

# Evolución de los seguros médicos privados en México (1986-1992)

*Silvia Tamez, Claudia Bodek, Catalina Eibenschutz*

## RESUMEN

Desde finales de la década de los setenta ocurrieron en América Latina cambios en la política sanitaria, fundamentalmente un crecimiento del sector privado acompañado de deterioro del sector público. Este trabajo analiza el proceso privatizador de dicha atención a través de la evolución de los seguros médicos privados. Se realiza un análisis de la política sectorial de salud basada en datos económicos, pero subrayando el perfil político y de modificación de las relaciones del sector con el estado, hipotetizando que este último ha asumido la función de apoyo a la expansión del mercado privado. Se analizan las modalidades que el proceso de privatización adoptó en Argentina, Brasil, Chile y México durante el periodo 1986-1992, profundizando en el caso de México. También se analiza el papel del estado en las transformaciones del sector en México a partir de los principales cambios en la normatividad de la actividad aseguradora nacional.

**Palabras clave:** sector público, sector privado, privatización, atención médica, seguros de salud.

*Fecha de recepción:* julio de 1996  
*Fecha de aprobación:* noviembre 1996

## ABSTRACT

Since the late seventies Latin America has experienced profound changes regarding sanitary policies, especially in the growth of private sector health care at the expense of the public sector. This work analyzes the evolution of the health insurance market as part of the privatization process of health care in the region. An analysis of the political profile behind the privatization process, as well as the changes in the relations of the state and the private health sector is done. The central hypothesis is that the state promotes and supports the growth of the private market of medical care. This paper analyzes the privatization process in Argentina, Brazil, Chile and Mexico during the period 1986-1992, with a particular emphasis on the latter. It also discusses the role of the state in the legal changes related to the national insurance activity.

**Key words:** public sector, private sector, privatization, medical care, health insurances.

*Correspondencia:* Dra. Silvia Tamez, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, Calzada del Hueso 1100, 04960 México, D.F.

*Nota:* Este texto es una versión actualizada de un trabajo previamente publicado como "Lo público y lo privado, las aseguradoras y la atención médica en México", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 11, núm. 4, 1995, pp. 579-587.

## Introducción

En la década de los años ochenta, la mayoría de los países de América Latina experimentaron importantes transformaciones económicas, políticas y sociales dentro del marco de lo que ha sido denominado modelo neoliberal. Este modelo ha propiciado cambios profundos en el campo de los servicios de salud, caracterizados por dos rasgos fundamentales: 1) recorte del gasto público y políticas de ajuste y 2) aumento de la participación del sector privado en áreas que habían sido casi exclusivas del sector público.

Con relación al segundo apartado, algunos autores han planteado que, en México, a partir de la mitad de la década de los ochenta, el crecimiento de los seguros médicos privados ha sido el eje principal de la expansión del sector privado en la atención médica (Eibenschutz, 1991; Laurell, 1992). Aunque los datos no sean muy confiables, un ejemplo de lo anterior es el crecimiento tan importante en el número de camas privadas, en 1985 había 3,000 y en 1991 se registraron 17,000 (Soberón, 1989 y WHO/OPS, 1991), de acuerdo a una publicación más reciente, en 1993 esta cifra había aumentado a 33,937 (DGEI 1993).<sup>1</sup>

Analizando las condiciones bajo las cuales se ha desarrollado el crecimiento de los seguros médicos, consideramos que dicho fenómeno es uno de los rasgos más indicativos del impulso al proceso de privatización de los servicios médicos. Los datos de Frenk, *et al.* (1994) demuestran que los fondos de los seguros médicos privados representan solamente el 29 por ciento del gasto en salud, ya que, a diferencia de otros países de la región, como Chile y Brasil, en el nuestro, el proceso de expansión del sector privado en este rubro de política social es incipiente, pues, hasta la década pasada, dicho sector había sido poco importante en lo que se refiere a cobertura, calidad y tecnología de servicios hospitalarios en comparación con el sector público y de seguridad social.

No obstante, su velocidad de crecimiento en los últimos años, que supera el 30 por ciento (Frenk, 1994), así como las características de la política de salud impulsada desde 1982 hasta la fecha, indican que el crecimiento de los seguros médicos será en el futuro uno de los principales pivotes del sector privado.

En este sentido, el objetivo del trabajo es describir y analizar, como parte del proceso de privatización, la evolución de los seguros médicos privados durante el periodo 1986-1992, a partir de los cambios iniciados a principios de la década pasada. Para tal efecto, se consideró necesario analizar la situación mexicana dentro de un marco más amplio, que permitiera comparar la evolución de los seguros médicos en nuestra nación con países relativamente similares como Brasil, Chile y Argentina. Para el caso de México, interesa además plantear y discutir que el papel del estado ha consistido en alentar el crecimiento de la industria de los seguros médicos privados a través del impulso y apoyo a medidas que favorecen su incremento y consolidación.

## La privatización como proceso

Antes de abordar la evolución de la industria aseguradora, es necesario discutir brevemente la concepción de privatización adoptada en este trabajo dado que no hay coincidencia entre los diferentes autores sobre el significado del término. Aquí entendemos por privatización el proceso que tiene como condición básica la mercantilización del servicio-beneficio de la atención médica y cuyo fin es la apertura o reconquista de los servicios médicos como espacio directo de acumulación. Por lo tanto, se trata de un proceso selectivo en el que se privatizan fundamentalmente las actividades rentables. Es importante destacar que en esta concepción la lógica mercantil se convierte en el elemento ordenador del sector salud en su conjunto (Laurell, 1993). Dentro de este proceso, el incremento de los seguros médicos parece responder a la estrategia sugerida por el Banco Mundial, en la que se recomienda mercantilizar los servicios y el seguro de salud con el objeto de crear un mercado más estable de la atención médica.

## El papel del estado en las transformaciones del sector salud en México

Dentro del marco de la Ley General de Salud, no se establecen con claridad normas de funcionamiento para el sector privado, lo que propicia que su regulación se dé a partir de otro tipo de documentos legales que se inscriben más en el terreno económico que en el de la prestación de servicios de salud. Así, el gobierno impulsó profundas reformas y decretos que tienden a propiciar la apertura del sector en aras de lograr una mayor eficiencia y competitividad de las compañías de seguros y afianzadoras. De acuerdo al discurso de las empresas aseguradoras (Ruíz, 1992 y AMIS, 1991), dichas reformas están dirigidas fundamentalmente a:

— eliminar barreras y fomentar la competencia mediante de concesiones de carácter discrecional,

<sup>1</sup> Hasta 1993 no existía una cifra oficial publicada de camas privadas del sector salud en nuestro país, por lo que estos datos son poco confiables.

- promover eficiencia, autorizando al sector extranjero su participación en el capital social de las aseguradoras. En enero de 1990 entró en vigor un nuevo esquema de coinversión que, entre otras cosas, permite inversión extranjera directa en capital social hasta en un 49 por ciento,
- desregularizar las primas y tarifas demandando sólo su registro previo,
- dejar al libre mercado la determinación de comisiones de corredores y agentes de seguros
- incrementar la diversidad de productos y eliminar el requisito de autorización previa para el establecimiento de cualquier clase de oficinas del giro en todo el país,
- establecer un capital mínimo de garantía para protección de los asegurados y
- crear grupos financieros a través de una ley especial para ello.

Para lograr lo anterior, entre las reformas más importantes se encuentran las realizadas a la nueva Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), publicadas en el Diario Oficial el día 3 de enero de 1990 y que a continuación citamos, la LGISMS tiene como propósito principal el desarrollo del sector, basada en una autonomía de gestión, con criterios de solvencia, apalancamiento, rentabilidad, liquidez y de seguridad.

Así, bajo el registro y supervisión de la autoridad, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, pueden aplicar, sin el requisito de la previa aprobación del órgano encargado de su inspección y vigilancia, sus tarifas, primas, planes de aseguramiento, documentos contractuales y demás elementos técnicos necesarios para su operación, garantizando el cumplimiento de las obligaciones que asumen, por medio de una adecuada selección de riesgos (Ruíz, 1992). Las reformas también han sido orientadas a flexibilizar las funciones de las aseguradoras para incentivar el crecimiento de su mercado frente a las necesidades que impone el Tratado de Libre Comercio (TLC). Asimismo, se reconoce la participación de nuevos intermediarios e instrumentos de captación y la constitución de grupos financieros, para lo cual se creó la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Por otro lado, es de alguna manera indicativo que el gobierno y algunas empresas, sobre todo de la frontera norte del país, otorguen diferentes tipos de seguros médicos privados a ciertos grupos de sus trabajadores y empleados, lo cual consideramos como una forma de abrir y/o garantizar un mercado dinámico para las empresas de seguros. De esta manera el estado cambia su carácter y de ser una instancia que produce y otorga servicios de salud, incorpora como una de sus prioridades generar condiciones para el desarrollo del libre mercado de la atención médica.

## La industria aseguradora en Chile, Brasil, Argentina y México

Dado que en la última década la privatización de los servicios de salud es compartida por la mayoría de los países de América Latina, se han seleccionado algunos pilares con modelos paradigmáticos, tanto por su historia sanitaria como por sus formas de articulación y crecimiento de la industria de los seguros médicos privados.

En Brasil la privatización de los servicios de salud, entendida como un aumento significativo de las camas hospitalarias privadas, se produjo durante la dictadura militar en la década de los sesenta, de forma tal que en la transición a la democracia a fines de los setenta, el 90 por ciento de las camas pertenecían al sector privado y en 1986 la Reforma Sanitaria Brasileña se orientó al aumento del control público sobre las camas privadas para garantizar el acceso universal a la atención médica.

En todas las etapas mencionadas, la garantía del uso de las camas privadas se hacía a través de seguros privados y de la providencia social (INPS). Por otra parte, en el periodo analizado, la inflación de Brasil fue significativa y no se ha logrado controlar.

En Chile, la privatización fue más brusca y profunda a partir de la década de los ochenta bajo la dictadura pinochetista, fundamentalmente mediante el traslado de las cuotas de los trabajadores a las ISAPRES, instituciones privadas con diferentes modalidades de cobertura y cobros adicionales, dejando a la mayoría de la población en el sistema público FONASA, en condiciones de deterioro financiero. En lo que al proceso inflacionario se refiere, este país es el que lo ha logrado controlar de manera más exitosa.

En Argentina, desde 1940, las Obras Sociales contrataban camas del sector privado para atender a sus derechohabientes, por lo cual las camas del sector privado y los seguros privados iniciaron su crecimiento en esa época, sin embargo, recientemente el crecimiento de los seguros y las camas privadas ha sido más marcado. Además de que la inflación fue la más alta y descontrolada de la región.

En México, en 1984, el gobierno crea el Sistema Nacional de Salud, disminuye drásticamente el gasto público en salud y se mantienen los aportes de los trabajadores a las instituciones de seguridad social. Sin embargo, el deterioro de los servicios públicos favorece el crecimiento significativo de las camas privadas y de los seguros médicos. En cuanto al proceso inflacionario, logra ser controlado hasta finales de la década de los ochenta.

### Análisis comparativo

En los cuadros números 1 y 2 se presenta el crecimiento del PIB en los cuatro países durante el periodo estudiado y la evolución de las primas/PIB en miles de dólares, respectivamente (cuadros 1 y 2).

Hasta 1990, los cuatro países muestran un crecimiento sostenido en este indicador. Sin embargo, entre 1990 y 1992 en Argentina se observa una caída muy importante (-50.93 por ciento) lo que no significa forzosamente un decremento real ya que el PIB creció durante ese periodo de manera espectacular, en 1990 fue de -0.20 y para 1992 ascendió a 8.70 (cuadro 1). Brasil, por su parte, hasta 1990 es el país que ocupa el segundo lugar en crecimiento de primas/PIB, registrando entre 1988 y 1990 un aumento de 75.82 por ciento, pero entre 1990 y 1991 (no se cuenta con el dato de 1992) se observa un brusco decremento de -74.37 por ciento, lo cual podría tener la misma explicación que en el caso de Argentina, pues en 1990 el crecimiento porcentual del PIB con relación a 1989 pasó de -4.60 a 0.90.

Chile, el país considerado prototípico de expansión acelerada de la atención médica privada, muestra un crecimiento sostenido en las primas/PIB, alcanzando su máximo en el bienio 1990-92, con 45.32 por ciento. Analizando esta tendencia en contraste con el crecimiento porcentual del PIB en ese país, encontramos que el crecimiento del indicador es válido ya que, a excepción de 1991, año en el que el PIB decrece, en general su crecimiento es constante (cuadro 1).

Hasta 1990 México es el país que aumenta más, con un 62.85 por ciento entre 1986 y 1988 y un 87 por ciento entre 1988-90. Para el bienio de 1990-92 el crecimiento continúa, aunque en menor proporción (33.33 por ciento).

El crecimiento de este indicador para nuestro país puede ser considerado como real, ya que el PIB creció sostenidamente a partir de 1987 y hasta 1990, observándose un descenso pronunciado en 1992 ya que pasa de 4.68 por ciento en 1990 a 2.27 por ciento en 1992, lo que significa un decremento del 51.4 por ciento.

Analizando la totalidad del periodo (comparando 1986 y 1992), encontramos que Argentina y Brasil descienden 38 y 43.05 por ciento, respectivamente, lo cual, como ya se mencionó anteriormente, es probable que se relacione con la evolución del PIB durante el periodo. Por su parte, Chile y México muestran un importante crecimiento de 109 y 117 por ciento, respectivamente, en condiciones de crecimiento más o menos sostenido del PIB (cuadros 3 y 4).

En términos generales, podemos decir que en los cuatro países analizados existe un incremento de los seguros privados durante el periodo de 1986-1992, a excepción del seguro de no vida en Argentina, el cual registra un decrecimiento de 37.93 por ciento. Llama la atención el aumento tan pronunciado en los cuatro países en el rubro de seguros de vida, dentro de los cuales se encuentran los seguros médicos. México es el país que presenta el porcentaje mayor de crecimiento, que llega a ser seis veces mayor que en Chile y cerca de nueve veces más que el de Brasil, situación similar también para el seguro de no vida. En gran medida esta situación puede ser explicada porque hasta antes de la segunda mitad de la década pasada se puede decir que en nuestro país prácticamente no existía la industria de los seguros.

Relacionando este indicador con el crecimiento de la población en los cuatro países habría que destacar que en Brasil la población aumenta mucho durante el periodo (17,510,000 personas). En México, Argentina y Chile la población aumenta 4,680,000; 2,260,000 y 1,271,000, respectivamente. Al margen de considerar los procesos inflacionarios de los países analizados, estas cifras son sugerentes de que la industria de los seguros privados se encuentra en proceso de expansión, siendo más pronunciado dicho proceso en México.

A partir del análisis anterior podemos hacer las siguientes reflexiones: al comparar evolución y crecimiento de la industria aseguradora entre México y Chile (primas/PIB, primas per cápita), encontramos que el crecimiento entre 1986 y 1992 es más acelerado en México, lo que sin duda se debe a que en nuestro país el proceso de privatización es muy incipiente comparado con Chile, donde la privatización está muy avanzada. Es probable que esto se deba también a diferencias en los modelos de privatización y financiamiento entre los dos países. Chile, por su parte, implantó el modelo de las ISAPRES en el año de 1983, lo que significó el traspaso de las cuotas de los trabajadores al sector privado, a diferencia de México, donde el crecimiento se da a partir de 1986 y hasta el momento los seguros privados tienen una función complementaria respecto al público.

En cambio, Brasil está en un momento diferente debido a las características de su reforma sanitaria que intenta priorizar la responsabilidad del estado y la universalización frente a la presión del modelo neoliberal. Además, dado a la magnitud del proceso inflacionario y considerando el hecho de que las camas son privadas desde la década de los sesenta, no parece haber en ese país un crecimiento significativo en los seguros médicos durante los últimos años.

## Evolución de la industria aseguradora en México

El sector asegurador de México está concentrado en treinta y siete empresas privadas, tres del estado y dos mutualistas (AMIS, 1992). Aseguradora Mexicana (ASEMEX), considerada como la más importante a nivel nacional, se privatizó recientemente, lo que implica que el estado mantendrá solamente dos instituciones de seguros: Agroasemex y Aseguradora Hidalgo.

Por otra parte, el crecimiento de capitales en las empresas de seguros privados se observa en los siguientes datos: hasta 1990, había cinco instituciones de seguro directo y una reaseguradora que tenía participación de capital extranjero (entre el 20 y el 44 por ciento). Hoy en día, hay inversión extranjera en nueve instituciones de seguro directo y su proporción varía entre el 26 y el 49 por ciento del capital. En cambio, en la reaseguradora, la totalidad de la inversión es de origen nacional (AMIS, 1992). Existen autores que afirman que el sector asegurador es, junto con arrendadoras y factoraje, el más abierto a la inversión extranjera del sistema financiero mexicano (Gil, 1991).

El cambio de modelo del estado mexicano ha representado alguna ventaja como es la transformación de la iniciativa privada en actor social, ya que tradicionalmente actuaba a "puerta cerrada" con los representantes del gobierno. De ahí que resulte importante rescatar la autodefinición que el sector asegurador tiene a través de sus propias declaraciones. Según las compañías aseguradoras, este sector tiene por función básica la protección de los asegurados a través de la aceptación del riesgo de las cosas o los individuos. En ese sentido, considera que el respaldo que brindan las instituciones de seguros a través de sus reservas, así como de otras relaciones de carácter financiero, es esencial para la nación (AMIS, 1992).

Considera también que la industria del seguro juega un papel importante dentro de la economía, en tanto se concibe como un instrumento de ahorro interno de largo plazo. Este ahorro ha de ser canalizado para el financiamiento del desarrollo económico. El ingreso proveniente de las primas representa la posibilidad de contar con reservas de carácter estable, crecientes y disponibles en el largo plazo. A pesar del fortalecimiento que las modificaciones legales referidas con anterioridad han brindado al sector asegurador, éste las considera insuficientes para lograr su meta de crecimiento de llegar a representar el dos por ciento del PIB, según acuerdo discrecional con el presidente, por lo cual reclama una serie de modificaciones legales adicionales que permitan su expansión, como sería el uso de seguro automovilístico como requisito para poder circular.

Siendo que los seguros representan un sector significativo del mercado financiero, los empresarios de las aseguradoras se plantean como necesario tener un crecimiento mayor que el del PIB. Para ello, su actividad se ha venido centrandó básicamente en la ampliación de su mercado. De esta manera, tenemos que en los últimos años el índice de crecimiento de primas directas reales ha sido significativo, de 1984 a 1991 aumentó un 57 por ciento, mientras que el PIB, en términos reales, creció en ese mismo lapso 5 por ciento (cuadro 5).

Si consideramos a las primas directas de los seguros como porcentaje del PIB, para el periodo 1984-1991 tenemos que han pasado de 9.86 por ciento a representar el 1.32 por ciento. Nos interesa rescatar la alta proporcionalidad de crecimiento y subrayar que para ese mismo periodo los seguros correspondientes a accidentes y enfermedades representaron el 0.02 por ciento del PIB en 1984 y el 0.11 por ciento en 1991.

Como puede apreciarse en el siguiente cuadro, desde el punto de vista de la importancia de este tipo de seguro respecto al de vida, encontramos que el seguro de accidentes y enfermedades representaba en 1984 el 8.84 por ciento y para 1993 dicha proporción ascendió a 19.08 por ciento, lo que nos está hablando de una tendencia consistente de aumento de los seguros médicos en nuestro país (cuadro 6).

Ante la firma del TLC con los Estados Unidos y Canadá, la industria aseguradora mexicana se ha planteado reforzar y ajustar un gran número de rubros de sus operaciones como son los relativos a la administración, los gastos de adquisición sobre primas directas, así como garantizar su solvencia (su capacidad para hacer frente a sus compromisos), su respaldo financiero, hacer más eficiente su capacidad de cobranza, etcétera, con el objeto de ser competitivas frente al mercado internacional al que se abre el país.

A menos de un año de haberse firmado el TLC, se anunció "la opinión favorable" para que operen doce empresas aseguradoras extranjeras en México a partir del primer trimestre de 1995, de las cuales seis son norteamericanas, cinco europeas y una japonesa (La Jornada, 18 de octubre de 1994). Esto significa que antes del año 2 000 operarán en México varias compañías de seguros extranjeras con mucho más recursos que las mexicanas y se prevé que incrementarán progresivamente su presencia en el mercado mexicano. La industria nacional se plantea como una tarea prioritaria la de promover el uso del seguro a través de campañas publicitarias informativas y de sensibilización con miras a combatir la falta de "cultura de seguro" que prevalece entre la clase media mexicana, lo que sin duda será reforzado por las empresas extranjeras.

Con relación a esto último, es interesante observar lo que señala Love (1992), especialista en materia de seguros a nivel internacional, quien resume el panorama nacional en relación al potencial asegurador con que cuenta el país para desarrollar un amplio mercado para los seguros. Desde su punto de vista, ello se debe a un desarrollo económico estable, con posibilidades de crecimiento, a la existencia de un gobierno que participa en el apoyo de la política de aseguradoras y a las características de la población, mayoritariamente urbana y joven. A esto se añade el hecho de que los altos costos de los sectores médicos privados propician que la única posibilidad de acceder a ellos sea a través de la compra del seguro de gastos médicos mayores.

### Conclusiones

1 Existe un crecimiento de la industria aseguradora en México, Chile, Argentina y Brasil, siendo más dinámico el de los primeros dos países.

2 El crecimiento del sector privado de la atención médica responde, entre otros factores, al dinamismo de los seguros médicos privados.

3 Se registra un crecimiento sostenido de la industria aseguradora en México en los últimos años, dentro del cual destaca el crecimiento del ramo de accidentes y enfermedades.

4 Aunque los seguros médicos tienen una participación porcentual baja frente a los seguros de vida, al analizar su velocidad de crecimiento observamos que es el ramo que ha crecido más rápidamente en los últimos ocho años.

### Reflexiones finales

Dado que la privatización de los servicios de atención médica es un proceso en marcha en nuestro país, consideramos conveniente introducir algunos elementos que aporten a una discusión futura sobre el carácter de sus efectos en el nivel social.

De acuerdo al documento de la WHO/SHS/NHP (1991), las políticas para promover al sector privado sólo pueden ser exitosas cuando son implementadas en el contexto de un sector gubernamental fuerte, capaz de ejercer regulación efectiva sobre los precios, la calidad y cantidad de los servicios. Incluso concluyen que los países pobres que no cuentan con una estructura gubernamental adecuada no deberían promover las actividades lucrativas del sector privado.

De acuerdo a experiencias en otros países, el proceso de privatización implica entre los aspectos más importantes: *a)* fuerte competencia entre el sector público y el privado por los recursos, *b)* prestación de los servicios más rentables por el privado y de los más costosos por el público y *c)* frecuentemente el crecimiento del privado obedece más a presiones financieras que a una lógica de racionalización del funcionamiento del sector. Consideramos que dar un fuerte impulso a la privatización, aumentaría la inequidad en la prestación de los servicios médicos.

Los actores sociales que han venido participando en este proceso son fundamentalmente las diferentes fracciones de la clase dominante y, hasta los sucesos de Chiapas de enero de 1994, habían estado ausentes, por lo menos en México, los diferentes grupos de las clases populares. Las organizaciones profesionales y gremiales de la salud muy recientemente han empezado a participar en luchas que trascienden sus intereses más inmediatos.

La política de ajuste se tradujo en un grave deterioro de la calidad de los servicios de las instituciones públicas, reforzando la preferencia de amplios sectores de la población por la práctica médica privada, lo que constituye un importante incentivo para el incremento de los seguros médicos privados.

Dentro de este contexto y ante el escenario de conflicto político de nuestro país, la lucha colectiva por la salud oscila entre reivindicaciones de ciudadanos individuales que han carecido históricamente de una cultura de participación política y la posibilidad de un estallamiento social de grandes magnitudes en el que el derecho a atención médica y a mejores condiciones de vida ocupen un lugar fundamental. Retomando el análisis hecho a lo largo de este trabajo, se puede esperar una política estatal muy agresiva destinada a facilitar la expansión del sector privado, a expensas fundamentalmente del crecimiento de los seguros médicos y de la privatización de los servicios de las instituciones de salud susceptibles de generar ganancias además de un creciente deterioro del sector público.

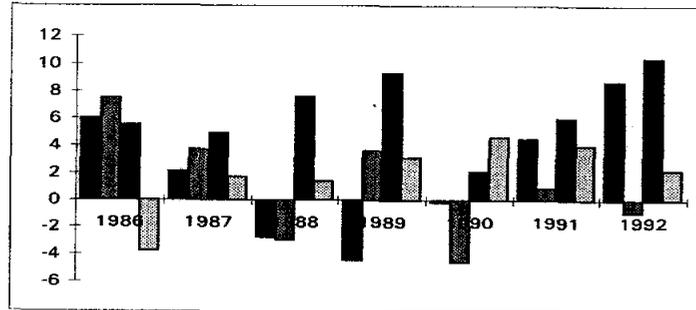
Este panorama plantea como principal escenario un país en el que desde la perspectiva del estado, el avance neoliberal debe ser un proceso inexorable, en aras de un crecimiento económico que nunca llega y que se da a costa de una profunda reducción de los niveles de bienestar de grandes sectores de la población mexicana. Esta situación apunta a una agudización de la desigualdad social y de la inequidad, dentro de la cual la reducción del acceso a servicios de atención médica contribuirá importantemente.

## Bibliografía

- AMIS A.C. (1991). *Informe anual 1991*. México, AMIS.
- AMIS A.C. (1991). *Posición del sector seguros ante las negociaciones del Tratado de Libre Comercio*, México, AMIS.
- AMIS A.C. (1992). *Panorama de la actividad aseguradora en México (1984-1991)*, México, AMIS, junio.
- Avilés, I. y H. Espinosa (1991). "Organización y funcionamiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas", *Actualidad en Seguros y Fianza*, núm. 1, México, CNSF, pp. 517.
- Barthelemy, D., G. Duby y Ch. De La Ronciere (1990). *Historia de la vida privada; poder privado y poder público en la Europa feudal*, Tomo 3, Argentina, Taurus, pp. 19-44.
- Castoriades, C. (1988). *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*, Barcelona, Gedisa, pp. 119-124.
- Cruz, C. et al., (1994). *Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios. Economía y Salud*, México, Fundación Mexicana para la Salud, Cuaderno núm 7.
- Dahl, R. (1991). *Los dilemas de pluralismo democrático*, México, Alianza Editorial y Conaculta.
- DGEI (1993). *Unidades médicas privadas. Recursos físicos, materiales y humanos*, México, Subsecretaría de Planificación, Dirección General de Estadística e Informática, SSA, pp. 8.
- Diario Oficial de la Federación*, 24 de febrero, 27 y 29 de marzo, 4 de abril y 4 de mayo de 1992.
- Eibenschutz, C. (1991). "El nuevo estado mexicano y el sistema nacional de salud. Limitaciones para su consolidación", en *Saude em Debate*, núm. 32, pp. 33-38.
- Gil Anton, J.I. y F. Solís (1991). "El proceso de desregulación y apertura del sector asegurador mexicano", en *Actualidad en Seguros y Fianzas*, núm. 1, pp. 2736.
- Laurell, A.C. (1992). *El proceso de privatización en salud en México*, UAM-X, mecanoscrito inédito.
- Love, W.D. 1992. "El tratado del libre comercio y sus repercusiones en la industria aseguradora". *Life Insurance Market Information and Research Association*, México, mecanoscrito inédito.
- Ruíz Ramírez, T. (1992). "La industria del seguro ante la integración económica", México, mecanoscrito inédito.
- Soberón, G., G. Witt-Greene, y J. Hernández-Illescas (1989). "Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud de la población abierta", en *Salud Pública de México*, núm. 31, pp. 346-369.
- WHO/SHS/NHP (1991). *Interregional meeting on the public/private mix in national health systems and the role of ministeries of health*, Report, México, Cocoyoc, Morelos, julio 22-26, WHO/SHS/NHP/91.2 1.2.
- World Bank (1991). *World Development Report 1991. The challenges of development, world development indicators*, Oxford, Oxford University.
- Yero L. y L. Urbaneja (1991). *Privatización en el sector salud en Venezuela*, Venezuela, Centro de Estudios de Desarrollo, CENDES-OPS, mecanoscrito inédito.

CUADRO 1  
CRECIMIENTO DEL PIB . (Porcentaje ) 1986-1992

País	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Argentina	6	2.1	-2.8	-4.5	-0.2	4.5	8.7
Brasil	7.5	3.7	-3	3.6	-4.6	0.9	-0.93
Chile	5.5	4.9	7.6	9.3	2.1	6	10.4
México	-3.8	1.7	1.4	3.1	4.6	4	2.2



Fuente: FIDES. El seguro Iberoamericano en cifras. 1992. México

Cuadro 2  
Evolución Primas/PIB (miles de dólares) 1986-1992

País	1986		1988		1990		1992		%VAR
	% P/PIB	% VAR							
Argentina	2.47	0	2.69	08.90	3.1	13.24	1.52	-50.93	-3800
Brasil	0.72	0	0.91	26.38	1.6	75.82	0.41*	-74.37	-43.05
Chile	1.93	0	2.17	12.93	2.83	2.25	4.04	45.32	109
México	0.70	0	1.14	62.85	1.2	87.00	1.52	33.33	117

Cuadro 3

**Evolución de la relación primas/per cápita del ramo de vida y no vida  
en América Latina 1986-1992 (US dólares)**

País	1986		1990		1992		%VAR
	P/PC	% VAR	P/PC	% VAR	P/PC	% VAR	% VAR
Argentina	58	0	80	37.93	36	-55.00	-37.93
Brasil	16	0	28	75.00	86	207.14	437.50
Chile	13	0	23	76.92	85	269.56	553.84
México	8	0	23	187.50	184	700.00	2200.00

Cuadro 4

**Evolución de la relación Primas/Per Cápita, Seguro de Vida (miles de dólares) 1986-1992**

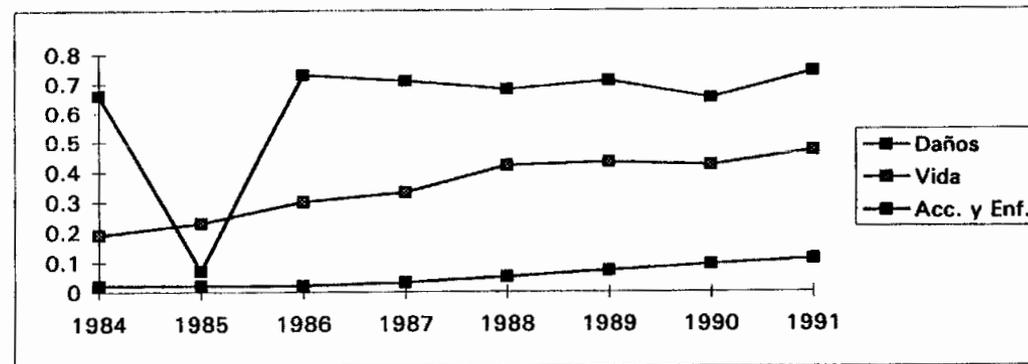
País	1986		1990		1992		%VAR
	P/PIB	% VAR	P/PIB	% VAR	P/PIB	% VAR	% VAR
Argentina	6.0	0	8	33.33	88	1 000.00	1 366.66
Brasil	3.0	0	4	33.30	30	650.00	900.00
Chile	13.0	0	34	161.53	180	430.29	1 284.61
México	3.3	0	12	263.63	270	2 150.00	8 081.80

P/PIB = Primas/Producto Interno Bruto

FUENTE: FIDES, 1990

Cuadro # 5  
Primas directas de Vida, Acc. y Enf., Daños, como % del P.I.B.

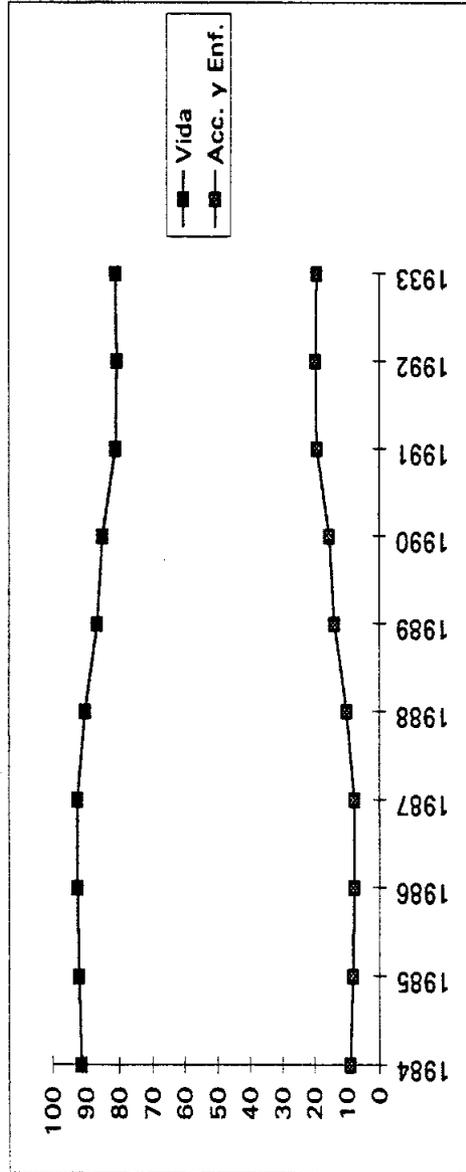
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Daños	0.66	0.07	0.73	0.71	0.68	0.71	0.65	0.74
Vida	0.19	0.23	0.3	0.33	0.42	0.43	0.42	0.47
Acc. y Enf.	0.02	0.02	0.02	0.03	0.05	0.07	0.09	0.11



Fuente: AMIS. Panorama de la actividad aseguradora. México (1984-1991) (Millones de pesos)

Cuadro # 6  
Crecimiento de la Participación por Ramo  
México 1984-1993

	1984	1986	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Vida	91.16	91.9	92.4	90.04	86.34	84.77	80.9	80.92
Acc. y Enf.	8.84	8.1	7.54	9.96	13.66	15.23	19.1	19.08



Construido por las autoras con base en los datos de AMIS.

## POSGRADO EN POBLACIÓN Y SALUD

Este es un nuevo programa de posgrado, iniciado en septiembre de 1997, y está organizado por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco), con el apoyo del Departamento de Atención a la Salud. Aunque está prevista la existencia de otras áreas, por lo pronto se ha abierto la correspondiente a planificación familiar, constituyéndose en el primer posgrado de su tipo en México.

### OBJETIVOS

El objetivo central del posgrado consiste en formalizar la preparación profesional de aquellas personas que, de manera más directa, tienen como tarea la aplicación de métodos anticonceptivos, es decir, de médicos y personal de enfermería. Este Programa de Posgrado se propone promover, de manera más enfática entre personal de enfermería, y médicos generales y familiares, las habilidades para administrar métodos de planificación familiar, introduciendo a la vez capacitación para la investigación, la comunicación, y la enseñanza.

### NIVELES DE ESTUDIO

El Programa se ofrece en dos niveles de estudio: Diploma de Especialización, dirigido a quienes tengan Licenciatura en Enfermería o en Medicina; y la Maestría, dirigido sólo a médicos. La razón por la cual esta última se ofrece únicamente a médicos es que se incluye el entrenamiento en métodos quirúrgicos.

### DURACIÓN

La Especialización tiene una duración de dos trimestres, y la Maestría de cuatro. En la Universidad Autónoma Metropolitana cada trimestre consta de doce semanas, y cada año tiene tres trimestres.

### PRINCIPIOS GENERALES

El Programa de Posgrado en Población y Salud (Área de Planificación Familiar) entiende que la promoción de la planificación familiar se fundamenta en tres principios básicos:

- La planificación familiar *es un recurso* para preservar o mejorar la salud de las mujeres y del resto del grupo familiar.
- La planificación familiar *es un derecho* de los individuos y de las parejas.
- La planificación familiar es un recurso al que se puede acudir por motivos distintos a los de salud (económicos, sociales, interés personal), por lo cual la decisión final está en manos de los usuarios y no del prestador de servicios. Siendo así, el personal médico y paramédico tiene ante sí una distinta *perspectiva ética* de su práctica profesional.

### POLÍTICAS SOBRE LOS ESTUDIANTES

En la Universidad Autónoma Metropolitana hemos considerado que la preparación que hasta ahora se da en el campo es insuficiente y en alto grado empírica, generalmente limitada a especialistas ginecobstetras, lo cual reduce los alcances potenciales de los programas de planificación familiar. Por ello, queremos dirigirnos a quienes practican la medicina general o familiar, sin olvidarnos de los que tradicionalmente han llevado a cabo la aplicación de dichos métodos. Porque es nuestro interés atraer preferentemente a profesionales con cierta experiencia y compromiso con el trabajo, se dan facilidades para que se alejen el menor tiempo posible de sus lugares de trabajo, sin afectar por ello la calidad académica de la enseñanza. Se promoverá, asimismo, que los alumnos puedan recibir entrenamiento clínico en sus propios lugares de trabajo.

### CONTENIDOS DEL PROGRAMA

Los principales contenidos del programa de Maestría son los siguientes:

**Módulo I** biología de la reproducción humana; trastornos asociados a la reproducción. Reproducción y salud. Indicaciones, contraindicaciones, ventajas, y desventajas de los distintos métodos de planificación familiar. Elección de métodos de acuerdo a las características de los usuarios. Técnicas básicas de análisis demográfico y estadístico. Métodos y técnicas epidemiológicos. Generalidades sobre administración de servicios.

**Módulo II** políticas y legislación sobre población y salud. Papel del sector privado, de los organismos internacionales, y de las organizaciones no gubernamentales en las acciones de población y salud. Evaluación de programas de planificación familiar. Técnicas de análisis demográfico y estadístico (segunda parte).

**Módulo III** la planificación familiar y distintos grupos de población (mujeres, hombres, poblaciones rurales, adolescentes). Métodos de investigación clínica y epidemiológica.

**Módulo IV** dinámica familiar; estructura y función de la familia; métodos y técnicas de entrevistas y evaluación familiar; la familia y la pareja como sistemas, y sus ciclos evolutivos. El proceso pedagógico; pedagogía y cultura; sistemas simbólicos; modelos lúdicos; difusión de innovaciones; la comunicación social.

Los alumnos inician desde el primer trimestre el trabajo que conducirá a la tesis de grado. La especialización sigue de cerca los contenidos de los dos primeros módulos de la Maestría, aunque se diferencia en la forma de enseñanza.

### INFORMES

Para mayores informes escriba a: Posgrado en Población y Salud Calzada del Hueso 1100 Coyoacán 04960 México, D.F. Tel. 723-5548 Fax 594-6315 o bien al correo electrónico: [agcserver@cueyatl.uam.mx](mailto:agcserver@cueyatl.uam.mx) También puede encontrar información en: <http://cueyatl.uam.mx/~agcserver>