.

Si analizamos al mercado asegurador de acuerdo a los distintos ramos de seguros vemos (Según datos de la Superintendencia de seguros de la Nación) que los seguros patrimoniales abarcan el 69,5% (para 1997 un total de \$ 3512 millones) quedando para los seguros de las personas el restante 30,95% (para el mismo año de \$ 1,574 millones).

Dentro de los seguros para las personas vemos que el mayor porcentaje lo tienen los seguros de vida con el 22,35% y que los seguros de salud tienen la menor participación con el 0,08%. Hay que destacar que es alentador que los seguros de las personas tuvieron un descenso mínimo en 1996 y que a 1997 los valores superaron aún a los de 1995. Por lo tanto, de acuerdo a los valores que anteceden, considero que la actividad del mercado asegurador argentino es:

- Importante desde el punto de vista económico por su volumen de facturación y porque demuestra fortaleza (mantuvo sus niveles de producción con leves bajantes como en 1996 para nuevamente ascender a partir de 1997)
- Es muy competitivo y diversificado en comparación con otros países por la gran cantidad de entidades autorizadas.
- Tiene cifras interesantes en producción per capita del total de la población.

Haciendo referencia específicamente a los *seguros de salud* dentro de la actividad aseguradora general vemos que:

- Tiene muy poco desarrollo pero es alentador que estén ubicados dentro del rubro que más creció como lo es el de los seguros de las personas.
- Estructura por jurisdicciones de la producción de los seguros en Argentina:

Se puede observar una gran concentración de la producción de seguros en determinadas zonas como en la Capital Federal con el 52,28%, la Pcia. de Buenos Aires con el 20,68% y luego le siguen en importancia con aproximadamente un 5% cada una: las provincias de Córdoba, y Santa Fe.

- Regulación de los seguros en general

Regulación y seguros.

- Todas las compañías de seguro (con o sin fines de lucro) deben tener un retorno de utilidades.
- La regulación debe ser efectiva y brindar los incentivos apropiados.
- La regulación sin sanciones es como “un tigre sin dientes”.

Regulación del estado a los seguros: requisitos generales para la entrada y la operación.

- Residencia y/o ciudadanía.
- Experiencia corporativa.
- Plan de negocios propuesto.
- Prohibición de establecer formas organizacionales que sean difíciles de monitorear.

Regulación del estado a los seguros: requisitos financieros para la entrada y operación.

- Requerimientos de calidad.
- Revisión periódica y minuciosa de los registros financieros y contables.
- Sistema público o casi público de garantía contra los aseguradores insolventes.
- Reaseguro

Regulación del estado a los seguros: protección del consumidor.

- Obliga a las empresas a utilizar un lenguaje comprensible para la población tanto en la promoción como en los términos del contrato.

Regulación del estado a los seguros: reportes, exámenes, etc.

- Reportes estandarizados sobre información financiera y de mercado.
- Exámenes periódicos de los registros financieros.
- Una auditoría general por año.
- Una certificación anual de la práctica actuarial.

Tipos de regulación no gubernamental en el mundo:

- Grupos comerciales (Brasil)
- Proveedores de la atención de la salud (Corea)
- La industria del seguro (Turquía)
- Asociación de consumidores (Varios países)

Aspectos que se regulan en los seguros:

- Ingresos.
- Procesos.
- Resultados.

- Marco regulatorio de los seguros generales en la Argentina:

Intervención del estado en la actividad aseguradora:

- En el contralor de la actividad aseguradora.
- En la reglamentación del contrato de seguro.
- Participación oficial en las operaciones de reaseguros.

Todas las entidades aseguradoras están sometidas al control por parte de la *Superintendencia de Seguros de la Nación*; ente que controla el funcionamiento y actuación de las entidades aseguradoras, le corresponde la aprobación de los planes de seguros, sus

elementos técnicos y contractuales (pólizas, formularios de propuestas y primas), control de la fusión y cesión de cartera, publicidad, balance anual y administración de las entidades, reservas e inversiones de las compañías, etc.

- Marco regulatorio de los seguros de salud en la Argentina:

Características de la regulación de los seguros privados de salud en la Argentina

- En general es de baja regulación.
- Recursos humanos: inadecuada regulación por exceso de cantidad de profesionales y falta de mejores médicos.
- Recursos físicos: enorme falta de regulación
- Financiación: ha mejorado el control pero aún falta para que sea óptimo
- Oferta de servicios: no regulada.
- Procedimientos: hay intentos en marcha para mejorar los procedimientos y lograr mejores resultados.
- Resultados: es el peor aspecto de la regulación por la falta de ponderación de los estados finales o de la salud de la población. Ausencia de sanciones.
- Falta de desarrollo de la estructura legal, de las organizaciones de consumidores, etc.

Fuente: Ginéz Gonzalez Garcia. "Más salud por menos dinero". 1997

2.9 . GLOSARIO DE TÉRMINOS DE SEGUROS: [INDICE]

Accidente: Es el acontecimiento inesperado, repentino e involuntario que pueda ser causa de daños a las personas o a las cosas independientemente de su voluntad.

Actuario: Profesional titulado especializado en cálculos matemáticos y conocimientos estadísticos, económicos, jurídicos y financieros cuya función primordial es el asesoramiento a las Entidades Aseguradoras en todas aquellas materias de índole técnica, esenciales para la determinación de las tarifas, primas del seguro, cálculo de reservas, etc.

Agravación del Riesgo: modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de un evento, afecta a un determinado riesgo. El tomador del seguro o Asegurado deberá, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, todas las circunstancias que agraven el riesgo. Solo se debe denunciar la agravación del riesgo que obedezca a motivos específicamente previstos en el contrato.

Arbitraje: Es el sistema mediante el cual en aquellas pólizas en las que existe disparidad en la valorización de un siniestro, se acude a peritos imparciales para determinar el valor de los daños, y cuya decisión suele ser vinculante con las partes.

Asegurable: Persona o bien que reúne las características predeterminadas para poder ser objeto de la cobertura del seguro.

Asegurado: Es la persona, titular del interés sobre cuyo riesgo se toma el seguro. En el sentido estricto, es la persona sobre la cual recae la cobertura del seguro.

Asegurador: Es la empresa que asume la cobertura del riesgo, previamente autorizadas a operar como tales por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Beneficiario: Persona a cuyo favor se constituye un seguro. Técnicamente se denomina así a la persona que ostenta el derecho de percibir la prestación indemnizatoria del Asegurador.

Capital Asegurado: Se llama así al monto pagadero en caso de siniestro previamente estipulado en las condiciones de póliza.

Carencia: período durante el cual el Asegurado paga primas pero no recibe la cobertura prevista en la póliza. Se extiende desde la fecha de inicio del contrato hasta una fecha posterior determinada. Solo se aplica en los Seguros de Vida y enfermedades para evitar posibles fraudes y antiselección.

Certificado Individual De Seguro: Es el documento por el cual se prueba la existencia de una póliza de seguro colectivo, y en el que deben figurar los elementos que la identifican, como ser: suma asegurada, vigencia, datos personales del Asegurado, beneficiarios, etc.

Contrato De Seguro: Hay contrato de seguro cuando el Asegurador se obliga mediante el pago de una prima o cotización a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto.

Copagos: muchas pólizas requieren que el asegurado efectúe copagos por determinados servicios o en determinadas circunstancias y dichos copagos son pactados previamente.

Edad Límite: Es la máxima o mínima edad necesaria para poder estar Asegurado en determinados seguros. Así, en los Seguros de Vida la edad mínima es de 14 años (determinada por Ley), y la máxima depende de cada Entidad Aseguradora, pero generalmente oscila entre los 60 o 65 años.

Esperanza de Vida: Es el promedio de años de vida restantes para un grupo de personas de cierta edad según una tabla particular de mortalidad

Exclusión de Riesgos: La Entidad Aseguradora cubre únicamente los riesgos previstos en el contrato.

Franquicia: Es el monto que se encuentra a cargo del Asegurado en caso de producirse el siniestro.

Indemnización: Es la contraprestación a cargo del Asegurador en caso de producirse el siniestro.

Interés Asegurable: Es el interés económico, legal y substancial de quien desee contratar una póliza a los fines de cubrir un riesgo. Es el objeto del contrato.

Interés Técnico: Porcentaje mínimo de rentabilidad que un Asegurador garantiza en las bases técnicas de cada modalidad del Seguro de Vida.

Participación En Utilidades: Característico de los Seguros de Vida. Reconoce al Asegurado una participación en los beneficios de la Entidad Aseguradora obtenidos en un determinado período.

Plazo De Gracia: Período durante el cual están en vigor las coberturas de la póliza, aunque no se hayan pagado las primas correspondientes, por lo general es de un mes a partir de la fecha de vencimiento de pago de la prima.

Póliza: Es el instrumento probatorio por excelencia del contrato celebrado entre el Asegurado y el Asegurador. Es aconsejable antes de celebrarlo, leer todas las cláusulas contenidas en el mismo, para tener una información completa de sus términos y condiciones. En él se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan la relación contractual convenida entre el Asegurador y el Asegurado.

Premio: Está compuesto por la Prima Pura, más una suma determinada para gastos y utilidad del Asegurador, gastos especiales de emisión y administración (derecho de emisión y recargos administrativos), coeficientes de financiación del pago del premio, comisión del productor y los importes destinados al pago de tasas, impuestos y contribuciones que gravan al contrato y a la operación de seguros.

Prima De Riesgo: En los Seguros de Vida es aquella parte de la prima que está destinada a cubrir exclusivamente la posibilidad de muerte del Asegurado.

Prima Nivelada o Constante: En los Seguros de Vida es la que permanece inalterable durante toda la vigencia del contrato.

Prima Pura: Es el costo real del riesgo asumido, sin incluir gastos de gestión externa ni interna.

Prima Única: Es aquella cuyo importe se satisface de una sola vez y por adelantado. Es una de las variantes de los Seguros de Vida.

Propuesta/Solicitud de Seguro: Es el documento donde se determina la naturaleza del riesgo a asegurar, sus características, el importe que se desea asegurar, etc. A través de éste, el Asegurador aceptará o rechazará el riesgo tras un estudio de dicha propuesta.

Productor-Asesor de Seguros: Es la persona, habilitada por la Superintendencia de Seguros, que realiza la intermediación entre quien quiere comprar una póliza de seguros y la Entidad Aseguradora. Es el que ejerce la actividad de intermediación promoviendo la concertación de contratos de seguros, asesorando a Asegurados y Asegurables.

Ramo: Se entiende por Ramo a la modalidad o conjunto de modalidades de seguros relativas a riesgos de características o naturaleza semejante (Ramo Vida, Ramo Automóviles, etc.). Debe tenerse en cuenta que para operar en un determinado ramo las

Entidades Aseguradoras deberán estar previamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Recargo: Aumento de la prima que se cobra al Asegurado para poder asumir riesgos mayores de lo normal (riesgo agravado).

Rehabilitación: Para el Seguro de Vida el derecho del Asegurado a poner de nuevo en vigor una póliza que caducó por falta de pago.

Renovación Automática: Acuerdo entre las partes por el cual el seguro se prorroga tácitamente por un nuevo período de vigencia.

Renta Financiera: Es una sucesión de un número determinado de pagos constantes, ciertos y pagaderos al fin o al inicio de cada período, calculados teniendo en cuenta una cierta tasa de interés.

Rescisión: Finalización del contrato en una fecha distinta a la prevista en el mismo.

Reservas: Es la provisión constituida por las Entidades Aseguradoras para atender las obligaciones contraídas con sus Asegurados.

Reticencia: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un siniestro. Es la posibilidad de que la persona asegurada sufra el siniestro previsto en las condiciones de póliza.

Riesgos No Asegurables: Son aquellos que quedan fuera de la cobertura general por parte de las Aseguradoras, por ser opuestos a la Ley.

Seguro: Jurídicamente hablando es un contrato por el cual el Asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima a abonar, dentro de los límites pactados, un Capital u otras prestaciones convenidas, en caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. El seguro brinda protección frente a un daño inevitable e imprevisto, tratando de reparar materialmente, en parte o en su totalidad sus consecuencias. El seguro no evita el riesgo, resarce al Asegurado, en la medida de lo convenido, de los efectos dañosos que el siniestro provoca.

Seguro Colectivo/Grupal: Es aquel contrato que reúne a un grupo de personas unidas por un vínculo o interés común previo a la adhesión del seguro, pero diferente a la motivación de contratar el seguro, que cumple las condiciones de asegurabilidad y cuya cobertura se realiza mediante contrato único suscrito por el Asegurador y el Contratante.

Seguros Obligatorios: Son aquellos que son impuestos por el Estado, tales como los de Seguridad Social, Seguro de Vida Obligatorio, Seguro colectivo para el Personal del Estado, etc.

Seguro Por Cuenta Ajena: Se denomina así a aquellos seguros en los que el Asegurado no es el tomador del seguro, sino un tercero determinado o indeterminado que adquiere los derechos derivados del contrato.

Siniestro: Es la concreción del riesgo tal como ha sido previsto en el contrato, cuyo acaecimiento genera la obligación de indemnizar en el Asegurador.

Sobreprima: Recargo a la prima cuando se trata de riesgos agravados o tarados.

Subrogación: Los derechos que correspondan al Asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren al Asegurador hasta el monto de la indemnización abonada. El Asegurado es responsable de todo acto que perjudique este derecho del Asegurador. La subrogación es inaplicable en los seguros de personas.

Tablas de Morbilidad: Tablas estadísticas que reflejan la incidencia de las enfermedades en un determinado grupo de personas.

Tablas de Mortalidad: Tablas estadísticas que reflejan la probabilidad de fallecimiento de las personas en función de sus edades.

Tomador: Es la persona que contrata el seguro con el Asegurador. Generalmente en los seguros individuales el tomador contrata el seguro por cuenta propia, uniéndose así en una persona dos figuras (Tomador o Contratante y Asegurado). Por el contrario el seguro es por cuenta ajena cuando el Tomador es distinto del Asegurado; esta situación es típica en los seguros colectivos.

Valores Garantizados: Aplicable a los Seguros de Vida Individual. Transcurridos 3 años desde la celebración del contrato y hallándose el Asegurado al día en el pago de las primas, podrá en cualquier momento exigir, de acuerdo con los planes técnicamente aprobados por la autoridad de contralor:

Seguro Saldado: convertir el seguro en otro saldado por una suma reducida o de plazo menor. Rescate: se rescinde la póliza, percibiendo el Asegurado, el importe de la reserva matemática constituida sobre el riesgo, con las deducciones que correspondan.

Suscriptor del seguro: es la persona que realiza un contrato con la compañía de seguro por una determinada cobertura.

Vencimiento de Póliza: Es la fecha pactada en el contrato para la finalización del mismo.

Vigencia Del Seguro: Es el plazo durante el cual el contrato está en vigor y el Asegurado se encuentra cubierto.

Costo Del Seguro De Vida [Indice] Es conveniente para el eventual comprador de un Seguro de Vida conocer el método para calcular las primas del mismo.

Bibliografía de consultada:

- “Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie 829. 1993.
- “Administración de servicios de salud” de Juan Carlos O’Donnell. Fundación Universidad a distancia “Hernandarias”. 1ª edición año 1995.
- “Seguro Público de salud”. ISALUD Encuentro internacional. Edición 1998.
- “El futuro de las reformas o la reforma del futuro” VI Jornadas internacionales de la economía de la salud” ISALUD. Edición 1998.
- “Sistemas de asistencia médica” de Derick Fulcher. OIT. 1ª edición 1975.
- “Marketing sanitario” de F Lanata, J Conde, B Martinez, M Horno. Díaz de Santos. Edición 1994.
- “Metodología de la investigación” Manual para el desarrollo del personal de salud. de E Pineda, E Alvarado, F Canales. Organización Panamericana de la salud. 2ª edición 1994.
- “Los seguros” de Eduardo Favier. Editorial El Coloquio Edición 1978.
- “Mercadotecnia” de Philip Kotler, 3ª edición 1989.
- Revista “Sidema” Números varios.
- Revista “Todo riesgo” Números varios.
- “Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios” de Jaime Varo. Edición 1994.
- “Más salud por el mismo dinero” de Ginéz Gonzalez García y Federico Tobar. ISALUD. Edición 1997.
- Diario “Clarín”. Números varios.
- Diario “La Nación”. Números varios.
- “Ciclo de conferencias sobre conocimiento, globalización y Territorio”. Centro de estudios Bonaerenses. Año 1998.

- “Marketing de servicios” Aplicación al mercado de la medicina prepaga en la Argentina. Artículo de Gonzalo Arguello. 1994.
- Página de la Superintendencia de seguros de la Nación
- “Your Medical insurance” USA DRS Network.
- “Dental insurance”. USA DRS Network.
- “Understanding medical insurance” Joann C Rowell. Delmar publisher. Edición 1996.
- “Health insurance in developing countries” International Labour Office. 1ª edición 1990.