

1. MÉDICOS, HOSPITALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS

1. Claridad en la oferta y precio de servicios

○ Transparencia previa al servicio:

- Publicar (en plataformas digitales, mostradores o folletería) las tarifas por consulta, procedimientos o cirugías más comunes.
- Desglosar costos cubiertos por el seguro, costos habituales y potenciales gastos extras.

○ Presupuesto previo y detalle de costos:

- Antes de la atención (excepto en urgencias), presentar un presupuesto estimado con los principales conceptos: honorarios médicos, quirófano, insumos, etc.

2. Indicación del nivel hospitalario o tabulador médico manejado con cada aseguradora con la que tienen convenio.

○ Información accesible:

- Mostrar, en un documento o plataforma visible para el paciente, el nivel (o red) de hospital y tabulador médico que aplican para cada aseguradora.

○ Consulta previa:

- Permitir al paciente averiguar con su seguro cuánto cubrirá la póliza y cuál es el posible pago adicional que tendría que asumir.

○ Si no tiene convenio con ninguna debe indicarlo al entrar en sus instalaciones de manera clara y visible.

3. Facturación y desglose por padecimiento o evento

○ Separación de costos:

- Facturar cada enfermedad, accidente o procedimiento de forma diferenciada.
- Detallar conceptos indispensables (medicamente necesarios), recomendados (que mejoran la atención) y opcionales (comodidades).

○ Información clara para el paciente:

- Entregar facturas con glosarios sencillos de los insumos y servicios prestados, separando los conceptos indispensables, recomendados y opcionales (comodidades).

4. Penalización por cobro diferenciado o abusivo

○ Igualdad de tarifas:

- Prohibir que un prestador cobre tarifas distintas dependiendo de si el paciente está asegurado o no.

○ Sanciones administrativas:

- Establecer sanciones para quien realice prácticas de sobreprecio o discriminación en costos.

2. ASEGURADORAS

1. Tarifa nivelada a lo largo de la vida

- **Fondo financiero interno:**
 - Cobrar un monto ligeramente mayor en edades jóvenes para formar una reserva que permita disminuir el impacto en la prima durante edades avanzadas.
- **Aumentos con topes razonables:**
 - Indexar los incrementos anuales a la inflación general, fijando un tope máximo que evite alzas desproporcionadas.
- **Promover planes de tarifa nivelada:**
 - Promover la creación de planes de tarifa nivelada de acuerdo a la edad de contratación y con aumentos anuales de acuerdo al IPC o pago en UDIS, UMA; o dólares en caso de coberturas internacionales.
 - Fomentar la contratación de seguros a edad temprana e incentivo para mantener la póliza durante toda la vida.

2. Beneficios y programas de prevención en salud

- **Promoción del autocuidado:**
 - Ofrecer chequeos médicos periódicos, programas de nutrición, apoyo psicológico, etc.
- **Incentivos al asegurado:**
 - Otorgar descuentos o servicios sin costo (ej. consultas preventivas, check-up anual) a quienes participen en programas de prevención.

3. Seguros dentales complementarios

- **Cobertura preventiva y correctiva:**
 - Desarrollar planes de seguros dentales para tratamientos y ortodoncia usualmente no cubiertos por los seguros de gastos médicos mayores.

4. Formatos universales para solicitudes de tratamiento y reembolsos

- **Unificación de trámites:**
 - Crear un formato estándar de “Solicitud de Tratamiento” y otro de “Solicitud de Reembolso”, “Informe Médico”, entre otros para que todas las aseguradoras utilicen los mismos formatos. Se deberán incluir campos como nombre de la aseguradora, número de póliza, número de certificado, diagnóstico, procedimiento realizado y desglose de costos.

5. Uso de terminología clara y específica

- **Evitar conceptos ambiguos:**
 - Eliminar términos como “Reconocimiento de antigüedad” a menos que realmente incluya la cobertura de padecimientos desde la fecha de inicio del seguro.
- **Preferir definiciones concretas:**
 - Usar expresiones como “Eliminación de periodos de espera” que indiquen claramente qué beneficios adquiere el asegurado y en qué plazo.

6. Garantía de asegurabilidad en padecimientos preexistentes no costosos

- **Cobertura básica:**
 - Aceptar en pólizas generales padecimientos crónicos manejables (ej., hipertensión controlada) sin excluir de entrada al solicitante.
- **Flexibilidad en suscripción:**
 - Permitir primas ajustadas o períodos de espera razonables en lugar de exclusiones definitivas.
- **Portabilidad entre aseguradoras**
 - Garantizar la libre elección de la aseguradora independientemente de la condición médica de los asegurados, estableciendo reglas claras de migración, pago de complementos y cobertura de preexistencias.

7. Prohibición de exclusión o extraprima por factores genéticos o IA

- **Prohibición de selección por tendencias genéticas o estadísticas individuales:**
 - Prohibir hacer selección médica utilizando pruebas genéticas ni análisis predictivos basados en IA para aplicar sobrecargos o negar coberturas.
- **Supervisión de algoritmos:**
 - Asegurar que cualquier herramienta de IA utilizada en los procesos de suscripción y de reclamación sea auditada y avalada por autoridades competentes.

3. PACIENTES

1. Penalización de fraudes o intentos de fraude

- **Responsabilidad legal:**
 - Mantener o reforzar la tipificación de fraude al seguro en el código penal, con sanciones a quienes proporcionen información falsa o dolosa.
- **Concientización y educación:**
 - Comunicar al asegurado los riesgos y consecuencias de incurrir en fraude, perjudicando la sostenibilidad del sistema.

2. Uso de expedientes digitales

- **Historia clínica electrónica:**
 - Fomentar plataformas certificadas para agilizar la comunicación entre hospitales, médicos y aseguradoras.
- **Control y seguridad:**
 - Asegurar que el paciente autorice el acceso a su información y mantener protocolos de protección de datos.

3. Participación en programas de prevención y cuidado de la salud

- **Incentivos directos:**
 - Ofrecer descuentos, servicios gratuitos o beneficios (p. ej., check-ups, terapias preventivas, descuentos en productos saludables) a quienes cumplan metas de salud.
- **Promoción del bienestar:**
 - Fomentar hábitos saludables (alimentación, ejercicio, salud mental) para reducir riesgos a futuro y costos médicos globales.

4. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN

1. Órgano regulador especializado

○ Fortalecer la CNSF y/o CONDUSEF:

- Con atribuciones ampliadas para vigilar que las aseguradoras cumplan con la tarifa nivelada, la claridad en los contratos y la eliminación de terminología ambigua.
- Supervisar hospitales y médicos que incurran en prácticas abusivas (cobros excesivos, retenciones indebidas, etc.).

2. Mesas de trabajo intersectoriales

○ Involucrar a todos los actores:

- Convocar periódicamente a representantes de aseguradoras, hospitales, médicos, agentes de seguros y asociaciones de pacientes.

○ Actualización continua:

- Revisar tabuladores, proponer mejoras tecnológicas y armonizar criterios para facturación y cobertura.

3. Transparencia y consulta pública

○ Indicadores de calidad y precio:

- Publicar informes anuales con estadísticas de siniestralidad, costos promedio, quejas y sanciones.

○ Comparabilidad de planes:

- Otorgar a los usuarios herramientas para comparar productos de seguros, sus costos y beneficios adicionales.