

19



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"**

**JUSTIFICACION DE LA CREACION Y APLICACION DE
UN SISTEMA DE INFORMACION PARA
GASTOS MEDICOS**

**MEMORIA DE DESEMPEÑO PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
A C T U A R I O
P R E S E N T A :
ROBERTO MENDOZA ROSALES**



ASESOR: ACT. YOLANDA ZEPEDA ZEPEDA 28 2000

282508



MEXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Si Dios me diera la oportunidad de volver a nacer, le pediría hacerlo en el mismo lugar y tiempo para:

Tener nuevamente a mis padres

A mi Papá, que con todo su amor, sacrificio y sabiduría me ha ayudado a ser lo que soy.

A mi Mamá, que con ese amor tierno e incondicional me ha apoyado en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi Sisterna, a quien tanto quiero, y que ha sido mi compañera y cómplice a toda prueba.

Así, naciendo de nuevo, tener a TODA MI FAMILIA, AMIGOS (ustedes saben perfectamente quienes son) y conocer a todas aquellas personas que de una u otra forma han marcado mi vida.

Para de nuevo, darle las GRACIAS A DIOS y a todos USTEDES de estar en mi vida.

Beto

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
I. ANTECEDENTES	
I.1 Historia del Seguro de Gastos Médicos Mayores	1
Gastos de hospital	5
Honorarios médicos	5
Enfermedades y tratamientos cubiertos.....	6
Otras enfermedades y padecimientos cubiertos	6
Cláusulas adicionales.....	6
I.2 Rentabilidad.....	7
I.3 Diferencias de la Operación con Otros Ramos	8
Participación del asegurado en el siniestro	10
Otros conceptos.....	11
Mecanismos de pago de reclamaciones.....	13
I.4 Problemáticas de la Operación de Gastos Médicos Mayores	14
Inflación médica	15
Falta de estadística propia.....	18
II. INFORMACIÓN EN LAS OPERACIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	
II.1 Usos de la Información	20
II.2 Fuentes de Información Externas.....	21
Instituciones y bases nacionales	21
Instituciones y bases de organismos internacionales u otros países.....	21

	Pág.
II.3 Fuentes de Información Internas	22
II.4 Objetivos y Expectativas de la Compañía	23
II.4.1 <i>Concentrar</i>	23
II.4.2 <i>Organizar</i>	25
Pólizas	28
Condiciones de la póliza y asegurados.....	29
Las políticas de emisión de SIDA diferentes a las de AZUL.....	29
Reclamaciones	30
II.4.3 <i>Controlar</i>	31
II.4.4 <i>Distribuir</i>	31
II.5 Requerimientos Estadísticos	31
Usuarios internos	32
Técnica	32
Médica y redes	33
Usuarios externos	35
Los reguladores.....	35
II.6 Creación del Sistema INES	37
II.7 Diseño del Sistema	43
II.7.1 <i>Plan General</i>	44
II.7.2 <i>Definición de Premisas</i>	44
II.7.3 <i>Definición de Cuadros</i>	45
II.7.4 <i>Definición de Fórmulas</i>	45
II.7.5 <i>Definición de Criterios de Aceptación</i>	45
II.7.6 <i>Diseño Conceptual</i>	46
Sistemas jerárquicos, de redes y relacionales	46
INformación Estratégica de Salud (INES)	48
Descarga.....	48
AZUL.....	49
SIDA	49
SAETA.....	49

	Pág.
Carga	50
Inserta claves.....	50
Auditoría de contenido	51
Auditoría de integridad.....	52
Distribución de primas.....	52
Explotación	54

III. EXPECTATIVAS DE EXPLOTACIÓN DE LA BASE DE DATOS

III.1 Información aplicada a la tarificación	56
III.2 Primera Fase de Explotación	60
III.3 Segunda Fase de Explotación	61
III.4 Principales Indicadores	64
III.5 Dinamismo en las Necesidades.....	65
III.6 Otras Alternativas de Explotación de la Información	67
<i>III.6.1 Herramientas de Explotación</i>	67
SAS	67
Esperant.....	68
<i>III.6.2 Tendencias de Mercado</i>	69
Data Warehouse.....	69
Data Warehouse para GNP.....	72
CONCLUSIONES	73
ANEXO I	
ANEXO II	
ANEXO III	
ANEXO IV	

INTRODUCCIÓN

La información juega un papel trascendental en la toma de decisiones para cualquier tipo de negocio, las compañías de seguros no son ajenas a este hecho. La importancia de contar con información confiable, accesible y oportuna se convierte en un punto competitivo y de vital importancia.

Grupo Nacional Provincial (GNP), en su área de Gastos Médicos Mayores (GMM) busca contar con información que satisfaga sus requerimientos a fin de reflejar esto en la toma de acciones que beneficien al asegurado y a los accionistas de la empresa.

Por tal motivo, consiente de sus necesidades y problemáticas decide la creación de un sistema de Información Estratégica de Salud (INES) el cual busca dar solución y soportar la correcta toma de decisiones, en las operaciones de Gastos Médicos Mayores.

El presente trabajo pretende definir las necesidades de Grupo Nacional Provincial en su área de Gastos Médicos Mayores que condujeron a la creación del sistema de INES, así como los criterios que se han empleado para su explotación.

Para esto, dentro del Capítulo I se realiza un sumario de lo que es el seguro de Gastos Médicos Mayores y su historia dentro de Grupo Nacional Provincial. Es en este capítulo donde identificaremos las necesidades y deficiencias de información que presenta la empresa.

Una vez identificadas las necesidades y problemáticas, en el Capítulo II plantaremos las expectativas que se tenían para la creación de INES, se identificarán las necesidades tanto internas, como externas que llevaron a la realización del proyecto. Identificaremos las características de la operación y

los sistemas con los que actualmente se opera el seguro de Gastos Médicos Mayores.

En este Capítulo conoceremos el tipo de sistema que se creó, así como sus características, mencionaremos las etapas esenciales del proyecto, recalcando los puntos cruciales de éxito.

Por último, en el Capítulo III mencionaremos las formas en las que actualmente se está haciendo uso de la información, las mejoras en la calidad de la información, de igual forma plantearemos algunas otras alternativas de uso de la información hacia las cuales tiende el mercado y mismas que creemos debieran de ser las directrices que Grupo Nacional Provincial pudiera orientar su esfuerzo en lo que a manejo de información se refiere.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

I.1 Historia del Seguro de Gastos Médicos Mayores

En sus inicios el Seguro de Gastos Médicos o de Salud formaba parte de las coberturas de los ramos de Daños, prueba de ello es el hecho de que actualmente la operación de este tipo de seguros se encuentra en el esqueleto de los estados anuales financieros de algunas compañías, así las coberturas de incapacidad representaron uno de los primeros intentos en proteger al asegurado de las contingencias que causa un accidente o enfermedad.

Con el transcurso de los años, el mercado demandó la necesidad determinante de protección contra las alteraciones de la salud, debido principalmente a que éstas se ven reflejadas sin lugar a dudas en un desequilibrio de la economía familiar, pudiendo en algunos casos acabar con el ahorro de toda una vida productiva.

Se tiene conocimiento que este tipo de negocios de salud data del año de 1890, donde se ofrecían planes los cuales cubrían ciertas enfermedades específicas. Pero en territorio Mexicano no es sino hasta el 29 de diciembre de 1934 que se autoriza la operación del ramo, mediante la modificación del Artículo 7º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Artículo 7º:

"Las autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, son por su propia naturaleza intransmisibles y se referirán a uno o más de las siguientes operaciones de seguro:

I. Vida;

II. Accidentes y enfermedades;

III. Daños, en alguno de los ramos siguientes:

- Responsabilidad civil y riesgos profesionales;*
- Marítimo y transportes;*
- Incendio;*
- Agrícola y de animales;*
- Automóviles;*
- Crédito;*
- Diversos*
- Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto en el Artículo 9º de la presente ley".¹*

En esta misma ley se define la competencia del seguro de gastos médicos de la siguiente manera:

Artículo 8º, fracción segunda:

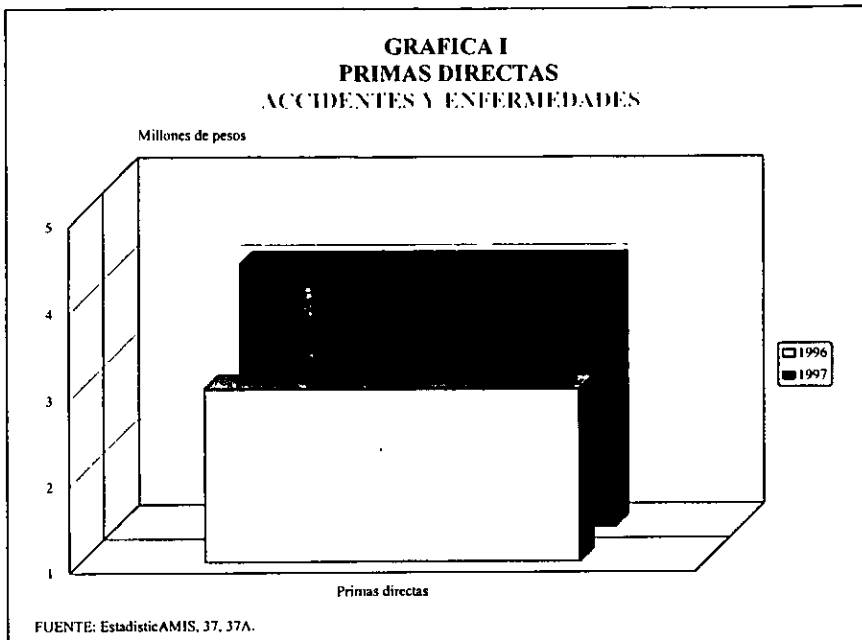
"Para las operaciones de accidentes y enfermedades, los que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, ocasionada por un accidente o enfermedad de cualquier género." ²

Debemos recordar que nuestro país cuenta con un sistema de salud en el cual la participación del estado es mayoritaria, por tal razón las compañías de seguros juegan un papel de importancia como proveedores de los servicios de salud.

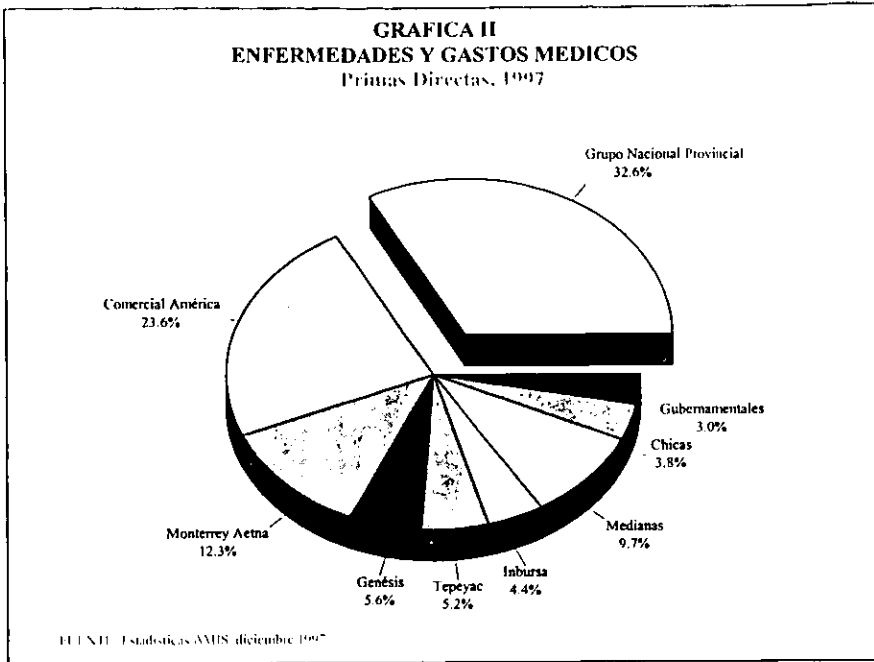
¹ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, 1994, página 3.

² Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, 1994, página 4.

A raíz de los problemas que presenta el sistema de salud estatal, derivado del crecimiento poblacional y aunado a las repercusiones de las crisis económicas por las que el país ha atravesado, el público ha tomado conciencia de la necesidad de contar con algún mecanismo alternativo que le proporcione seguridad en el cuidado de su salud. Una prueba de ello es el crecimiento del mercado de este tipo de seguros (Ver Gráfica I).



Las compañías que participan actualmente en las operaciones de Gastos Médicos son 32 del sector privado y una del sector estatal, de estas sólo cinco compañías abarcan el 79.3% del total de las operaciones, mientras que el restante de compañías cubre 20.7% del mercado (Ver Gráfica II).



Para todas las compañías, el asegurado es el principal cliente y por ello se han preocupado por diseñar los productos que cumplan con las expectativas de protección de la salud, ofreciendo diferentes planes con amplia variedad de opciones en deducibles, sumas aseguradas y coseguros.

¿Cuál es el interés asegurable del Seguro de Gastos Médicos?, se debe recordar que el interés asegurable existe en función de la necesidad de estar protegido de una pérdida o daño el cual pudiera ocurrir. Existen variadas definiciones al respecto más sin embargo sólo nos limitaremos a mencionar algunas.

El seguro de gastos médicos “Es una protección financiera, ante eventualidades médicas (Accidente o Enfermedad) que pudiera llevar a un desequilibrio económico a la persona o familia”³; otra definición es, “*Types of coverage providing for the payment of benefits as a result of sickness or*

³Respuestas a preguntas clave (Manual de capacitación) Grupo Nacional Provincial.

*injury*⁴ que se pudiera traducir como un tipo de cobertura que provee del pago de una suma como resultado de una enfermedad o accidente. Como se puede observar en ambos casos se está cubriendo una alteración de la economía del asegurado como resultado de un accidente o enfermedad.

Como en todos los contratos de seguros, existe un clausulado por medio del cual se especifican los alcances de la cobertura y las condiciones de la misma. En los gastos cubiertos de los productos de GMM de GNP encontramos básicamente los siguientes:

Gastos de hospital

Estos incluyen generalmente los siguientes conceptos:

- Gastos de hospital o sanatorio representado por la habitación privada estándar en territorio nacional y semiprivado en el extranjero.
- Cama extra para un acompañante durante el tiempo que el asegurado este internado en hospital o sanatorio en territorio nacional.
- Medicamentos prescritos por el médico tratante.

Honorarios médicos

- Honorarios médicos, cirujanos, anestesistas y ayudantes por intervención quirúrgica por el límite establecido en los catálogos de intervenciones quirúrgicas en territorio nacional, en el extranjero se paga de acuerdo al U.C.R. (Usual, Customary and Reasonable) del país donde se encuentre el asegurado.

Enfermedades y tratamientos cubiertos

- Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia.

⁴Health Insurance Glossary. Münchener Rück.

- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre que se haya notificado a la aseguradora sobre el nacimiento, a más tardar 30 días de ocurrido el hecho.

Otras enfermedades y padecimientos cubiertos

Algunas de las enfermedades y tratamientos son cubiertos con un Período de Espera⁵, esto debido principalmente a la dificultad que representa identificar si estos son padecimientos preexistentes.

Pero las compañías buscan siempre darles un valor agregado a sus planes, por tal motivo se esmeran en ofrecer otro tipo de coberturas, éstas son comúnmente conocidas como cláusulas adicionales.

Cláusulas adicionales

Cláusula de Emergencia en el Extranjero, esta cubre el importe de los gastos erogados en el extranjero por causa de una emergencia médica, cabe hacer notar que sólo en el caso de emergencia médica.

Cláusula de Deportes Peligrosos, que cubre los gastos ocasionados por las lesiones que el asegurado pueda sufrir por la práctica amateur de cualquier deporte peligroso. Existen algunos deportes que se excluyen definitivamente como son el boxeo, lucha libre y greco romana. Cabe aclarar que no están cubiertas las lesiones ocasionadas por la práctica profesional de ningún deporte.

Las dos cláusulas mencionadas anteriormente son adicionadas a la cobertura básica, la primera de ellas maneja una suma asegurada y deducibles propios, mientras que la segunda maneja las mismas condiciones que la cobertura básica.

⁵ Se entiende como periodo de espera, el tiempo que debe transcurrir para que se puedan cubrir ciertos padecimientos, sin esto significar la aceptación de padecimientos preexistentes.

Cláusula de salud familiar, por medio de la cual la familia del asegurado y el mismo están protegidos durante un período de 5 años, en caso de que el titular de la póliza se incapacite parcial o totalmente.

Cláusula Dental y de Preexistencia, ofrecidas exclusivamente para grupos.

En los orígenes de este seguro las enfermedades cubiertas eran muy pocas, pero en nuestros días ésto ha cambiado rotundamente, al cubrir prácticamente todas las enfermedades; por supuesto que también existen algunas enfermedades que no son cubiertas pues constituyen un riesgo cierto.

I.2 Rentabilidad

Las operaciones de gastos médicos se consideraron como áreas de servicio al igual que los seguros de autos, debido a que no generaban utilidad, eran ofrecidos en paquete con los seguros de vida. Esto era considerado normal al orden de la estructura de los planes de GMM, así las ganancias de los otros ramos compensaban la pérdida originada por éstos.

No debemos perder de vista que todo seguro representa un negocio para las compañías, por lo mismo, es de vital importancia que cada uno de ellos sea rentable. Ya hemos observado la participación de mercado de las compañías respecto a primas directas, pero ¿Realmente esto nos indica que son buenas compañías?

Mencionamos que el asegurado es el principal cliente, además toda compañía debe de responder con el servicio y calidad que los asegurados esperan. Pero existe un segundo cliente al cual se debe de satisfacer y este es el accionista, que tiene la expectativa de crecimiento de su inversión, por tal razón es necesario medir la utilidad del negocio buscando siempre su rentabilidad.

Con estos argumentos no basta vender mucho, sino vender negocios rentables, cuidando mucho la suscripción de negocios. Así, podemos

observar que, no necesariamente las compañías más grandes son las más rentables.

Pero, ¿Cómo controlar debidamente las variables de riesgo cuando la operación del ramo no lo permite del todo?, ¿Cuáles son los impedimentos que presenta la operación?, ¿Qué indicadores son imprescindibles para el sano crecimiento y desarrollo del ramo?.

I.3 Diferencias de la Operación con Otros Ramos

Debido a la naturaleza del seguro de Gastos Médicos Mayores, éste presenta características que lo diferencian significativamente de las operaciones de vida y los ramos de daños, por esta razón la terminología del seguro de Salud contiene una variedad de expresiones que son usadas exclusivamente en este tipo de seguro y difieren significativamente de la terminología común del seguro y/o de los términos médicos.

Considerando la importancia de estos conceptos, a continuación enumeraremos algunos de los conceptos de mayor importancia en el seguro de salud y su diferencia con otros ramos y operaciones:

Dependientes económicos: Se consideran dependientes económicos del asegurado principal al cónyuge y a los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan remuneración alguna por trabajo personal. En caso de que el asegurado principal sea soltero, se considerarán a sus padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de aceptación.

Este es uno de los conceptos de uso exclusivo, debido que para las pólizas de este ramo tanto individuales, colectivas y de grupo marca el parámetro para la emisión de un seguro familiar o la emisión en su defecto de un conjunto de pólizas individuales.

Accidente cubierto: Es el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en el asegurado, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza. No se considera accidente cualquier lesión corporal causada intencionalmente por el asegurado. Es uno de los factores de riesgos cubiertos por la póliza, es importante mencionar que por política de varias compañías un siniestro cubierto de este tipo se puede seguir pagando hasta agotar la suma asegurada, siempre y cuando el asegurado renueve su póliza o en su defecto hasta los 365 días después del fin de vigencia de la póliza.

Enfermedad cubierta: Es toda alteración en la salud del asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza. Este gasto cubierto se encuentra en el mismo caso que el anterior en la aplicación del pago.

Emergencia médica: Se considera Emergencia Médica, cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, por lo cual, requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital dentro de las primeras 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.

Esta definición también es exclusiva de este seguro y tiene el objetivo de evitar el abuso, al igual que el deducible, por parte del asegurado ante aquellos padecimientos susceptibles de programar. Con esta definición se busca abatir los costos, fomentando el uso del servicio de programación de cirugías entre los asegurados.

Suma asegurada: Es la cantidad base que tiene el asegurado por concepto de padecimientos y/o accidentes cubiertos por la póliza, menos deducible y coaseguro aplicado a la reclamación.

Dicho monto se determinará con base en el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal al momento en que es efectuado el primer gasto correspondiente a cada enfermedad o accidente.

Para este concepto no hay mucho que decir, debido a que existe en todos los tipos de seguros con la única diferencia, más no exclusiva, de encontrarse indexada a una variable económica, la cual busca mantener el poder de protección ante los efectos inflacionarios, bajo este esquema encontramos algunos planes de vida individual, grupo y algunos planes de pensiones. En el caso de autos, incendio, agrícolas, responsabilidad civil, etc., la suma asegurada generalmente se fija en función del valor comercial del objeto sujeto a riesgo.

Participación del asegurado en el siniestro

Generalmente los dos siguientes conceptos existen íntimamente ligados a la reclamación y al límite de obligación de la compañía.

Deducible: Cantidad de la reclamación a cargo del asegurado, indicada en la carátula de la póliza.

Este concepto de igual forma que el anterior se encuentra en la mayoría de los seguros, excepto para algunos como en el caso de vida, debido a que sería absurdo pagar deducible después de morir. El objetivo del concepto es el de evitar que el asegurado reclame un daño a la aseguradora por mínimo que sea. El caso que nos ocupa busca abatir las reclamaciones por padecimientos menores ejemplo de ellos pueden ser una gripe, desentería leve, cortadura, etc.

Coaseguro: Porcentaje a cargo del asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos una vez descontado el deducible para cada reclamación.

El objetivo de este al igual que el concepto listado anteriormente busca la participación del asegurado de la reclamación y de la misma forma concientizar al asegurado para que absorba los gastos que se encuentran dentro de sus posibilidades económicas. Es importante mencionar que actualmente el mercado ofrece dentro de sus beneficios la eliminación y/o reducción de estos conceptos si el asegurado recurre a las opciones de programación de cirugía o reporte de hospital.

Otros conceptos

Honorarios médicos: Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico por los servicios que presta a los asegurados.

Este concepto representa aproximadamente el 43% del total del importe de cada reclamación, por tal motivo la mayoría de las compañías buscan mediante convenios con médicos reducir costos, garantizando a éstos ciertos volúmenes de pacientes, al canalizarlos hacia ellos.

Lo anterior se logra al fomentar entre la población asegurada el uso del servicio de programación de cirugías.

Hospitalización: Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobada para el padecimiento; a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

Este es otro de los conceptos de mayor peso dentro de las reclamaciones, participando aproximadamente con un 40% del importe total reclamado, así que obedece igual atención que el punto anteriormente citado. También en este caso las compañías buscan convenio con los principales hospitales, donde es atendida su cárteta, costos preferenciales con base en el volumen que estos atienden.

Tabla de intervenciones quirúrgicas: Relación de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, donde se indica el importe pactado con los médicos y hospitales en convenio de cada Plan, aquí se determina el monto máximo que pagará la aseguradora por concepto de gastos médicos en cada enfermedad o accidente cubierto.

Padecimientos preexistentes: Son aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura de cada asegurado. También se consideran padecimientos preexistentes aquellos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado diagnósticos que señalen que éstos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación de la póliza para cada asegurado.

Período de gracia: Es el lapso de 30 días naturales contados a partir del inicio de la vigencia de la póliza que tiene el contratante para liquidar el total de la prima en cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

En este período no se otorgará el servicio de pago directo si la póliza no ha sido pagada.

Periodo al descubierto: Es el lapso en el cuál la póliza no está pagada. Inicia al día siguiente de finalizado el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones o servicio de Reporte de Hospital por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este período. Tampoco procederá el pago de reclamaciones cuyos gastos realizados por alguna enfermedad o accidente se haya erogado, estando la póliza en este período.

Período de espera: Es el tiempo que debe de transcurrir para que se pueda cubrir un padecimiento.

Endoso: Documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste.

Endoso de reducción y/o eliminación de periodo de espera: Es la consideración por parte de la aseguradora, del tiempo de inclusión en el seguro de Gastos Médicos Mayores con otras aseguradoras que ha tenido el asegurado, el cual indica en el endoso anexo a la misma, previos a la adquisición de la póliza, con el objeto de reducir o eliminar los períodos de espera.

Es indispensable que las enfermedades y accidentes, hayan iniciado sus signos y síntomas dentro de la vigencia de esta póliza, por los que la reducción o eliminación de períodos de espera no implica la aceptación de padecimientos preexistentes.

Mecanismos de pago de reclamaciones

Programación de cirugías y/o tratamientos médicos: Beneficio mediante el cual el asegurado recibe previo a su intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico la autorización para el pago de los mismos.

Reporte de hospital: Servicio mediante el cual el asegurado al internarse en el hospital se reporta a la aseguradora quien manda un médico supervisor a dictaminar la reclamación.

Estos dos mecanismos son conocidos como de pago directo, generalmente para poder operar correctamente éstos, previamente la compañía aseguradora ha contactado y realizado algún tipo de convenio con los médicos y hospitales. Así el pago se realiza directamente y el asegurado no realiza ningún tipo de egreso cubierto en el momento de la intervención quirúrgica, es importante mencionar que esta forma de trabajar también existe en otros países, en Estados Unidos las HMO's, en Chile las ISAPRES.⁶

Reembolso: Este sistema consiste en que los gastos realizados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, deberán de ser liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan serán posteriormente reintegrados al asegurado, o a quien éste designe, por la aseguradora.

Bajo este esquema el asegurado recibe la atención sin la intervención de la aseguradora, siendo él quien directamente liquide los gastos originados por el tratamiento médico o intervención quirúrgica, posteriormente el asegurado presentará los comprobantes y facturas las cuales serán dictaminadas por la compañía aseguradora y una vez efectuado el dictamen correspondiente de acuerdo al plan contratado se procederá a reembolsar el importe correspondiente.

⁶Health insurance in practice, William a Glaser; Jossey Bass.

El anterior esquema no es precisamente el que representa mayor beneficio para el asegurado, debido a que generalmente se aplica en este caso la participación del asegurado, es decir deducible y coaseguro.

1.4 Problemáticas de la Operación de Gastos Médicos Mayores

Actualmente el sector que opera gastos médicos presenta algunos inconvenientes que impiden su correcto y sano desarrollo, éstos son tanto de carácter gubernamental o de regulación y por otro lado los que son propios del negocio.

Los problemas de siniestralidad que presentan algunas compañías, son efectos derivados principalmente de factores como los que se mencionan a continuación y se ven reflejados en la rentabilidad del negocio (Ver Cuadro I), en la mayoría de las veces se refleja en el aumento de las primas de los seguros de GMM.

CUADRO I
RESULTADO TECNICO, 1997

Compañía	Resultado Técnico (en miles de pesos)
Grupo Nacional Provincial	76,908
Comercial América	26,690
Inbursa	16,267
Tepeyac	16,205
Monterrey-Aetna	-1,209

Ante la carencia de recursos de información, las compañías responden a desviaciones de siniestralidad con incrementos de tarifas, suponiendo en muchos casos que estas desviaciones obedecen a factores macroeconómicos.

Una desviación de siniestralidad, en su gran mayoría se genera por cambios en la distribución y concentración de los riesgos. Así el cambios demográficos y de morbilidad juegan un papel muy importante. La única manera de responder a este tipo de problemas será identificando plenamente las causas específicas de tales desviaciones

Inflación médica

Como toda actividad económica, el mercado de seguros de gastos médicos se ve afectado con las tendencias propias de las variables macroeconómicas, de tal modo que en las operaciones de éstos se ven reflejadas las tendencias inflacionarias en los costos de las obligaciones y tarifas del sector asegurador.

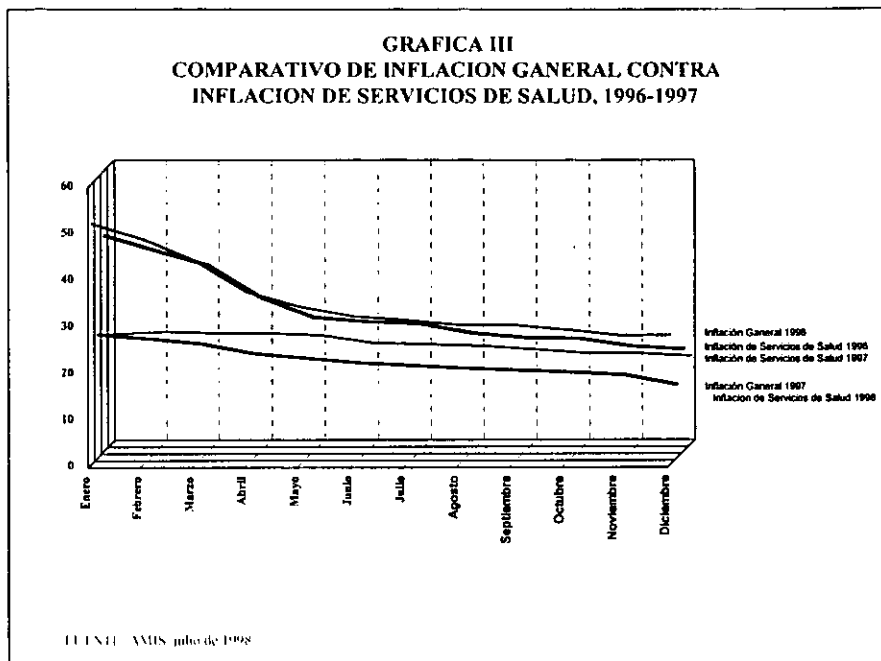
Las obligaciones en este tipo de seguros dependen sin lugar a dudas de las tendencias del mercado de la salud, entendiendo como tal a todos los prestadores de servicios de salud y cuidado personal que no se encuentran dentro del esquema estatal de salud. Dentro de un estudio interno de la cartera de GMM buscando aislar los componentes que integran el total de una reclamación se pudo observar lo siguiente:

Concepto

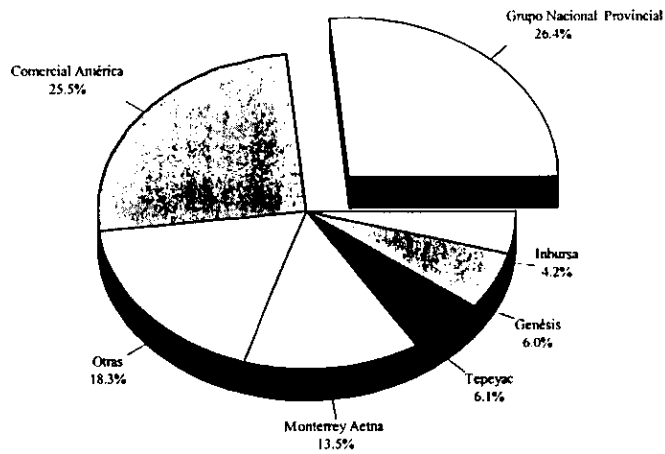
• Hospitalización	40%
• Intervención Quirúrgica (I.Q.)	35%
• Medicamentos	12%
• Consulta Médica	8%
• Análisis Clínicos	5%
• Total de la Reclamación	100%

Como se podrá observar de los principales rubros que constituyen una reclamación de GMM sobresalen los conceptos de Hospitalización, Intervención quirúrgica y medicamentos, principalmente en éstos los prestadores de servicios incluyen en el costo de sus servicios los efectos inflacionarios que se reflejaron en sus insumos (Ver Gráfica III).

De la misma forma que las primas las compañías se reparte en el mercado, así pues la siguiente gráfica nos muestra como se comportaron los siniestros en 1997 (Ver Gráficas IV y V).

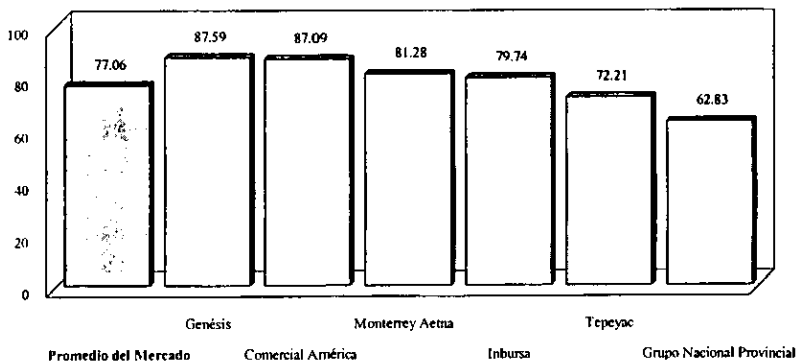


GRAFICA IV
PARTICIPACION DE SINIESTROS PAGADOS
 Enfermedades y Gastos Médicos, 1997



FUENTE: Estadísticas AMBS diciembre 1997

GRAFICA V
PORCENTAJE DE SINIESTRALIDAD, 1997



FUENTE: Estadísticas AMBS diciembre 1997

Es importante observar como se comportaron los indicadores económicos, para poder entender la razón de los incrementos en los importes tanto de primas como siniestros pagados.

Hace algo menos de cuatro años era común en el mercado los planes sin límites para I.Q., esto sin lugar a dudas favoreció de manera directa una tendencia inflacionaria en los costos de I.Q., al propiciar que los médicos al conocer que se contaba con este tipo de seguros incrementaran en forma considerable el costo de sus honorarios.

En nuestros días y en nuestro país no existe ningún organismo regulador de los costos de los servicios médicos, ni en su defecto organización alguna en la cual se encuentren afiliados todos los médicos del país.

En otros países, sin embargo, las organizaciones médicas ya llevan operando desde un tiempo considerable, en Francia por ejemplo las Mutuelle's, en Alemania las KV's (Kassenärztliche Vereinigungen), en Estados Unidos las HMO's (Health Maintenance Organization) y en Chile las ISAPRES, de una u otra forma bajo esquemas de operación similares proporcionan servicios de salud con costos controlados⁷. Así es cada vez más raro en estos países la prestación de servicios médico-paciente sin la imagen intermedia de alguna de estas organizaciones.

Falta de estadística propia

Se podría decir que desde sus bases, el seguro de gastos médicos en México presenta deficiencias, debido principalmente a la carencia de una estadística propia que permita una correcta medición del riesgo.

A diferencia de otros países como los Estados Unidos en donde existen infinidad de empresas tanto federales como dependientes de sectores privados que se dedican 100% al estudio del mercado y a la realización de todo tipo de estadísticas, en nuestro país sin embargo solamente se cuenta

⁷ Health insurance in practice; Cap. 10, Physician Service.

con dos instituciones gubernamentales dedicadas exclusivamente a la estadística y demografía de nuestro territorio. Cabe mencionar que son pocas las empresas que invierten recursos en el estudio de sus mercados.

Importante es mencionar que con el objeto de contar con una estadística propia se tiene que invertir una considerable cantidad de recursos tanto materiales como humanos, es por esta razón que no todas las compañías se encuentran en posibilidades de realizar este tipo de inversiones.

Así tenemos que la mayoría de los planes de seguros que actualmente se encuentran en el mercado tengan como base la experiencia de otros países y en algunos casos adecuaciones al mercado nacional.

CAPÍTULO II

INFORMACIÓN EN LAS OPERACIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

En este capítulo analizaremos las necesidades de información de GNP en las operaciones de GMM. Es importante señalar que lo que veremos en este apartado es una situación específica de GNP y no se puede, de ninguna manera, generalizar a otras empresas.

II.1 Usos de la Información

Las compañías de seguros requieren información para poder realizar sus funciones esenciales, como lo son: el cálculo de primas, análisis de tendencias, desarrollo de nuevos productos, cálculo de reservas de riesgos en curso y de siniestros ocurridos pero no reportados (OPNR o IBNR, en sus siglas en inglés) y algunos estudios especiales.

Por esta razón la confiabilidad de la información es un punto importante, por lo cual las compañías realizan esfuerzos para garantizar la calidad y oportunidad de ésta. En algunos casos la información requerida no existe en forma interna, por lo que se recurre a fuentes externas, para obtenerla.

Se puede decir que existen dos diferentes tipos de fuentes de información: las externas y las internas.

II.2 Fuentes de Información Externas

Generalmente las compañías recurren a este tipo de fuentes cuando buscan la expansión hacia nuevos nichos de mercado, adecuación de servicios y productos o creación de productos con base en las necesidades que demanda el mercado, es decir cuando se buscan nuevas áreas de oportunidad para la empresa.

Generalmente este tipo de fuentes proporcionan indicadores generales sobre una determinada población o bien sobre poblaciones muy particulares. Para la población de GMM, tema de este trabajo, las fuentes de información existentes pueden ser:

Instituciones y bases nacionales

- Estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),
- Estadísticas de Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSTE),
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA),
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI),
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD),
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS),
- Censo nacional de población y vivienda, y
- Consultores de estudios de mercado

Instituciones y bases de organismos internacionales u otros países

- Estadísticas de la Health Management Organization (HMO's) de E.U.,
- Estadísticas de la Physician Providers Organization (PPO's) de E.U.,
- Estadísticas de las ISAPRES de Chile, y
- Organizaciones de otros países

Toda la información que es obtenida a través de estas fuentes, provee un soporte para la toma de decisiones, ya que como menciona Randall P. Herman. "Es importante considerar las características de la población que

pueden afectar la mortalidad y morbilidad además del período de tiempo de donde la experiencia es tomada”⁸.

Sin embargo, esta información no representa las características de una cartera de GMM, pero puede ayudar a trazar una directriz.

Para esto se tiene que realizar toda una serie de estudios comparativos de las morbilidades, frecuencias con el objetivo de validar la experiencia propia o adoptar algunos de los indicadores existentes en estas fuentes para inferir en el objeto de análisis o estudio.

En estos casos, es conveniente realizar un esfuerzo de concentración de información, con el fin de obtener indicadores propios que aunque presenten cierto margen de error, es mucho mejor que no contar con nada.

II.3 Fuentes de Información Internas

Las fuentes internas deberían representar la fuente de información más importante para el análisis actuarial, debido a que la experiencia de cada compañía debiera marcar una directriz para la toma de decisiones y políticas. Para el seguro de gastos médicos en particular es de singular importancia debido a que éstos se basan en el comportamiento de numerosas variables las cuales representan particularidades para las carteras de cada compañía.

Existen algunas compañías cuyo volumen de negocio de GMM no resulta representativo facilitando en cierto modo el esfuerzo de contar con información propia, pero por otro lado existen compañías que manejan un volumen de negocio de GMM muy alto por lo cual la generación de información es costosa tanto en tiempo como en recursos.

Las coberturas de los seguros médicos se han desarrollado considerablemente, a su vez los productos se han complicado en su operación en forma proporcional, por tal motivo las compañías requieren del desarrollo

⁸ William F. Bluhm, Group Insurance, Data sources and structures (Por Randall P. Herman).

paralelo de sistemas administradores adicionales a los que se cuenta actualmente o en su defecto adecuaciones a los existentes. Esto da como resultado la necesidad de un mayor control de las variables estadísticas que influyen es este tipo de mercado.

II.4 Objetivos y Expectativas de la Compañía

Ante la importancia de contar con una estadística propia y confiable, GNP decidió crear un sistema de información estadística, con objeto de satisfacer las necesidades de las operaciones de Gastos Médicos Mayores. Este proyecto fue llamado INformación Estratégica de Salud (INES).

INES nace en respuesta a los problemas de que presentaba GNP.

- . Alta siniestralidad
- . Resultado técnico negativo
- . Falta de bases estadísticas (Propias)
- . Bases sólidas para tarificación
- . Control en el número de asegurados y pólizas

Para solucionar estos problemas se crea INES, el cual se basa en los siguientes objetivos como punto de partida para la solución de los problemas listados anteriormente.

- . Concentrar
- . Organizar
- . Controlar
- . Distribuir

II.4.1 Concentrar

Actualmente dentro de GNP se cuenta con varios sistemas que ayudan a cumplir cada uno de los diferentes objetivos de la operación de Gastos Médicos, en primer lugar encontramos el sistema conocido como AZUL,

cuya función es la operación y administración de pólizas y siniestros (reclamaciones).

AZUL es un sistema desarrollado para el seguro de personas bajo un ambiente IDMS y en éste sólo se procesan los subramos de Gastos Médicos Mayores como son los Planes Hospitalarios y los Planes Internacionales y en algunos casos los de Accidentes como son Accidentes Personales, Escolares, Accidentes Personales a Corto Plazo, Accidentes Viajes Aéreos, entre otros, pero sólo para la administración de las reclamaciones.

Este sistema consta de módulos para la emisión, renovación, control de endosos y la administración e historia de reclamaciones. Pero como todo sistema tiene ciertas limitantes, en este caso carece de un módulo de cobranza. Para cubrir esta deficiencia existe un segundo sistema llamado SIDA (Sistema de Daños) por medio del cual se controla la cobranza y realiza la interfase contable.

Los sistemas antes mencionados no cuentan con ningún tipo de registro de contabilidad menor el cual representa la forma más importante para el control de la operación. Además cada uno de estos se encuentran desarrollados en diferentes plataformas, es decir no comparten un ambiente de máquina.

SIDA es un sistema desarrollado para los seguros de daños el cual se encuentra bajo un ambiente CICS (Customer Information Control System), en este se lleva a cabo el proceso de la cobranza de todas las operaciones de Gastos Médicos y Accidentes además de todo lo relacionado a daños como pueden ser Responsabilidad Civil, Marítimo, Diversos, etc.

Como ya hemos mencionado anteriormente los seguros de gastos médicos fueron tradicionalmente incluidos dentro del área de daños, por esta razón parte de su operación continua llevándose a través de los sistemas de esta área. Sin embargo y como resultado del crecimiento de las operaciones este seguro ha pasado a formar parte del área del seguro de personas por lo cual se hizo indispensable una sistematización del área de vida.

A raíz de las diferencias de plataformas de estos dos sistemas se ha provocado de manera irreversible que las interfases de la información se compliquen en proporción al desarrollo de nuevos productos y al crecimiento de la cartera. Así aunque se cumplan los objetivos de servicio hacia los asegurados, los principales clientes, no se realizan al nivel deseable. Así la oportunidad y calidad de la información a nivel interno se ve considerablemente afectada.

Al pertenecer SIDA a un grupo de sistemas antiguos, sin duda de utilidad en el momento en que se implementaron, ha llevado a realizar cada vez con mayor frecuencia movimientos de tipo “semi-manual”, provocando que el seguimiento sea día a día más complejo.

De la misma forma AZUL ha venido siendo objeto de adecuaciones cada vez que se desarrollan nuevos productos, esto origina de la misma forma que surjan una serie de problemas en SIDA, que en su conjunto conllevan a una desorganización considerable de la información.

Por lo anteriormente mencionado se hacía indispensable crear una base de datos que permitiera concentrar tanto la información de emisión y reclamaciones (AZUL) y la información de cobranza (SIDA), que permitiera de esta manera agilizar las vías de estudio y análisis de la información.

No sin perder de vista que en un futuro no muy lejano estos sistemas lleguen al final de su vida útil, y que cuando esto ocurra el sistema INES se vea afectado en lo mínimo.

II.4.2 Organizar

Debido principalmente a que los sistemas existentes no cuentan con formas de comunicación, diferentes de las interfases existentes. Esta desorganización complica la correcta relación entre datos y si aunamos la problemática de la existencia de condiciones especiales entre ambos sistemas, éste segundo objetivo representaba un punto de singular importancia para la correcta concepción de INES.

Las áreas usuarias han tenido que crear soluciones alternas a los sistemas para poder continuar con la operación del negocio que cuenta con características muy complejas, estas medidas que bien han solucionado los problemas inmediatos han afectado la integridad de la información existente en los sistemas de SIDA y AZUL.

Estas medidas han dado origen a que se generen todo tipo de incongruencias entre sistemas, triangulación respecto a los registros del Sistema Contable y Financiero (SICOFI), lentitud en la operación de los sistemas, errores de información, pérdida de un control estricto de la contabilidad e imposibilidad de darle un correcto registro a cierto tipo de negocios.

Lo anterior ha provocado que actualmente ciertas áreas de la compañía tengan que asignar recursos a la aclaración y control de esta información que ha pasado por diferentes usuarios.

Con el fin de comprender con un grado mayor de profundidad el problema que representan los puntos anteriormente señalados, resulta conveniente el conocimiento del tipo de información que manejan tanto AZUL como SIDA.

Actualmente AZUL funge como el administrador tanto de la emisión como del pago de las reclamaciones, así los principales datos que encontramos en él son:

Emisión

- Número de póliza
- Datos del contratante
- Agente
- Condiciones de la póliza
 - Tipo de plan
 - Suma asegurada
 - Deducible
 - Coaseguro
 - Coberturas contratadas
- Vigencias
- Fecha de emisión
- Asegurados

- Coberturas
- Primas
- Sexo
- Fechas de alta
- Fecha de nacimiento
- Fecha de antigüedad
- Prima de las coberturas
- Prima total de la póliza

Reclamaciones

- Número de la reclamación
- Póliza original afectada
- Póliza de cobranza afectada
- Asegurado titular de la Póliza
- Asegurado afectado
- Padecimiento
- Gastos de la reclamación
 - Reclamado
 - No cubierto
 - Deducible
 - Coaseguro

Por otro lado SIDA dentro de sus funciones de cobranza contempla una serie de opciones las cuales le da valor agregado, ayudando a la administración de la póliza:

Cobranza

- Póliza de cobranza
- Datos del contratante
- Agente
- Estatus de la póliza (vigente, cancelada)
- Endoso
- Recibos
- Prima neta (póliza, endoso)
- Primas totales (póliza, endoso)
- Recargo por pago fraccionado (póliza, endoso)

- Impuesto (póliza, endoso)
- Derechos de póliza (póliza, endoso)

Una vez que conocemos a groso modo los datos que contienen ambos sistemas podemos mencionar algunos de los problemas más representativos de la información.

Resulta de suma importancia mencionar que los problemas que a continuación se mencionan representan los problemas específicos de GNP, más no la problemática del mercado de gastos médicos en conjunto.

Los principales problemas de información se pueden clasificar en los siguientes rubros:

- Pólizas
- Condiciones de la póliza
- Asegurados
- Reclamaciones

Cada uno de los tópicos presenta algún problema específico, debido a la importancia de estos, mencionaremos a continuación algunas de las características:

Pólizas

Existencia de pólizas en AZUL y no en SIDA, antes de continuar debemos de partir de la premisa que todas las pólizas de AZUL deben de estar en SIDA, la premisa anterior se debería de cumplir bajo el argumento que todas las pólizas en administración (AZUL) deben de estar contabilizadas, sin embargo se da el caso que existan pólizas de prueba en AZUL que no hicieron interfase en SIDA o en su defecto pólizas de características especiales que no pueden emitirse vía AZUL.

Existencia de pólizas en SIDA no en AZUL, este caso es más frecuente debido principalmente a que en este caso se encuentran las pólizas de accidentes.

Debemos de aclarar en este punto que el sistema de AZUL fue diseñado para la administración de gastos médicos, lo que imposibilita la emisión de accidentes por este medio. Así la emisión es directa en SIDA y solamente cuando se pagan reclamaciones en AZUL es en ese momento cuando se registra en el sistema.

Estas ultimas son pólizas de accidentes ya que no existe un sistema diseñado para la administración de este tipo de negocios, en su defecto pólizas de GMM conocidas como jumbo las cuales rebasan en número de asegurados el diseño del sistema.

Como un resultado lógico de la inexistencia de la relación uno a uno de las pólizas se genera la carencia de los datos aunados a estos:

Condiciones de la póliza y asegurados

Cuando encontramos el primero de los casos mencionados, realmente no representa mayor problema, pero no así el segundo caso ya que en éste además de no contar con las condiciones de la póliza en el sistema administrador tampoco se cuenta con los asegurados.

Pero lo grave del caso son las implicaciones de servicio ya que el seguir en forma manual las condiciones y asegurados de la póliza deriva en la pérdida de la oportunidad en el servicio que se presta a los asegurados más las implicaciones estadísticas y no menos importante la posibilidad de estar soportando fraudes debido al mal control de la operación.

Las políticas de emisión de SIDA diferentes a las de AZUL

Este problema básicamente se refleja en las diferencias existentes entre las primas de ambos sistemas.

Reclamaciones

Como podemos notar los problemas que se han mencionado con anterioridad entorpecen la operación y también la generación de una correcta estadística, a continuación mencionaremos algunos de los problemas existentes a este respecto sin profundizar ya que sólo tratamos de esbozar el trasfondo del problema de la información.

El área de reclamaciones realiza un proceso semi-manual para determinar la procedencia de una reclamación.

En primer lugar para determinar una reclamación se debe de saber sí:

- El asegurado existe en la póliza
- La póliza cuenta con la cobertura
- La vigencia está en vigor
- ¿Está pagada la póliza o no?
- Si existe algún endoso de exclusión
- Si existe algún endoso de alta, baja o cambio de condiciones

Posteriormente pasar a dictamen médico para ver su procedencia en este departamento.

Como se puede percibir si algún asegurado reclamase y su póliza presentara alguno de los problemas antes mencionados, nos pudiera llevar a dos errores, los dos igual de graves, en primer lugar a no pagar algún padecimiento que sí proceda, dejando desprotegido al asegurado y en segundo lugar el pagar a algún asegurado que de mala fe o incurriendo en mala fe por desconocimiento reclame algún padecimiento improcedente.

En esta fase, el Actuario como experto de negocio debe definir el tipo de organización de la información, en función del tipo de negocio de forma que ayude a la toma de decisiones. Aunque él no construirá el sistema, es quien debe de marcar las directrices.

II.4.3 Controlar

Ante tal cantidad de consideraciones especiales, la obtención de información confiable se vuelve un proceso tortuoso al tener que emplear una gran cantidad de horas productivas. Como resulta altamente costoso y de alto riesgo el realizar un cambio de fondo en la estructura operativa de GNP se definió como parte de los objetivos del proyecto de INES que la estadística para GMM debiera de ser independiente de la operación más no ajena partiendo del principio que el sistema debiera de tener la información necesaria, de tal forma que lograra satisfacer a todos los posibles usuarios.

Como otra premisa del sistema se busca que sea la única fuente oficial de información, para de esta manera evitar la duplicidad de funciones generadoras de información y diferencias de las cifras. Estas últimas generadas básicamente por el desconocimiento de las características de las diversas fuentes.

II.4.4 Distribuir

La totalidad de los sistemas administradores se encuentran centralizados, razón por la cual la obtención de información de estos por parte de las oficinas y centros regionales es limitada. INES como fuente estadística fue diseñada con esta misma tendencia centralista más sin embargo dimensionada para que sean los usuarios los que decidan en que momento, cual y como desean la información.

II.5 Requerimientos Estadísticos

Se requiere una amplia gama de información para la correcta toma de decisiones por parte de las áreas normativas y operativas. Podemos identificar básicamente a dos usuarios de información estadística:

Los Usuarios Internos; integrados por las diferentes áreas centrales, de las que podemos mencionar las actuariales, médicas, mercadotecnia y de servicio.

Los Usuarios Externos; compuestos básicamente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), sin dejar de lado a los diferentes despachos actuariales que realizan auditorias diversas a las compañías.

Usuarios internos

En la primera parte del presente capítulo comentamos que como parte de las expectativas de GNP se encuentran las de concentrar y distribuir, pero no sólo los datos que existen en los sistemas administradores sino proporcionar al sistema todos los datos para la toma de decisiones de las áreas:

- Técnica
- Médica
- Mercadotecnia
- Centros regionales

En las siguientes páginas se realizará un resumen de información normalmente requerida por las diferentes áreas:

Técnica

De acuerdo a sus funciones, esta área plantea las necesidades de información tomando como base las expectativas de dar respuesta y tomar acciones para elevar la rentabilidad del negocio, así tenemos que los principales datos requeridos por esta son:

- Asegurados vigentes por generación de póliza,
- Asegurados vigentes por generación de póliza y subramo,
- Asegurados vigentes por generación de póliza y producto,
- Producción por tipo de producto,
- Siniestros pagados por tipo de producto y generación de póliza,
- Siniestralidad por generación de póliza,
- Siniestralidad por subramo,
- Siniestralidad por generación de póliza y tipo de negocio,

- Rentabilidad por tipo de producto,
- Morbilidad por tipo de negocio,
- Morbilidad por tipo de subramo,
- Morbilidad por sexo, entre otros.

Debemos recordar que parte del trabajo de esta área, se encuentra en función de las áreas de oportunidad que presente el negocio y de las posibilidades de desarrollo de nuevos negocios, de las obligaciones legales, que las leyes de la materia imponen para la operación de este tipo de seguro.

Dentro de la estructura interna que actualmente presenta GNP, el área técnica tiene como principal objetivo el de ser el proveedor de información para todas las demás áreas usuarias, garantizando el brindar información con un alto grado de confiabilidad al ser la entidad, que debe de conocer al 100% las virtudes y carencias de la información existente del ramo.

Además tiene la función de dar soporte técnico en el desarrollo de nuevos productos y monitoreo de los subramos existentes de Gastos Médicos Mayores Grupo, Gastos Médicos Líneas Personales, Accidentes Personales.

En las demás áreas se tiene necesidades específicas, las cuales se encuentran muy relacionadas a las funciones que desempeñan, encontramos así las áreas de:

Médica y redes

Estas básicamente se encargan de las negociaciones con los prestadores de servicios médicos, son estas áreas las que realizan los convenios que garantizan la atención de los asegurados dentro de los diversos servicios y planes que maneja GNP.

Para el correcto desempeño de sus funciones como mínimo contar con la siguiente información:

- Padecimientos más frecuentes,
- Padecimientos más frecuentes por hospital,

- Hospitales más demandados,
- Médicos más demandados,
- Padecimientos más costosos,
- Reclamaciones por accidente o enfermedad,
- Morbilidad por sexo y rango de edad,
- Morbilidad por zona geográfica, entre otras.

Dentro de esta área se busca crear una codificación similar a la existente en otros países, en los cuales se manejan los códigos tales como International Disease Code (IDC9), CPT y DRG's.

Estos códigos permiten la correcta agrupación de padecimientos, procedimientos y costos con el objetivo de identificar posibles áreas de oportunidad, un ejemplo que puede ser representativo es: la negociación de paquetes con los hospitales con mayor demanda, o para los padecimientos de mayor frecuencia como las rinoseptumplastías o las cesáreas; contando con indicadores que cuenten con un alto grado de calidad que pueden lograr negociaciones justas para el hospital y por supuesto para la aseguradora, quien se encontraría en posibilidades de brindar un servicio de mayor calidad a sus asegurados.

También este tipo de información resulta una herramienta de primordial importancia para identificar las posibles fallas dentro de los sistemas de pagos y diagnóstico médico en las cuales se pudiese estar generando algún punto causa de una alta siniestralidad.

Por ejemplo en casi todas las compañías dentro de GMM existen, como mencionamos en la primera parte de este trabajo, los períodos de espera, de dos años para padecimientos de nariz. Este tipo de información permite identificar problemas con la aplicación de este tipo de políticas.

Para las demás áreas, se requiere información para satisfacer las más variadas necesidades, básicamente con el objetivo de corroborar o descartar hipótesis. Por ejemplo, el área de accidentes puede estar interesada en conocer que producto es el que ha sido más vendido en un período de tiempo, además de conocer que actividad resulta con mayor siniestralidad. El área de GMM

líneas individuales puede desear saber que cantidad de las pólizas individuales ocupan el servicio de ambulancia (Médica Móvil) y que plan la emplea en mayor porcentaje.

¿Pero qué característica se pueden observar de estos requerimientos de información?, ¿Podría valer la pena el desarrollar un programa o aplicación específica para generar dicha información?, ¿Con qué frecuencia se va a hacer uso de ésta?, ¿Qué acción se podría tomar?

Usuarios externos

¿Realmente existen los usuarios externos de información?, al iniciar el planteamiento del presente trabajo surgió este punto de manera muy natural, quizá sin pensar demasiado, posteriormente dude que existieran pero al paso de la experiencia laboral me he dado cuenta que en verdad existen pero lamentablemente no existe la información que estos demandan. En las siguientes líneas tratare de enumerar estos usuarios y algunas de sus características.

Particularmente observo dos tipos de usuarios externos:

- Los reguladores
- Los de competencia

Quizá no sea esta la mejor ni ortodoxa forma de clasificarlos, pero así es como a este momento los percibo.

Los Reguladores

Debemos de recordar que existen organismos que son los encargados de regular toda actividad económica del país, me refiero a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Pero no es ella quien directamente realiza la supervisión de todos los sectores de la economía, sino que esta se lleva a cabo mediante organismos reguladores que dependen de la misma. Particularmente el sector asegurador se rige con las reglas fijadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Este organismo sustenta sus funciones en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de agosto de 1935.

Esta ley establece en su *Artículo 107* lo siguiente:

“Las instituciones de seguros, sociedades mutualistas de seguros y demás personas que en términos de la presente ley, estén sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, deberán de rendir a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público así como a la propia comisión, en forma y términos que al efecto establezcan, los informes y pruebas que sobre su organización, operaciones, contabilidad, inversiones o patrimonio les soliciten para fines de regulación, supervisión, control, inspección, vigilancia, estadística y demás funciones que conforme a esta ley u otras disposiciones legales y administrativas les corresponda ejercer.”

Con base en el artículo arriba citado, la CNSF en conjunto con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) acordó la instalación de los Comités de Vida y Daños, en el seno de éstos se analizan algunos de los principales problemas del sector.

Como resultado de los trabajos de estos comités se concretó la creación del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA), ver Anexo I.

El seguro de gastos médicos fue considerado dentro del comité de vida, pero debido a sus características se acordó su separación, para de esta forma crear un comité independiente el cual definió los requerimientos estadísticos para el ramo, con el objetivo de crear un acervo estadístico a nivel nacional. Es así como nacen las SESA's para el seguro de salud.

Dentro de estas podemos encontrar tanto formatos específicos para accidentes personales como para los planes de GMM, ver Anexo II.

Cambiando un poco en el orden de ideas, sin dejar las obligaciones de las compañías ante la CNSF, encontramos que también se tienen que entregar las

FES que responden a otro requerimiento, de la misma forma se tiene que reportar la creación de la IBNR (Incurent But Not Reported).

Como podemos percibir ahora en forma clara dentro de una compañía de seguros área de gastos médicos, se tiene que responder de manera eficaz a la más amplia gama de requerimientos de información.

Todos estos requerimientos de información sólo se podrán obtener de forma confiable si el desarrollo conceptual del sistema cumple con una orientación hacia el negocio.

Por todas las razones que se han mencionado en el presente trabajo se decidió la creación del sistema INES que busca satisfacer todos estos requerimientos.

II.6 Creación del Sistema INES

Un sistema de información es un “Conjunto de aplicaciones o programas organizados que utilizan una o más bases de datos, al que se le da un nombre” en este caso el sistema de información se llama INformación Estratégica de Salud (INES).

Todo sistema se compone de los siguientes elementos:

- Entidades
- Datos
- Registro
- Campos

Entidades, estas representan los objetos reales que nos interesan, los datos relevantes de estas entidades tienen características susceptibles de registro. A estas entidades se les denomina comúnmente colección de entidades o archivos.

Datos, generalmente es una representación de hechos, valores. Es una unidad de información de un tipo determinado. Estos pueden tener o no significado dependiendo de la persona que le de uso, así para alguien es un dato con un valor imprescindible, pero para alguien más podría resultar basura.

Registro, este está compuesto por una serie de **campos**, estos últimos compuestos por bytes.

Comenzaremos por decir que la Información es un dato que incluye un requerimiento de sentido o significado para cierta persona o figura, en el caso que nos ocupa esta persona o figura es la dirección de salud. Además esta información tiene un contexto. Se dice que una serie de datos se convierte en información cuando satisface un requerimiento.

La información se refiere a una correlación de datos con una interpretación intencionada y esta toma valor cuando influye directamente en la toma de decisiones. Para esto debe de cumplir con las características de la información formal que son la exactitud, precisión, oportunidad, objetividad, veracidad, completez y claridad.

¿Qué podemos entender como modelo de datos?, “Si suponemos que la función de una base de datos, su organización resultaría por demás simple”, generalmente una base de datos de gran magnitud resulta por demás compleja, esto se debe en gran medida a las múltiples relaciones que existen entre los datos de la base.

Estas relaciones pueden ser muy sencillas o muy complejas, estas relaciones se conocen comúnmente, así:

⁹ “Computación, Temas selectos”, Cuadernos de la DGAPA, número 3, pag.122; compiladores Jesús Díaz Barriga Arceo, Ma. de Lourdes Guerrero Zarco.

- Uno a uno 1:1
- Uno a Muchos 1:M
- Muchos a uno M:1
- Muchos a Muchos M:M

INES obedece a estas relaciones, así a manera de ejemplo mencionaremos algunas de las principales relaciones:

- A una póliza original (AZUL) le corresponden una o más pólizas de cobranza (SIDA).
- A una póliza de AZUL le corresponden una o más coberturas de póliza.
- Un asegurado está relacionado a una o más pólizas de AZUL.
- Un asegurado tiene una o más coberturas de la póliza a la que pertenece.
- A una reclamación se relaciona uno y sólo un asegurado.
- A una reclamación le corresponde sólo un padecimiento.

Partiendo de este tipo de relaciones entre datos se comienzan a construir los catálogos, mejor conocidos como entidades, comenzando de este modo parte del modelado de datos.

Dentro de INES se construyeron 64 catálogos relacionales, y un total de 70 tablas de datos, a manera de ejemplo mencionaremos como se construyeron las principales tablas relacionales del sistema:

Como ya mencionamos dentro del Sistema de Daños (SIDA) se encuentra concentrada la producción de GMM y los demás ramos de daños, así sabemos que toda aquella producción que sea del ramo 33 es de GMM, así se crea un catálogo de ramo con las siguientes características:

CATALOGO DE RAMO

PK	Descripción
33	Accidentes y Enfermedades

Como recordamos los planes que GNP tiene en el mercado son dos los de Accidentes y los de GMM, por tal razón se crea de igual forma un catálogo que contiene estas dos grandes divisiones del negocio:

CATALOGO DE SUBRAMO

PK	Descripción
GMM	Gastos médicos mayores
ACC	Accidentes

Dentro de estas dos divisiones los productos de GMM se dividen a su vez en dos líneas, como recordaremos existen planes de “Línea azul hospitalaria” y “Línea azul internacional”¹⁰, así se crea un catálogo de plan con las siguientes características:

CATALOGO DE PLAN

PK	Descripción
H	Hospitalarios
I	Internacionales
A	Accidentes

En cada uno de los planes arriba mencionados se cuenta con diferentes niveles de subplan, estos varían dependiendo de los hospitales que se encuentren dentro del plan contratado. Por ejemplo, si contrato un plan “Premier”, se cuenta con atención en hospitales como el Angeles de Pedregal, Médica Sur, American British Codrway (ABC); sin embargo, si contrato un plan “Clásico” el asegurado cuenta con hospitales como el Mocel, El hospital Metropolitano, La clínica Londres, etc.; y así dependiendo del plan se accede a diferentes hospitales. Existe el caso especial para los planes de “Línea azul

¹⁰ Estas dos líneas son las marcas comerciales de los productos de Gastos médicos mayores que actualmente Grupo Nacional Provincial tiene en el mercado.

internacional”, en los cuales se tiene acceso a todos y cada uno de los hospitales antes mencionados e incluso hospitales en los Estados Unidos de Norte América y el resto del mundo.

Con el objetivo de integrar estas consideraciones dentro del sistema de información se creó un Catálogo de subplanes, el cual se integró de la siguiente manera:

CATALOGO DE SUBPLAN

PK	Descripción
P	Premier
C	Clásico
T	Tradicional
E	Español
L	LAI
A	Accidentes
C	Corto Plazo
V	Viajes aéreos

Para todas las características antes mencionadas existen tres divisiones más, estas corresponden al número de asegurados que integran las pólizas dividiéndose en individuales, colectivas y de grupo:

CATALOGO DE SUBSUBRAMO

PK	Descripción
I	Individual
G	Grupo
C	Colectivo

Con todas las tablas relacionales anteriores se generó la llave principal del sistema de información, el Plan Integral:

CATALOGO DE PLAN INTEGRAL

Ramo	Subramo	Plan	Subplan	Subsubramo
33	GMM	H	P	I
33	GMM	H	P	G
33	GMM	H	P	C
33	GMM	H	C	I
33	GMM	H	C	G
33	GMM	H	C	C
33	GMM	H	T	I
33	GMM	H	T	G
33	GMM	H	T	C
33	GMM	H	E	I
33	ACC	A	A	I
33	ACC	A	A	G
33	ACC	A	C	I
33	ACC	A	C	G
33	ACC	A	V	I

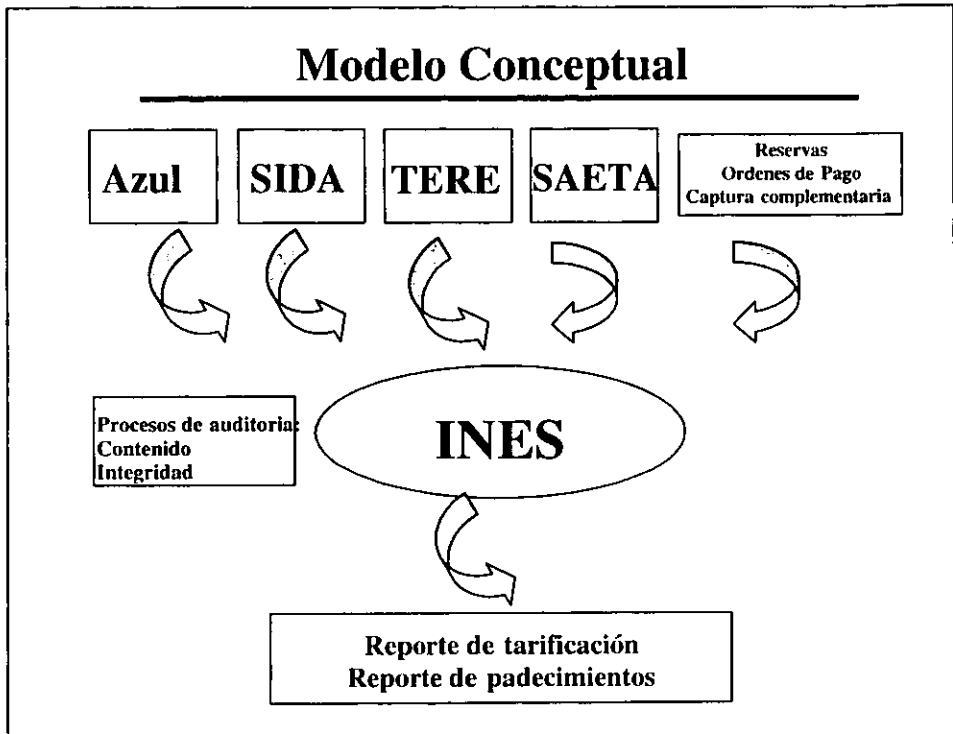
Este tipo de manejo con catálogos permite la modificación de líneas de negocio, al igual que generar altas de productos, sin la necesidad de modificar programas, ya que los datos se encuentran fuera de la programación y cualquier modificación se realiza desde los catálogos, siempre y cuando no afecte el diseño lógico del sistema.

Como se puede observar con esta llave se puede clasificar toda la producción de GMM, así como el 100% de los datos relevantes de las mismas.

Así nace INES que es una gran base de datos, que algunos prefieren llamar una “gran cubeta”, la cual guarda todos los datos procesables, con la idea inicial de que cualquiera dentro de la compañía que deseara conocer a cerca de gastos médicos pudiera acceder y tomar los datos que requiriera.

Como recordaremos dentro de GNP existen los sistemas de AZUL, SIDA, SAETA, TERE y datos complementarios que son generados en forma

manual, esto quiere decir que no se encuentran fuera de los sistemas; así se decidió concentrar toda esta información en nuestra gran cubeta, pero como mencionamos en parte del presente trabajo existen algunos “inconvenientes” provocados por las características de la operación de Salud, pero debemos recordar también que una de las premisas de la Dirección es “Estadística e Información a pesar de la operación”.



II.7 Diseño del Sistema

Como todo diseño de un sistema de información, este contó con diferentes etapas para su construcción, siendo las más importantes las de:

- Plan general
- Definición de premisas
- Definición de cuadros

- Definición de fórmulas
- Definición de criterios de aceptación
- Diseño conceptual

II.7.1 Plan General

En esta primera etapa de trabajo se buscan definir los alcances del proyecto, es decir, lo que se va a realizar, los tiempos de realización, impactos del desarrollo así como las asignaciones de recursos materiales y humanos. En esta etapa se definen las duraciones de las diferentes fases, para este proyecto se empleó un método de control de proyectos por medio del cual se registró en un plan de trabajo las etapas, tiempos y responsables involucrados. De esta forma se evaluaban los tiempos de cada etapa, permitiendo así medir los avances contra el tiempo planeado o en su defecto el retraso del proyecto.

En esta etapa participan los responsables por parte del área de sistemas de la empresa, los despachos de construcción y los responsables de financiar el proyecto.

Es importante hacer un paréntesis para mencionar que los proyectos de GNP sistemas y desarrollo de aplicaciones se realiza con el concepto de **outsourcing**, el cual se basa en el hecho que *“GNP no se dedica a la construcción de sistemas, si no que el área de negocio de la empresa es la de desarrollar y vender planes de seguros”*.

En esta etapa resulta crucial la participación e involucración del usuario (normalmente el área técnica involucrada), así como el nivel receptivo del equipo de análisis pues de estos depende la correcta concepción del sistema. Como moraleja es vital el contar con un experto del negocio con la experiencia necesaria con el fin de orientar a los arquitectos del sistema.

II.7.2 Definición de Premisas

Como mencionamos en el apartado de expectativas de la Compañía, el proyecto, encuentra sus bases en las premisas que las áreas de dirección fijen,

marcando de esta forma una directriz para el nacimiento de cualquier proyecto, en este caso INES nace con las siguientes premisas:

- El sistema tiene que ser independiente de la operación, mas no ajeno.
- Tiene que ser completo, al compararlo contra todas las cifras contables.
- Tiene que contener toda la información, suficiente para que satisfaga los requerimientos de todas las áreas de GMM de GNP.

II.7.3 Definición de Cuadros

Como parte de la búsqueda por satisfacer al mayor número de áreas, se realizó un levantamiento de requerimientos de reportes con todas las áreas que pudiesen estar involucradas, es decir usuario o clientes internos o externos, con base en estos levantamientos se censaron los datos, es decir se agruparon los datos referentes a las entidades pólizas, las entidades cobranzas, las entidades reclamaciones, etc. Los cuales servirían para que INES los incluyera al momento de la construcción y posteriormente fueran tomados en la etapa de explotación de la información.

II.7.4 Definición de Fórmulas

Tomando como base el levantamiento de información antes mencionado, se elaboró un formulario por medio del cual se tendrán que generar reportes u generación de algunos campos dentro de la base de datos. En este formulario se definió la forma de contar las pólizas, reclamaciones, como calcular la prima emitida, la prima devengada, el importe reclamado procedente, el número de asegurados vigentes, morbilidad, el porcentaje de siniestralidad, etc. Este formulario lo podemos observar en el Anexo III que se encuentra al final del presente trabajo.

II.7.5 Definición de Criterios de Aceptación

Este punto resulta de una importancia crucial ya que representa nuestro control sobre los datos que el sistema nos va a representar, debemos mencionar que al momento de la generación de la información no se contaba con datos como el número de registros, el importe de los mismos, el número

exacto de asegurados, pólizas, etc. Entonces si no se cuenta con el dato, como podemos estar ciertos que el dato arrojado por el sistema es el adecuado.

Para conseguir este objetivo se definieron validaciones como las que mencionamos a continuación:

- El importe de las primas debe de coincidir con los importes registrados contablemente.
- La suma de los importes por póliza debe de coincidir con el total.
- El número de asegurados debe de ser similar al resultado de dividir la prima total de la cartera entre la prima promedio por asegurado.
- El número de asegurados de una póliza de línea individual debe estar entre 1 y 5 asegurados.
- La suma de los importes de prima por cobertura debe de coincidir con la prima por cobertura del total de cartera.
- En base a la experiencia se conoce un aproximado de reclamaciones por año calendario y por mes.
- Así para cada consideración se definió un valor o rango dentro del cual deberían de coincidir los datos que arrojaría el sistema de información.

Una vez definidos los puntos anteriores, se procede al desarrollo conceptual del sistema y posteriormente a la construcción.

II.7.6 Diseño Conceptual

Sistemas jerárquicos, de redes y relacionales

El sistema de INES es un sistema de datos relacional, pero antes de mencionar en que consiste este tipo de sistemas, mencionaremos las

características que lo diferencian principalmente de dos tipos de sistemas, que son los modelos jerárquicos y los modelos de red.

Los modelos jerárquicos sólo representan relaciones de este tipo, muy comunes dentro del mundo real. El nodo al principio de la jerarquía se le llama raíz, cada entidad que no sea raíz se puede comunicar hacia arriba con su padre y hacia abajo con su hijo. En este tipo de estructuras es común que cada padre tenga sus hijos, pero nadie se puede quedar sin padre, es decir en estas estructuras las relaciones son de uno a muchos (1:M), este tipo de modelos permite que exista todo tipo de duplicidad en las entidades o nodos.

El modelo de tipo red se puede considerar como una generalización del modelo jerárquico, formado con la eliminación del criterio que cada nodo debe de tener un padre; así en este modelo la relación es de muchos a muchos (M:M), en este un padre tiene muchos hijos pero un hijo puede tener muchos padres. La principal diferencia con el modelo antes mencionado es que "Un nodo puede existir sin la necesidad de ser hijo de otro nodo y un nodo puede ser hijo de muchos nodos a la vez"¹¹. El único inconveniente de este tipo de estructuras son los tiempos de proceso.

Por último, están los modelos relacionales, este comparte algunas similitudes básicas con los modelos mencionados. Para su desempeño utiliza nodos o registros de almacenamiento para representar a las entidades. Las relaciones se representan físicamente por ligaduras explícitas entre los nodos.

En este tipo de modelo existe sólo un concepto importante, *la relación*, que se emplea para representar las entidades. Los modelos relacionales resultan más simples y menos técnicos para los usuarios. Están basados en el almacenamiento de datos en tablas que a su vez se relacionan con otras tablas.

Este modelo resulta, a pesar de todo rigurosamente matemático, donde la relación se define como una nada no ordenada. Para este tipo de modelos resulta de suma importancia que los datos contenidos dentro de la base se encuentren normalizados con el fin de facilitar la extracción de información.

¹¹ "Computación, Temas selectos", Las bases de datos pag. 122. Cuadernos de la DGAPA.

Información Estratégica de Salud (INES)

INES se definió como un sistema relacional que contaría con diferentes fases, en las cuales se tendría que garantizar la calidad de la información ahí concentrada, estas fases son:

- Descarga
- Carga
- Inserta Claves
- Auditorías
 - Contenido
 - Integridad
- Distribución de primas
- Explotación

INES en su mayoría trabaja con procesos en batch y una muy pequeña parte con procesos en línea.

El sistema trabaja de la siguiente manera por cada fase:

Descarga

Selecciona de acuerdo a los parámetros de corrida, siempre en meses completos, los datos definidos de los sistemas de producción AZUL, SIDA, SAETA.

AZUL

- Pólizas vigentes e históricas
- Asegurados vigentes
- Endosos
- Pólizas
- Coberturas de la póliza
- Asegurados
- Coberturas del asegurado
- Endosos de la póliza

- Endosos de asegurado
- Endosos de cobertura de asegurado
- Reclamaciones
- Trámites
- Finiquitos
- Gastos

SIDA

- Póliza de Cobranza
- Endosos
- Recibos
- Recibos de la póliza

SAETA

- Agentes
- Gerencias de Zona

Como se mencionó al principio del presente trabajo, es requisito del sistema la concentración del sistema al 100%, para lo cual se definieron Cifras de Control que tienen como base los registros contables de SICOFI, los que muestran los importes de Primas (Ingresos) y de Siniestros (Egresos).

Los reportes de esta fase son de vital importancia pues es aquí donde se pueden detectar errores de parámetros, es decir por ejemplo, puede ser que se estén tomando los datos correspondientes a la producción de primas en un periodo, de tal forma que el resultado obtenido no concuerde con el importe de estas. Esto puede ser a causa de un error en la construcción o programación y es en este momento cuando el experto del negocio y los constructores deben revisar la causa de la desviación.

Así este proceso toma todos los datos relevantes de los sistemas en repositorios los cuales serán tomados en la siguiente fase denominada Carga.

Carga

Esta fase, la segunda del proceso, básicamente realiza la función de tomar toda la información de los repositorios generados en la fase de descarga y los integra a las bases de datos previamente definidas y diseñadas.

Es en esta fase donde se realiza la primera selección de datos con el fin de garantizar la calidad de información, para poder controlar los registros que se están cargando al sistema, se definió la generación de reportes de carga los cuales reflejan el número de registros leídos, grabados además los registros con error con sus respectivos importes, si estos existen. Estos reportes permiten medir la calidad de información con error existente en sistemas, lo que representa un indicador para el sistema como para corregir posibles problemas de la operación.

Inserta claves

Como mencionamos al principio de esta sección uno de los principios de la construcción de bases relacionales es la eliminación, en lo posible de todos los datos repetitivos. Buscando este objetivo, en la etapa de modelado de datos se crearon los catálogos referenciales en los cuales se concentraron todos los datos que tienen relación con todos o algún archivo.

Así a cada dato relevante se le asignó una clave que permitiera relacionar al dato las entidades definidas en la construcción.

En esta fase se persigue el objetivo de complementar la información de la base de datos insertando claves, las cuales son de uso exclusivo del sistema y se generan tomando como base ciertos campos en los registros. Cumpliendo así con las características de una base de datos que es contar con datos homogéneos.

El procedimiento empleado es el de tomar un valor de uno o varios campos del registro y buscarlos en el catálogo correspondiente, si esta búsqueda es concluida en forma exitosa, inserta el valor correspondiente en el campo indicado en el programa, en caso contrario deja el campo en blanco.

Todas estas claves tienen el objetivo de normalizar y reclasificar la información, además de facilitar su manejo.

Con el objeto de ejemplificar este proceso mencionaremos uno de los principales catálogos:

Como se ha mencionado en el SIDA, se concentra la emisión de los ramos de daños y la de gastos médicos mayores, dentro de este sistema existen una serie de subramos, que tienen el objetivo de clasificar la producción de los diferentes productos de GNP, así podemos encontrar unos subramos que nos identifiquen:

- Productos de Línea azul hospitalaria individual,
- Productos de Línea azul hospitalaria grupo,
- Productos de Línea azul Internacional individual,
- Productos de Línea azul Internacional grupo,
- Accidentes grupo,
- Accidentes individuales,
- Accidentes escolares,
- Accidentes personales corto plazo,
- Accidentes viajes aéreos, etc.

Auditoría de contenido

Este proceso tiene como objetivo validar la información de la base de datos, validando la consistencia campo por campo para cada uno de los archivos que integran el sistema.

Esta validación se lleva a cabo mediante el uso de una serie de catálogos o de cierta lógica que relaciona ciertos campos de un archivo. Así se valida que la clave del asegurado sea diferente de blancos, que el número de póliza sea numérico, que la suma asegurada sea numérica también, que la prima sea mayor que cero, que las fechas de fin de vigencia sean mayores a la de inicio de vigencia, entre otras muchas validaciones.

El proceso genera un código de error el cual describe el tipo y sus causas para de esta forma, de ser necesario corregir algún proceso o tomar la decisión correspondiente. Como podemos ver este proceso se convierte en segundo proceso de validación después del proceso de carga.

Auditoría de integridad

Esta auditoría realiza la última validación de la información, verificando que la información de la base de datos se encuentre completa, es decir que para cada dato dentro de cada tabla existan los correspondientes en cada una de las tablas del sistema.

Así, representa un error que tenga una póliza en el archivo de pólizas, si no llegaran a existir asegurados en el archivo correspondiente, también sería un error si existiera una póliza que no contara con coberturas, etc.

De existir casos como los que se mencionan en el proceso de auditoría generaría un código de error el cual de igual forma que la auditoría de contenido, permite identificar las causas del error para su corrección o consideración.

Distribución de primas

Esta fase del sistema tiene como objetivo corregir los posibles errores de los importes de primas, detectados en la auditoría de integridad. Este proceso consta de dos partes una para los errores en pólizas y otra para endosos.

El concepto con el que se distribuyen las primas es el siguiente, para cada línea de negocio existe una tarifa asignada, con esta se emiten las pólizas en el sistema de AZUL.

Dentro de INES a cada póliza se le asigna una clave llamada plan integral, con base en éste se busca la tarifa que le corresponde, una vez que ésta es localizada de acuerdo al plan integral, se agrupan los asegurados de acuerdo a su sexo y edad, una vez realizado esto se realiza la distribución de primas con base en los criterios de plan integral, sexo y edad.

Cuando se distribuye a nivel póliza es sólo en los casos que:

En las pólizas con estructuras completas (coberturas, asegurados y coberturas de asegurados) que no cuadren los importes de las primas de los sistemas de AZUL y SIDA. Debemos recordar que el importe a distribuir es la diferencia que exista entre SIDA y AZUL ya que es el primero el que se toma como punto de partida.

Pólizas con estructuras completas pero que los importes de coberturas, asegurados o coberturas de asegurados no son iguales al importe de la póliza SIDA y AZUL.

Cuando se distribuye a nivel endosos es sólo en los casos que:

Endoso SIDA sin endoso AZUL, con las mismas condiciones de la póliza, este caso se presenta cuando se realiza un ajuste manual de primas, así se tiene que distribuir el importe del endoso a todos los niveles correspondientes.

Endoso SIDA difiere de endoso AZUL en importe.

Endosos AZUL no cuadran con algún componente de su estructura.

Endoso AZUL no tiene componentes y existen las condiciones generales de la póliza, este caso se refiere por ejemplo a baja o alta de coberturas, las cuales se dieron posteriores por esta razón no existen en las condiciones generales de la póliza.

Como podemos observar esta fase de INES cumple el objetivo de corregir los posibles errores de la emisión, partiendo claro de las bases que se debieron de generar en su momento.

Es muy importante señalar que este proceso no altera en nada las fuentes de la compañía, más sin embargo logra reflejar con mayor certeza las primas por asegurado y cobertura, para un mayor control de las bases estadísticas.

Explotación

Una vez integrada y normalizada la información de la base de datos, la fase de exploración se encarga de generar extractos de agrupados y clasificarlos en reportes generales para GNP.

Estas dos funciones de agrupación y clasificación las define el usuario, siendo este el que define de que período desea la información.

Como se recordara en la parte inicial del presente capítulo se mencionó que la mayor parte del sistema trabaja con procesos en batch y una pequeña parte con procesos en línea, esta última parte es en donde el usuario se encarga de capturar los parámetros de los reportes requeridos por él, este proceso de explotación debe de ser corrido posteriormente que hayan tenido lugar los procesos de descarga, carga, auditorías.

Una vez que el área técnica realizó la actualización del extracto el sistema se encuentra listo para la generación de los dos principales reportes definidos en la etapa inicial de INES, estos son los reportes de tarificación y el reporte de padecimientos, es importante mencionar que estos dos reportes guardan una perfecta correlación ya que estos se generan con base en las mismas bases de explotación. Así al integrar cada una de las líneas de negocio se tiene que llegar al total de la cartera y viceversa.

Los reportes de tarificación presentan la información en forma de matriz donde los renglones son las fechas de emisión de las pólizas y las columnas son las fechas de contabilización, o de evento de las mismas, así en cada coordenada podemos observar los siguientes datos:

- Pólizas emitidas
- Pólizas renovadas
- Aseguradas
- Prima directa
- Prima devengada
- Comisión

- Número de reclamaciones iniciales
- Monto procedente de siniestros
- Monto pagado de siniestros

Este tipo de reportes representan una valiosa herramienta de análisis ya que permiten dar un correcto seguimiento a una generación de pólizas logrando así medir la suficiencia de las primas y ayudar a la estimación de la OPNR.

Es importante mencionar que el usuario si así lo desea puede ver cualquier línea de negocio en el período, siempre y cuando la información se encuentre dentro de los rangos de los archivos históricos y la actualización del extracto.

El otro reporte que genera INES es el reporte por padecimientos, este permite la clasificación de los siniestros, considerados a nivel reclamación, por frecuencia y por importancia dependiendo del importe pagado por estos. Este reporte representa también una valiosa herramienta ya que permite identificar cuales son los padecimientos frecuentes dentro de los primeros días o meses de vigencia de una generación de pólizas o dentro de un período de tiempo determinado.

CAPÍTULO III

EXPECTATIVAS DE EXPLOTACIÓN DE LA BASE DE DATOS

Una vez que se concluyó la construcción de INES, y para responder a las necesidades de GNP, el primer paso fue la obtención de información para retarificar el negocio.

III.1 Información aplicada a la tarificación

En la práctica actuarial, existen dos métodos para tarificar, el más comúnmente utilizado el de déficit y el de frecuencias, que debiera de ocuparse.

El primer método parte de una tarifa existente, la cual ha demostrado su insuficiencia, es decir que los egresos más las comisiones y gastos administrativos son superiores a las primas devengadas del plan, registrándose de este modo una pérdida técnica.

Normalmente, sin ser lo más idóneo, ante estas situaciones la retarificación se limita a modificar las frecuencias de morbilidad de forma que al final la proyección de los ingresos contra los egresos sea satisfactoria.

Por otro lado, el método de frecuencias, se basa en la generación de información de morbilidad por rangos de edad y sexo, además de coberturas, tipo de plan, deducibles, etc ,es decir involucra todas las variables que juegan dentro de la evaluación del riesgo.

Para un seguro de GMM, ¿Qué información necesitamos para medir este tipo de negocio?, Primero requerimos la referencia temporal, periodo de información a analizar de forma que nos permita tener una población representativa.

Esta información debe de contener, as variables que permitan realizar un examen exhaustivo de al menos los siguientes datos para el caso de GMM:

- Plan
- Subramo
- Primas
- Número de póliza
- Número de asegurado
- Edad
- Sexo
- Parentesco
- Número de reclamación
- Reclamación
- Coaseguro
- Cobertura efectiva
- Importe de obligación

Con esta información como mínimo, se procederán a obtener las frecuencias y montos promedio correspondientes.

Primero se deberá de obtener una agrupación de número de asegurados por grupo quinquenal de edad y sexo, lo que permitirá identificar en que grupo o grupos quinquenales se concentran los mayores porcentajes de la cartera. sea:

$$GA(n) = \sum A_{XE}$$

donde:

- GA grupo quinquenal de edad de los asegurados
- n número del grupo de edad
- A son los asegurados vigente en la cartera

X sexo del asegurado
E edad del asegurado

Después se requiere agrupar al número de asegurados que han sufrido siniestros, lo que se obtiene aplicando la siguiente fórmula.

$$GAS(n) = \Sigma AS_{XE}$$

donde:

GAS grupo quinquenal de edad de los asegurados siniestrados
AS asegurados siniestrados
X sexo del asegurado
E edad del asegurado

Además se requiere definir el importe de las reclamaciones de los asegurados que han presentado siniestros, de la siguiente manera:

$$GYAS(n) = \Sigma YAS_{XE}$$

donde:

GYAS importes de los asegurados siniestrados por grupo quinquenal de edad
Y importe de reclamación
AS asegurados siniestrados
X sexo del asegurado
E edad del asegurado

Todos estos indicadores permitirán calcular las frecuencias de morbilidad por rango de edad y sexo, así como los montos promedio por rango.

MP monto promedio

$$MP(n) = GYAS(n) / GAS(n)$$

FR Frecuencia

$$FR(n) = GAS(n)/GA(n)$$

Como paso siguiente, se procederá a calcular la prima neta, la cual esta dada por la siguiente formula

PN Prima neta

FR Frecuencia

MP Monto promedio

$$PN(n) = FR(n)*MP(n)$$

Por último se procederá a calcular la prima de tarifa aplicando la siguiente formula:

PT prima de tarifa

PN prima neta

GF gastos fijos

GV gastos variables

CO Comisiones

MG Margen de utilidad

$$PT(n) = (PN(n) + GF) / (1 - GV - CO - MG)$$

Es importante resaltar el hecho de la necesidad de identificar las coberturas que inciden más en la siniestralidad, así los indicadores se deben de generar para cada una de las coberturas permitirán tarificar con mayor grado de certeza cada una de ellas.

Importante resulta señalar, dada la naturaleza del presente trabajo, que para poder llegar a este nivel de análisis se requiere de una base de información lo suficientemente consistente que permita la clasificación de todas las variables que forman parte del riesgo.

III.2 Primera Fase de Explotación

En una primera etapa se generaron dos reportes, el primero que representa un reporte de tarificación, por medio del cual se busca tener un mejor control de las generaciones de pólizas, en lo que se refiere a producción, prima devengada, número de asegurados vigentes, importe pagado y reclamado, número de reclamaciones iniciales; para cada una de las líneas de negocio con las que cuenta actualmente GNP.

Como recordaremos la base de datos cuenta con una serie de llaves llamado Plan Integral, el cual representa la forma para clasificar toda la información que en INES se concentra, con ésta los reportes del sistema permiten una amplia variedad de cortes que pudiesen ser de interés. Por ejemplo si se desea conocer como se ha comportado la cartera de GMM individuales sólo tengo que solicitar un reporte con estas características, para el período deseado y el sistema lo generará.

Así se pueden generar todo tipo de extracciones por tipo de Ramo, Subramo, Plan, Subplan, Subsubramo y sus posibles combinaciones que se deseen, así mismo esta información se puede generar por oficina o centro regional o total de cartera.

Los cortes que se pueden generar en este módulo de reportes son los siguientes:

- Total compañía
- Centro regional
- Oficina

Estos a su vez se pueden solicitar por:

- GMM (Gastos Médicos Mayores)
- ACC (Accidentes)

De igual forma estos

- H (Hospitalarios)

- L (Internacionales)
- A (Accidentes)

Y a su vez estos cortes se pueden solicitar por cada línea de producto Premier, Prestigio, Clásico, Línea Azul Internacional (LAI), Tradicional, Español, etc. y así podemos ir seccionando nuestra selección por edad, deducible, zona geográfica, etc.

Además, existe otro módulo que permite la generación de un reporte por padecimientos, el cual presenta una agrupación por código de ICD9 ya sea por frecuencia o por importe pagado, para cada una de las intersecciones del reporte de tarificación o en su defecto del total del reporte.

Cabe mencionar que este reporte se puede generar por cada uno de los cortes realizados en la parte del reporte anterior, es decir si tenemos un reporte del total de la cartera, este reporte nos dirá cuales son las principales enfermedades del período completo o si así lo deseamos nos proporcionara las principales enfermedades mes a mes para cada generación de pólizas.

Lo valioso de este reporte es el permitir que se pueda dar un correcto seguimiento de los principales padecimientos para cada línea de negocio, facilitando dentro de otras cosas la detección de padecimientos con alta siniestralidad, así como facilitar la identificación de los casos en los que se estén realizando pagos de padecimientos que cuenten con período de espera para alguna línea de negocio. Un ejemplo de estos reportes se presentan en el Anexo IV.

III.3 Segunda Fase de Explotación

En una segunda etapa se buscó satisfacer dos requerimientos:

- Primero; los Reportes Operativos Clave (ROC's)
- Segundo; las SESA's anuales y trimestrales (Sistema Estadístico del Sector Asegurador)

El primer punto representaba un esfuerzo para la generación automática de este tipo de reportes, es importante mencionar que los ROC's ya se venían elaborando en forma semimanual, pero una vez realizada la liberación de INES se buscaría explotar las ventajas que ofrece el sistema, derivadas de su calidad de información.

Así, se construyó un equipo de trabajo que tenía la misión de extraer la información necesaria para el proyecto, a su vez se buscó satisfacer las necesidades de información para la elaboración de los informes de las SESA's.

El equipo de análisis se dio a la tarea de validar con el área técnica de GMM, los datos requeridos para la generación de la información, encontrando que principalmente los datos eran los siguientes:

ROC's:

- Prima directa
- Comisión directa
- Prima devengada
- Número de asegurados
- Número de pólizas
- Número de siniestros
- Importe de siniestros pagados
- Porcentaje de siniestralidad
- Porcentaje de rentabilidad

Estos datos se deberían de generar para cada uno de los cortes de la estructura de ventas.

A su vez se detectó que para las SESA's, la información era muy similar, pero con la gran diferencia que para éstas el nivel de detalle era aún mayor, debido principalmente a los cortes por rangos de edad.

Esta extracción a pesar de contar con los datos perfectamente normalizados, representó todo un reto para la gente encargada del desarrollo básicamente a

que la lógica de programación de INES no es sencilla, motivo por el cual la programación de este nuevo extracto no fue del todo fácil.

Aunado a lo anterior debemos tener en cuenta que el paquete que se utiliza para esta explotación es un Software llamado SAS¹², el cual era la primera vez que se empleaba para este tipo de desarrollo.

Como resultado de esta programación se puede decir que se ha logrado contar con unas SESA's, con alto nivel de calidad y oportunidad en las entregas, las ventajas de este desarrollo se ve compensado con el cumplimiento de los siguientes puntos:

- Contar con información de calidad al contar con varias fases de validación durante los procesos.
- Reducción de los tiempos hombre para la generación de este tipo de información.
- Oportunidad de entrega, con los que se reduce considerablemente la posibilidad de recibir una amonestación por parte de la CNSF.

Como segunda fase en la parte de explotación mencionamos la generación de los ROC's, este tipo de información es comúnmente acompañada con los estados de resultados de las regiones en las que GNP tiene dividido el mercado, de tal forma que se le puede dar un seguimiento al comportamiento de las líneas de negocio en los siguientes niveles:

- Total Cartera
- Centro regional
- Oficina
- Gerencia de Zona
- Agente

Esta es la estructura de ventas con la que cuenta GNP y con este mismo criterio se reportan algunos indicadores, que son:

¹² SAS es un manejador de datos que cuenta con una serie de módulos de generación de reportes y manejadores estadísticos, este paquete es una marca registrada por SAS Institute.

- Número de pólizas
- Número de asegurados
- Prima neta emitida
- Prima neta devengada
- Número de siniestros
- Importe pagado de siniestros
- Porcentaje de siniestralidad
- Porcentaje de rentabilidad

Con estos indicadores gerenciales se ha apoyado la dirección para la localización de áreas problema, mejor llamadas áreas de oportunidad, y toma de acciones correctivas.

III.4 Principales Indicadores

En todos los reportes anteriores se buscan medir los resultados de la cartera en algún período de tiempo, para lo que se cuenta con indicadores, como son:

Producción: éste es uno de los principales indicadores, el cual proporciona una visión del comportamiento de las ventas del negocio, permitiendo medir los ingresos por primas contra lo presupuestado, si el total de la cartera está creciendo o en su defecto se está gestando una contracción del mercado.

Prima devengada; este dato es vital para el seguimiento del comportamiento del negocio, este dato es el pivote para el cálculo de la utilidad técnica, al representar los ingresos totales directos del negocio.

Siniestros retenidos; éste es el importe total de los egresos por concepto de pago de reclamaciones y gastos asignados al siniestro, una vez descontada la cantidad de cesión del reaseguro.

Resultado técnico; éste es por mucho el indicador más importante para las áreas normativas de toda compañía de seguros, éste es el resultado de la prima devengada menos el importe de los costos de adquisición, menos el importe de los siniestros retenidos lo que nos da como resultado la utilidad de la operación.

Porcentaje de siniestralidad; este porcentaje es la razón de los siniestros directos (Egresos) y la prima devengada (Ingresos reales), el resultado de éste nos indica si con un negocio se está ganando, si es menor al 70% o en su defecto si se está perdiendo si éste es mayor a un 80%. Parecería que un 70% es un buen porcentaje de ganancia pero se debe recordar que existe otra parte de egresos que no hemos considerado, y estos son las comisiones.

Porcentaje de rentabilidad; este indicador es un complemento del anterior pues considera la parte de los egresos de las comisiones, esta razón se calcula sumando los siniestros más las comisiones y se divide entre la prima devengada. Si el factor resultante es menor a uno el negocio es rentable, si el factor es mayor a uno el negocio no es rentable.

Morbilidad; este indicador se genera a partir del número de asegurados de una línea de negocio que hayan presentado reclamación o siniestro dividido entre el número de asegurados vigentes de la misma línea de negocio.

Estos indicadores son de vital importancia para la medición del negocio, pero para que sean de real utilidad deben tener la flexibilidad de medir cualquier línea de negocio hasta el nivel que se quiera.

Por ejemplo cuando se lanzó al mercado el producto Línea Azul Prestigio, el cuál maneja un esquema de red semi cerrada, era necesario monitorear su aceptación en el mercado en cada una de las regiones, así como analizar la rentabilidad de esta cartera, para conseguir este fin se requiere de la generación de todos los indicadores antes mencionados, primero por total cartera, después por centro regional, oficina y así sucesivamente hasta el nivel mínimo requerido.

III.5 Dinamismo en las Necesidades

Con la dinámica que presenta el mercado en recientes fechas, derivado de las modificaciones las compañías se preparan ante una apertura de mercado que

se hace cada vez más evidente. Así, el mercado se prepara con sistemas que permitan soportar estos cambios.

El ramo de salud no es ajeno a esta dinámica, por tal razón se prepara operativamente ante esta posibilidad, de igual forma las áreas técnicas tienen que fortalecer su capacidad de medición de cualquier tipo de negocio con el fin de medir el impacto y comportamiento de los mismos.

El sistema de INES ofrece ya los cortes más representativos para el seguimiento de segmentos de cartera, como son:

- Total cartera
- Centro regional
- Oficinas
- Plan
- Cobertura
- Sexo
- Edad

y las combinaciones de los mismos. Pero dentro del flujo de información que actualmente permite el sistema de INES existe una infinidad de reportes que se requieren día a día de una compañía.

Ahora, una vez concluida la parte de construcción de esta base concentradora de información nos encontramos ante la complejidad de la explotación, dada la cantidad de información concentrada.

Es importante mencionar que en el planteamiento inicial del sistema se conceptualizó un modelo de explotación, este en el transcurso de la construcción se vio que no era el óptimo así que se omitió del proyecto, y es ahora que se toma el punto de ¿Cómo explotar la información?

III.5 Otras Alternativas de Explotación de la Información

El sistema INES, presenta una lógica muy compleja ya que la información se encuentra concentrada en diferentes tablas o archivos, los cuales están relacionados entre sí por campos llave. Así, para poder generar cualquier tipo de extracción de información se hace necesaria la intervención de expertos del sistema, de forma que no se generen extracciones con datos erróneos, además la programación resulta altamente compleja.

Si aunamos a lo anterior al dinamismo del mercado, salta a la vista que no sólo basta con tener un buen sistema que concentre la información clave, sino que se convierte en punto prioritario el hecho de contar con ella siempre de primera mano.

III.5.1 Herramientas de explotación

En la búsqueda de contar con la rapidez en la obtención de información, se encontró en el mercado una serie de productos que podrían satisfacer esta necesidad, estos son presentados a continuación tratando de resumir dentro del punto de vista usuario final sus virtudes de SAS y Esperant.

SAS

Este es un lenguaje de cuarta generación, que dentro de sus principales características se encuentran las siguientes:

- Fácil programación
- Multiplataforma (Main frame, Vax, PC)
- Generación de archivos SAS exportables a paquetes de Windows
- Opción a realizar programación en línea o batch
- Sistema modular, el cliente compra lo que necesite

Este lenguaje ofrece facilidades de programación, más sin embargo se hace indispensable el conocimiento previo de conceptos de programación e

imprescindible el conocimiento de la lógica de los modelos de datos a manejar, en este caso INES.

Por lo tanto no resulta el más indicado desde el punto de vista usuario final, para la extracción de información. Sin embargo, por las facilidades que presenta a nivel Main Frame, esta herramienta se está utilizando para la generación de extracciones y reportes de ROC's y SESA's.

Como parte final es importante mencionar que dentro de los módulos de SAS, se cuenta con uno que permite todo tipo de análisis estadístico tan complejo como sea la capacidad del usuario, además de contar con un reporteador con una muy alta resolución.

Esperant

Esta es una aplicación que trabaja en ambiente Windows cliente / servidor que genera consultas de información vía Sequence Query Lenguaje (SQL). Esta herramienta genera la información tomando como base una imagen de la misma, evitando así que se modifique la información de la base central.

Dependiendo de la familiaridad que tenga uno con los conceptos de base de datos y la terminología, Esperant cuenta con un experto que ayuda a la creación de consultas de tal forma que uno pueda usar terminología particular del tipo de negocio; esto quiere decir, que si la base de datos contiene un campo donde se almacenen los datos de clientes, quizá este se llame `cve_clte` y para el usuario final esto no represente nada, mas sin embargo si el campo se llama clientes, este sea completamente representativo.

Así, esta herramienta permite la creación de Data Views (Vistas de datos), los cuales permiten una vista muy familiar de la base de datos pudiendo representar las relaciones más complejas de una manera amigable para el usuario. Para la creación de una vista de información, se debe estar familiarizado con dos conceptos, estos son los diagramas físicos y los diagramas conceptuales de la información.

Los primeros se refieren a la representación lógica de la base de datos, es decir tablas, y columnas en las cuales se almacena la información y las relaciones existentes entre las mismas.

Los diagramas conceptuales se refieren a la base de datos, que como usuario se entiende y como esta se almacena, esta información es vital si se ha de construir una vista de datos.

Podemos resumir que las ventajas que presenta son:

- Fácil manejo
- Excelente reporteador
- Protege información
- Trabaja con SQL
- Alto rendimiento una vez creadas las vistas de información

Aunque Esperant representa realmente una serie de ventajas para el usuario final, el desempeño que representa en un ambiente Main Frame es limitado.

III.5.2 Tendencias de mercado

Con el objetivo en mente de tomar la correcta decisión, respecto a cual sería la herramienta o medio de explotación de la información concentrada en INES, el área de sistemas de GNP se dio a la tarea de investigar las tendencias que empresas con altos desempeños ha presentado ante problemáticas similares.

Data Warehouse

“Un Data Warehouse es un repositorio separado de datos, en el cual los datos están almacenados en una forma adecuada para los sistemas de inteligencia de negocios y soporte de decisiones, de manera tal que esos sistemas no interfieran con el desempeño de los sistemas operacionales”.¹³

¹³ “Rapid Where House”, SAS Institute.

El Data Warehouse (DWH) es una estrategia de tecnología de información que asegura un futuro exitoso a los negocios. Los DWH difieren de una compañía a otra, y requieren de una gran cantidad de información acerca de la compañía y sus procedimientos.

Como resultado de este análisis se pudo observar que la tendencia del mercado apunta hacia un concepto, este es el de los DWH.

En una Conferencia de SAS Institute realizada en Carolina del Norte en E.U. en la cual tomaron parte como expositores presidentes y vice presidentes de empresas líderes de la importancia de:

The Gallup Organization

Goodyear Tire & Rubber company

SAS Institute

IDC Canadá

IDC realizó un estudio sobre 65 casos de Data Warehouse (DWH) y el resultado de este análisis es el siguiente:

- Los DWH más rentables son los orientados al control, luego los orientados a descubrir oportunidades de mercado y después los orientados a procesos claves del negocio.
- Un DWH debe ser tan grande para ser noticia y tan pequeño como para ser manejable.

Los factores clave para la creación de un DWH son:

- Identificar el imperativo que genera la necesidad de información
- Entender la estructura de costos de un DWH
- Entender los beneficios a obtener
- Impactar realmente en la toma de decisiones
- Un buen DWH necesita un buen diseñador de base de datos que tenga claro que el objetivo es la flexibilidad y el entender al usuario.
- Lo más complejo siempre es el modelo de datos, luego las descargas de sistemas administradores y por último los reportes a desarrollar.

El objetivo de un Data Warehouse es:

- Presentar “una única versión de la verdad” que sea consistente, segura, mantenible, actualizada, y fácilmente accesible.
- Reducir las interrupciones del personal de sistemas, permitiéndole concentrarse en funciones específicas.
- Permitir a los usuarios de negocio que sean autosuficientes para satisfacer sus propias necesidades de información.
- No impactar la operación del negocio

Data Warehouse para GNP

Inicialmente el proyecto INES consideraba la creación de un módulo de explotación, en la cual se programaría una serie de reportes base y en otro módulo implementaría una manera de explotación para reportes no planeados. Sin embargo al realizar un análisis del costo de este desarrollo contra el posible beneficio que generaría se concluyó que esta opción no resultaba del todo viable ya que limitaría la explotación.

Ante las expectativas que se crearon al conocer los modelos de los Data Warehouse, se decidió enfocar los esfuerzos para la creación del DWH de Gastos Médicos, así se comenzó a trabajar en este objetivo.

Importante resaltar que el esfuerzo y recursos invertidos en INES no se podían quedar al margen y mucho menos en el olvido, por tal razón se incluyó INES dentro de este desarrollo.

¿No es INES un DataWhere House?, pudiera ser la pregunta obligada, en un inicio se pudiese pensar que sin embargo existe una marcada diferencia entre el esquema de INES y un DWH. La principal diferencia estriba en que INES como tal es una Data base (Base de Datos) ya que esta se caracteriza por concentrar datos de una forma ordenada, estandarizada y sin datos redundantes. Por otro lado un DWH explota la información sin preocuparse sobre las posibles redundancias de la información.

A manera de ejemplo si tuviéramos en una Base de Datos la siguiente información sobre un grupo asegurado la podríamos ver así:

Mientras que en un DWH todos estos registros se localizarían en una sola tabla, esto debido principalmente a que los objetivos que persiguen son completamente diferentes, una BD busca una clasificación ordenada y un DWH el acceso rápido a la información.

En fecha próxima se concluirá el desarrollo de esta aplicación la cual hasta el momento promete excelentes resultados según las pruebas realizadas hasta el momento.

CONCLUSIONES

Se acaba de lanzar un nuevo producto en Grupo Nacional Provincial, la pregunta obligada de la dirección, ¿Me pueden decir cómo se han comportando las ventas?, ¿Cómo van los siniestros?, ¿Cuál ha sido el padecimiento más común del último año?

¿Cómo responder estos y otros cuestionamientos?. “Si contamos con la información pero tenemos que capturarla, procesarla y dentro de la próxima. Le puedo entregar la información”, “No tenemos esa información pero..”; “si la tenemos pero está al mes de..”

¿Si el futuro de un gran negocio o una decisión vital, etc.? dependían de esa información que si estaba pero no disponible y/o no actualizada y/o no oportuna, ¿Qué decisión se puede tomar?

La única manera de tomar la mejor decisión es contando con la información que permita soportar ésta, para eso es necesario que esta sea completa, confiable y oportuna.

El seguro de gastos médicos mayores es una muy importante línea de negocio de Grupo Nacional Provincial y fue precisamente en esta donde en el año de 1994 sufrió una muy importante pérdida, pero lo más lamentable de esto fue sin lugar a dudas el no contar con los indicadores suficientes que permitieran identificar la causa de las desviaciones en forma oportuna.

Este ejemplo ilustra sin lugar a dudas el punto que se recalco en el presente trabajo, “Resultado más caro el no contar con una herramienta de información, que el haber invertido para desarrollarla”.

Otro ejemplo más común y generalizado son las muy famosas SESA's de Accidentes y Enfermedades, donde lamentable decirlo muchas compañías las tienen que desarrollar en forma manual ya que no cuentan con la información en ningún sistema y no tienen otra alternativa más que el de estimar dichos datos.

La creación de INES fue en su momento muy costosa, por todos los recursos empleados para su desarrollo, sin embargo desde su construcción permitió identificar áreas de oportunidad de mejora, siendo desde ese momento donde se comenzaron a ver las ventajas de su desarrollo.

El desarrollo del sistema, genera además el conocimiento profundo de los procesos, mismo que permite sugerir mejoras en aras de contar con una mejor información.

Para lograr este conocimiento se debe:

- Conocer las necesidades del usuario
- Identificar la información que requiere
- Identificar la fuente de esta información
- Identificar el tipo de información
- Identificar la parte de proceso donde se obtiene o registra la información
- Identificar quien y en que momento registra la información

Y lo más importante, una vez desarrollado el sistema permite garantizar la calidad, completez y oportunidad de la información del negocio, permitiendo así contar con herramientas que apoyen las tomas de decisiones y la obtención de cualquier tipo de información.

Lograr que el desarrollo del sistema sea el adecuado, requiere:

- Definir claramente los objetivos y alcances del proyecto.

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
MEXICO, D.F.

En esa virtud, con fundamento en el Artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se les comunica la estructura del esquema estadístico obtenido como conclusión de los trabajos efectuados por los mencionados comités técnicos para la operación de referencia, mismo que se establece en forma obligatoria de acuerdo a las fechas determinadas para tal efecto, y el cual consta de los siguientes elementos:

- 1) **Formatos;** que presentan a nivel de detalle la información que será requerida, de acuerdo a los diferentes tipos de seguro, así como la periodicidad y fecha de inicio para su observancia, de conformidad a lo establecido en cada caso.
- 2) **Resumen de Cuadros;** en el que se indica el número máximo de formatos que se pueden obtener, de acuerdo a los tipos de seguro que manejen las instituciones.
- 3) **Catálogo de Variables;** en atención a su origen se presenta la separación de variables por tipo de seguro, el objetivo de este apartado es homogeneizar la denominación de las diferentes variables que intervienen en el sistema.
- 4) **Instructivo;** consiste en la definición convencional de cada una de las variables cuya información deberá reportarse, ya sea por tipo de plan, moneda, cobertura, riesgo, rango de edad, sexo, causas de siniestralidad, conceptos de cobertura y distribución geográfica, según se indica.

Por cuanto al inicio del primer período de observancia se indica en cada formato, el cual cabe señalar se determinó dependiendo del grado de adecuaciones que implica en el sistema de registro operativo de las empresas, de tal suerte que existirá una etapa para la transición de la forma en que actualmente reportan esas entidades la información estadística a esta Comisión, al nuevo esquema del S.E.S.A. Con respecto a la forma en que esas instituciones de seguros deberán proporcionar la información antes señalada, esta Comisión en su oportunidad dará a conocer el sistema y los medios que se utilizarán para tal efecto.

A handwritten signature in dark ink is located on the left side of the page, partially overlapping the text. Below the signature, there is a circular stamp or seal, also in dark ink, which appears to be an official mark or signature of the commission.

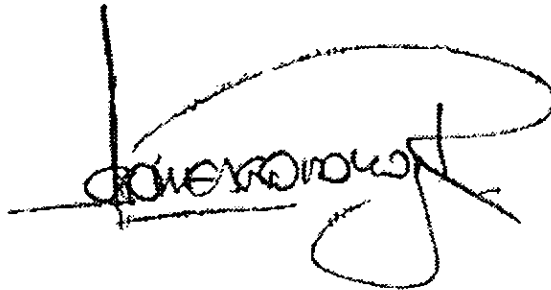
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
MEXICO, D.F.

En concordancia con lo antes mencionado, durante la etapa de transición seguirá surtiendo efecto lo dispuesto en la circular S-20.2, del 1° de marzo del año en curso.

Lo anterior, se hace de su conocimiento con fundamento en el Artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Atentamente.

SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCIÓN
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
EL PRESIDENTE.

A large, stylized handwritten signature in black ink. The signature is written over a horizontal line and includes the name 'GÓMEZ GORDILLO Y R.' in a cursive script.

Lic. Israel Gómez Gordillo y R.

A small, faint handwritten mark or signature in the bottom left corner of the page.

ANEXO II

S.E.S.A. ACC 1A ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

INSTITUCION: SEGURO DIRECTO ACCIDENTES PERSONALES POR TIPO DE PLAN, COBERTURA DOMICILIO: RIESGO, RANGO DE EDAD Y SEXO		ANO: TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRAJERA ()		CLAVE DE COMPAÑIA:					
TIPO DE PLAN: RIESGO:		INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR () (A B C) ()		GRUPO () (F G) ()					
COLECTIVO () (H I J) ()		ESCOLAR ()		CORTO PLAZO* ()					
EDAD	MUJERES			PERDIDAS ORGANICAS			SUMA ASEGURADA		
	No. DE ASEGURADOS EN VIGOR	PRIMA DIRECTA EMITIDA	SUMA ASEGURADA	No DE ASEGURADOS EN VIGOR	PRIMA DIRECTA EMITIDA	SUMA ASEGURADA	H	M	TOTAL
0 - 4	H M TOTAL	H M TOTAL	H M TOTAL	H M TOTAL	H M TOTAL	H M TOTAL	H	M	TOTAL
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 - 64									
65 - 69									
70 - 74									
75 - 79									
80 y más									
TOTAL									

* Incluye accidentes personales a corto plazo, accidentes en viaje y accidentes en viaje aéreo, tanto individual como grupo y colectivo. Sólo se reportará el renglón de TOTAL, sin distinción de sexo.

- Seleccionar cuidadosamente el proveedor que desarrollara, cuidando el no sacrificar calidad por costo.
- Asignar un equipo de casa de tiempo completo.
- Cuidar la fluidez de la información (canales de comunicación).
- Dar un seguimiento estricto al desarrollo del proyecto.
- Proporcionar el tiempo necesario para aclarar cualquier tipo de dudas.
- Para lograr todo esto es primordial que la dirección este absoluta y plenamente convencida de la necesidad de contar con un sistema de información, ya que es ésta la que patrocinará los recursos y el capital necesario para el desarrollo. Por otro lado debe de estar consciente que los resultados se comenzaran a ver al mediano y largo plazo, aunque en algunas ocasiones se notaran en plazos muy cortos.

En el caso particular de INES permitió:

- Sentar las bases para una retarificación del negocio de Gastos Médicos Mayores misma que reflejó los resultados en la utilidad técnica de 1997
- Contar con una herramienta que optimiza el tiempo de obtención de SESA´s
- Reducción de la probabilidad de ser sancionado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
- Herramienta de monitoreo del Plan Línea Azul Prestigio
- Base para la generación de estados de resultados por plan
- Base de lanzamiento para el diseño del primer Data WhereHouse en Grupo Nacional Provincial

Sin embargo, aunque este ha sido uno de los principales esfuerzos dentro de Gastos Médicos Mayores, presenta ciertas deficiencias:

- Dependencia de captura complementaria
- Tiempo de actualización

Estas dos grandes deficiencias se deben básicamente al hecho irrefutable de la operación, en primer lugar por no contar con ciertos datos que a últimas fechas son indispensables en la operación de Gastos Médicos Mayores y que al momento de la creación del sistema de administración AZUL no se

consideró. ¿Pero nos preguntaremos?, ¿Porqué no los incluyen?, la respuesta es, debido a que el sistema AZUL está llegando al fin de su vida útil.

¿También es lento?, si pero no lo es tanto, como este sistema se definió como Estadístico, no requería estar procesando datos en línea, y esta es la razón de su lentitud ya que cada mes procesa la información del mes inmediato anterior.

Como comentaba en el último capítulo, la tendencia del mercado se enfoca hacia dos puntos principalmente:

- Los sistemas enfocados a clientes
- Los Data WhereHouse

Ambos creo yo, resultaran de vital importancia para las empresas que busquen sobresalir en el nuevo milenio, debido a que:

El asegurado está cansado de:

- Ser visto como un número para las compañías
- Llamar o acudir a diferentes áreas para cada una de sus diferentes pólizas (Autos, Vida, Gastos Médicos, etc.)
- Esperar o regresar después porque la base no está actualizada o su expediente los extraviaron y no existen antecedentes en los sistemas.

Así este tipo de sistema permitirá, aunado a un cambio de actitud un servicio más personalizado y cálido hacia el asegurado. Además este tipo de sistema será la materia prima de los Data WhereHouse ya que como recordaremos este tipo de sistema trabaja con alimentación en línea de los sistemas operativos, manejando vistas para la obtención de indicadores.

Concluido este proyecto, en el que he podido participar, como persona y como pasante de actuario puedo decir que:

- Estoy convencido de la necesidad de contar con un sistema de información.

- Que esta información debe de ser la materia prima para la toma de decisiones.
- Que la operación se debe de adecuar a las necesidades del negocio y no lo contrario.
- Que para realizar cualquier sistema de información se deben de considerar todas las áreas de la empresa, aunque pudiese parecer que no les impactase.
- Que se debe desarrollar un conocimiento profundo de los procesos de información.
- Desarrollar un conocimiento profundo de los requerimientos técnicos y de información.
- Que se requiere integrar un equipo comprometido de trabajo, cuidando la comunicación entre este.
- Que una vez concluido el esfuerzo es indispensable la capacitación, para el correcto mantenimiento y seguimiento del sistema.
- Actualmente cuando se necesita generar alguna información el punto más importante es garantizar la calidad, completos y oportunidad de la misma.

ANEXO I



SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
MEXICO. D.F., 13 de septiembre de 1993.

C I R C U L A R S- 20.2.3

ASUNTO: Se comunica la estructura del Sistema Estadístico para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

**A LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES
MUTUALISTAS DE SEGUROS
FACULTADAS PARA LA PRACTICA DE
LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y
ENFERMEDADES.**

A fin de que la industria aseguradora cuente con un soporte estadístico que propicie su sano desarrollo y al mismo tiempo esté en condiciones de competir en su momento en el orden internacional, esta Comisión ha estado trabajando de manera conjunta con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, a través de comités técnicos, para establecer las bases del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (S.E.S.A.) para todas las operaciones que esas instituciones practican.

Por lo que respecta a la Operación de Accidentes y Enfermedades, la información que actualmente reportan las entidades del sector revela un gran dinamismo en su desempeño, no obstante la complejidad operativa y la proporción de empresas que manejan una tarifa prácticamente experimental. Lo anterior dio como resultado que la parte del S.E.S.A. correspondiente a dicha operación se situara entre las de mayor prioridad para ser incorporada en la primera etapa del sistema estadístico de que se trata, situación que quedó plasmada en los compromisos establecidos por las Instituciones de seguros.

S.E.S.A. ACC 1B ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

SEGURO DIRECTO		INSTITUCION:										CLAVE DE COMPANIA:		
ACCIDENTES PERSONALES POR TIPO DE PLAN, COBERTURA, RIESGO, RANGO DE EDAD Y SEXO		DOMICILIO:										AÑO:		
TIPO DE PLAN:		INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()		GRUPO ()		COLECTIVO ()		ESCOLAR ()		CORTO PLAZO* ()		TIPO DE MONEDA:		
RIESGO:		(A B C) ()		(D E) ()		(F G) ()		(H I) ()		(J K) ()		NACIONAL () EXTRANJERA ()		
EDAD	INDENIZACION DIARIA										REEMBOLSO DE GASTOS			
	No. DE ASEGURADOS EN VIGOR		PRIMA DIRECTA EMITIDA		SUMA ASEGURADA		No. DE ASEGURADOS EN VIGOR		PRIMA DIRECTA EMITIDA		SUMA ASEGURADA			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
0 - 4														
5 - 9														
10 - 14														
15 - 19														
20 - 24														
25 - 29														
30 - 34														
35 - 39														
40 - 44														
45 - 49														
50 - 54														
55 - 59														
60 - 64														
65 - 69														
70 - 74														
75 - 79														
80 y más														
TOTAL														

* Incluye accidentes personales a corto plazo, accidentes en viaje y accidentes en viaje aéreo, tanto individual como grupo y colectivo. Solo se reportará el renglón de TOTAL, sin distinción de sexo.

S.E.S.A. ACC 2A ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1985.

SEGURO DIRECTO ACCIDENTES PERSONALES SINIESTRALIDAD POR TIPO DE PLAN, COBERTURA, RIESGO, RANGO DE EDAD Y SEXO		INSTITUCION: DOMICILIO:		AÑO: TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRANJERA ()		CLAVE DE COMPAÑIA:	
TIPO DE PLAN: RIESGO:		INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR () (A B C) () (D E) ()		GRUPO () (F G) () (H I J) ()		COLECTIVO () ESCOLAR () CORTO PLAZO* ()	
EDAD 0 - 4 5 - 9 10 - 14 15 - 19 20 - 24 25 - 29 30 - 34 35 - 39 40 - 44 45 - 49 50 - 54 55 - 59 60 - 64 65 - 69 70 - 74 75 - 79 80 y más TOTAL	MUERTE			PERDIDAS ORGANICAS			
	NUMERO DE SINIESTROS H M TOTAL		MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA H M TOTAL		NUMERO DE SINIESTROS H M TOTAL		MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA H M TOTAL

* Incluye accidentes personales a corto plazo, accidentes en viaje y accidentes en viaje aéreo, tanto individual como grupo y colectivo. Sólo se reportará el renglon de TOTAL, sin distinción de sexo.

S.E.S.A. ACC 2B ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1985.

SEGURO DIRECTO ACCIDENTES PERSONALES SINIESTRALIDAD POR TIPO DE PLAN, COBERTURA, RIESGO, RANGO DE EDAD Y SEXO		INSTITUCION:		AÑO:		TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRAÑERA ()			
TIPO DE PLAN: RIESGO:		GRUPO () (F G) ()		ESCOLAR ()		CORTO PLAZO* ()			
INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR () (A B C) () (D E) ()		COLECTIVO () (H I J) ()		REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS					
EDAD	INDENIZACION DIARIA POR INVALIDEZ			MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA			MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA		
	NUMERO DE SINIESTROS		TOTAL	NUMERO DE SINIESTROS		TOTAL	NUMERO DE SINIESTROS		TOTAL
	H	M		H	M		H	M	
0 - 4									
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 - 64									
65 - 69									
70 - 74									
75 - 79									
80 y más									
TOTAL									

* Incluye accidentes personales a corto plazo, accidentes en viaje y accidentes en viaje aéreo, tanto individual como grupo y colectivo. Solo se reportará el renglón de TOTAL, sin distinción del sexo.

S.E.S.A ACC 3.1 ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO
DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993.

SEGURO DIRECTO ACCIDENTES PERSONALES POR ENTIDAD Y TIPO DE PLAN	INSTITUCION:				CLAVE DE COMPAÑIA:
	DOMICILIO:				AÑO:
					TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRANJERA ()
TIPO DE PLAN:	INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()	GRUPO ()	COLECTIVO ()		
ENTIDAD	POLIZAS EN VIGOR	NUMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR	PRIMAS DIRECTAS EMITIDAS	SUMA ASEGURADA	
AGUASCALIENTES					
BAJA CALIFORNIA NORTE					
BAJA CALIFORNIA SUR					
CAMPECHE					
COAHUILA					
COLIMA					
CHIAPAS					
CHIHUAHUA					
DISTRITO FEDERAL					
DURANGO					
GUANAJUATO					
GUERRERO					
HIDALGO					
JALISCO					
MEXICO					
MICHOACAN					
MORELOS					
NAYARIT					
NUEVO LEON					
OAXACA					
PUEBLA					
QUERETARO					
QUINTANA ROO					
SAN LUIS POTOSI					
SINALOA					
SONORA					
TABASCO					
TAMAULIPAS					
TLAXCALA					
VERACRUZ					
YUCATAN					
ZACATECAS					
TOTAL					

S.E.S.A. ACC 3.2 ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO
DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993.

SEGURO DIRECTO ACCIDENTES PERSONALES SINIESTRALIDAD POR ENTIDAD Y TIPO DE PLAN	INSTITUCION:			CLAVE DE COMPAÑIA:
	DOMICILIO:			AÑO:
				TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRANJERA ()
TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR () GRUPO () COLECTIVO ()				
ENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION		LUGAR DONDE OCURRIO	
	NUMERO DE SINIESTROS	MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA	NUMERO DE SINIESTROS	MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA
AGUASCALIENTES				
BAJA CALIFORNIA NORTE				
BAJA CALIFORNIA SUR				
CAMPECHE				
COAHUILA				
COLIMA				
CHIAPAS				
CHIHUAHUA				
DISTRITO FEDERAL				
DURANGO				
GUANAJUATO				
GUERRERO				
HIDALGO				
JALISCO				
MEXICO				
MICHOACAN				
MORELOS				
NAYARIT				
NUEVO LEON				
OAXACA				
PUEBLA				
QUERETARO				
QUINTANA ROO				
SAN LUIS POTOSI				
SINALOA				
SONORA				
TABASCO				
TAMAULIPAS				
TLAXCALA				
VERACRUZ				
YUCATAN				
ZACATECAS				
EXTRANJERO				
TOTAL				

S.E.S.A. ACC 4 ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO
DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

INSTITUCION:		CLAVE DE COMPANIA:							
SEGURO DIRECTO ACCIDENTES PERSONALES CAUSA DE SINIESTRALIDAD POR TIPO DE PLAN Y SEXO		ANO:	TIPO DE MONEDA:						
DOMICILIO:		NACIONAL ()	EXTRANJERA ()						
TIPO DE PLAN:	INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()	GRUPO ()	ESCOLAR ()	CORTO PLAZO* ()	MONTO DE SINIESTRALIDAD				
CAUSA					OCURRIDA				
					H	M	H	M	TOTAL
ACCIDENTES DE TRANSITO									
ENVENENAMIENTO									
LESIONES PROVOCADAS POR ACTOS DE VIOLENCIA									
RIESGO DE TRABAJO EXCLUYENDO ACCIDENTES DE TRANSITO									
OTROS ACCIDENTES									
TOTAL									

* Incluye accidentes personales a corto plazo, accidentes en viaje y accidentes en viaje aéreo, tanto individual como grupo y colectivo. Sólo se reportará la columna de TOTAL, sin distinción de sexo.

S.E.S.A. AGMM 1 ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO
DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()	INSTITUCION:		GRUPO ()		COLECTIVO ()		PRIMAS DIRECTAS			
	SEGURO DIRECTO GASTOS MEDICOS MAYORES POR TIPO DE PLAN, RANGO DE EDAD Y SEXO		NUMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR		TOTAL		EMITIDAS			
	EDAD	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
0 - 4										
5 - 9										
10 - 14										
15 - 19										
20 - 24										
25 - 29										
30 - 34										
35 - 39										
40 - 44										
45 - 49										
50 - 54										
55 - 59										
60 - 64										
65 - 69										
70 - 74										
75 - 79										
80 y más										
TOTAL										

INSTITUCION:

DOMICILIO:

AÑO:

TIPO DE MONEDA:

NACIONAL () EXTRANJERA ()

CLAVE DE COMPANIA:

S.E.S.A. GMM 3.1 ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO
DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993.

SEGURO DIRECTO GASTOS MEDICOS MAYORES POR ENTIDAD Y TIPO DE PLAN		INSTITUCION:			CLAVE DE COMPANIA:	
		DOMICILIO:			AÑO:	
					TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRANJERA ()	
TIPO DE PLAN:		INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()		GRUPO ()		
ENTIDAD	POLIZA EN VIGOR	NUMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR	PRIMAS DIRECTAS EMITIDAS	SUMA ASEGURADA		
AGUASCALIENTES						
BAJA CALIFORNIA NORTE						
BAJA CALIFORNIA SUR						
CAMPECHE						
COAHUILA						
COLIMA						
CHIAPAS						
CHIHUAHUA						
DISTRITO FEDERAL						
DURANGO						
GUANAJUATO						
GUERRERO						
HIDALGO						
JALISCO						
MEXICO						
MICHOACAN						
MORELOS						
NAYARIT						
NUEVO LEON						
OAXACA						
PUEBLA						
QUERETARO						
QUINTANA ROO						
SAN LUIS POTOSI						
SINALOA						
SONORA						
TABASCO						
TAMAULIPAS						
TLAXCALA						
VERACRUZ						
YUCATAN						
ZACATECAS						
TOTAL						

S.E.S.A ACC 3.2 ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993.

SEGURO DIRECTO GASTOS MEDICOS MAYORES SINIESTRALIDAD POR ENTIDAD Y TIPO DE PLAN		INSTITUCION:		CLAVE DE COMPANIA:	
		DOMICILIO:		ANO:	
				TIPO DE MONEDA: NACIONAL () EXTRANJERA ()	
TIPO DE PLAN:		INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()		GRUPO ()	
ENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION		LUGAR DONDE OCURRIO EL MAYOR GASTO		
	NUMERO SINIESTROS	MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA	NUMERO SINIESTROS	MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA	
AGUASCALIENTES					
BAJA CALIFORNIA NORTE					
BAJA CALIFORNIA SUR					
CAMPECHE					
COAHUILA					
COLIMA					
CHIAPAS					
CHIHUAHUA					
DISTRITO FEDERAL					
DURANGO					
GUANAJUATO					
GUERRERO					
HIDALGO					
JALISCO					
MEXICO					
MICHOACAN					
MORELOS					
NAYARIT					
NUEVO LEON					
OAXACA					
PUEBLA					
QUERETARO					
QUINTANA ROO					
SAN LUIS POTOSI					
SINALOA					
SONORA					
TABASCO					
TAMAULIPAS					
TLAXCALA					
VERACRUZ					
YUCATAN					
ZACATECAS					
EXTRANJERO					
TOTAL					

S.E.S.A. GMM 4.1A ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

SEGURO DIRECTO DE GASTOS MEDICOS MAYORES CAUSAS DE SINIESTRALIDAD RECLAMADA POR TIPO DE PLAN Y SEXO		INSTITUCION:		CLAVE DE COMPANIA:				
TIPO DE PLAN:	GRUPO ()	INDIVIDUAL ()	FAMILIAR ()	COLECTIVO ()				
CAUSA		NUMERO DE SINIESTROS			MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA			
		CLAVE	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
1	CIRUGIA ABDOMINAL Y GASTRICA							
	1.1 APENDICITIS	540						
	1.2 COLECISTITIS AGUDA	575.0						
	1.3 HERNIA INGINAL	550						
	1.4 GASTROENTERITIS INFECCIOSA	008						
	1.5 ULCERA GASTRICA	531						
	1.6 HERNIA HIATAL DIAFRAGMATICA	553.3						
	1.7 COLELITIASIS	574						
	1.8 GASTRITIS AGUDA	535.0						
2	PROCTOLOGIA							
	2.1 HEMORROIDES	455						
3	ENDOCRINOLOGIA							
	3.1 DIABETES MELLITUS	250						
4	NEUMOLOGIA							
	4.1 NEUMONIA	486						
5	UROLOGIA							
	5.1 CISTITIS (INFECCION VIAS URINARIAS)	595						
	5.2 HIPERTROFIA PROSTATICA	600						
	5.3 LITIASIS URETERAL	592.1						
	5.4 LITIASIS RENAL	592.0						
6	CARDIOVASCULAR							
	6.1 INFARTO AL MIOCARDIO	410						
7	ORTORRINOLARINGOLOGIA							
	7.1 Fx. NASAL	602.0						
	7.2 ADENOAMIGDALITIS	474						
	7.3 SINUSITIS	473						
	7.4 OTITIS	381						

S.E.S.A. GMM 4.1B ANUAL

PARA SU OBSERVANCIA A PARTIR DEL PERIODO
DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

TIPO DE PLAN:	INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR ()	GRUPO ()	COLECTIVO ()	INSTITUCION:		CLAVE DE COMPANIA:	
				DOMICILIO:	TIPO DE MONEDA:	NACIONAL ()	EXTRANJERA ()
SEGURO DIRECTO DE GASTOS MEDICOS MAYORES CAUSAS DE SINIESTRALIDAD RECLAMADA POR TIPO DE PLAN Y SEXO				MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA			
CAUSA				NUMERO DE SINIESTROS			
CLAVE	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	TOTAL
8 ORTOPEDIA Y TRAUMA							
8.1 POLITRAUMATIZADO	959						
8.2 LUMBALGIAS POSTRAUMATICO	724.2						
8.3 LESIONES EN DISCO INTERVERTEBRAL	722						
8.4 LESION LIGAMENTOS RODILLA	728						
8.5 ARTROPATIAS	716						
9 GINECOLOGIA							
9.1 MICOMATOSIS UTERINA	218						
9.2 QUISTES DE OVARIOS	620.0						
9.3 MASTOPATIA FIBROQUISTICA Y TUMORES BENIGNOS	610.2						
9.4 EMBARAZO	V22.2						
9.5 CESAREA	689.7						
10 ONCOLOGIA							
10.1 CANCER MAMARIO	174						
10.2 CANCER PROTATICO	185						
10.3 CANCER PANCREATICO	157						
11 SIDA	042						
12 OTRAS ENFERMEDADES							
13 ACCIDENTES							
13.1 ACCIDENTES DE TRANSITO	E800F						
13.2 ENVENENAMIENTOS POR DROGAS Y MEDICAMENTOS	E850						
13.3 OTROS ENVENENAMIENTOS	E860						
13.4 OTROS ACCIDENTES							
14 TOTAL DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES							

ANEXO III

FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

$$\text{Morbilidad} = \frac{\text{Número de reclamaciones}}{\text{Número de asegurados vigentes}}$$

$$\text{Prima devengada por vigencia} = \left(\frac{\text{Número de días transcurridos desde el inicio de la vigencia}}{\text{Número de días totales de la vigencia}} \right) * (\text{Prima neta} - \text{Comisiones})$$

$$\text{Prima devengada por vigencia exacta} = \left(\frac{\text{Número de días transcurridos desde el inicio de la vigencia}}{\text{Número de días totales de la vigencia}} \right) * (\text{Prima neta})$$

$$\text{Porcentaje de siniestralidad} = \frac{\sum \text{del importe de siniestros}}{\sum \text{de la prima devengada}}$$

$$\text{Monto reclamado promedio} = \frac{\sum \text{de importes reclamados}}{\text{Número total de reclamaciones ocurridas}}$$

$$\text{Monto pagado promedio} = \frac{\sum \text{de importes pagados}}{\text{Número total de reclamaciones precedentes pagadas}}$$

$$\text{Prima promedio por asegurado} = \frac{\text{Prima emitida}}{\text{Número total de asegurados}}$$

$$\begin{aligned} \text{Prima directa} = & \sum \left(\begin{array}{l} \text{Prima emitida} \\ - \text{cancelaciones} \\ + \text{Endosos de reabilitación} \\ + \text{Endosos de aumento} \\ - \text{Endosos de disminución} \end{array} \right) \end{aligned}$$

$$\text{Siniestros retenidos} = \sum \left(\begin{array}{l} \text{Monto de siniestros pagados} \\ + \text{incremento a la rva. de siniestros pendientes de pago} \\ + \text{incremento a la rva. de litigio} \end{array} \right)$$

$$\text{Siniestros ocurridos} = \begin{array}{l} \text{Siniestros pagados} \\ + \text{incremento a la reserva pendientes de pago} \\ + \text{incremento de la reserva de siniestros en litigio} \end{array}$$

ANEXO IV

SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAEF800
 GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

GENERAL(SIN CORTES)	1996-09	1996-10	1996-11	1996-12	POSTER.	TOTALES
EMISION ANTER.					8	4,442-
POL. EMITIDAS	76-	16-	19-	12		4,987-
POL. RENOVADAS	39	29-	42-	1	5-	2,900,637
ASEGURADOS	151,269	112,537	78,109	51,189	2,710	15,496,186-
PRIMA DIRECTA	720,225	4,332,847	927,131	3,085,588	1,822,278	407,988,061
PRIMA DEVENGADA	22,408,512	20,356,859	13,169,351	10,799,801	2,158,400	4,820,477-
COMISION	122,324	416,221	73,674	281,931	197,897	33,300
NUM. RECL. INIC.	1,589	1,621	1,074	1,074	1,852	488,300,919
MONTO PROCEDENTE	22,344,631	24,253,104	16,801,213	19,645,927	95,173,905	459,036,737
MONTO SINT PAGADO	22,319,567	25,311,123	12,631,893	22,366,902	82,834,852	2,498
1996-01	112-	6	23-	16-	4	3,822
POL. EMITIDAS	159-	3	5-	18-	7	328,791
POL. RENOVADAS	22,927	22,254	21,909	20,216	10,279	54,776,526
ASEGURADOS	286,246-	700,955	166,118	257,957	401,409	54,525,039
PRIMA DIRECTA	4,144,379	4,229,549	4,188,926	4,197,007	2,300,267	9,722,592
PRIMA DEVENGADA	98,462-	65,976	22,511	1,362-	55,822	2,696
COMISION	168	217	167	222	330	31,683,218
NUM. RECL. INIC.	2,285,142	1,794,036	1,695,784	2,767,287	7,819,700	28,245,783
MONTO PROCEDENTE	2,081,216	1,524,728	1,545,602	2,385,448	6,603,167	2,791
MONTO SINT PAGADO	171-	42-	3	46-	4-	4,498
1996-02	145-	97-	20-	17-	6-	418,888
POL. EMITIDAS	35,753	35,668	34,415	42,986	42,986	64,752,899
POL. RENOVADAS	729,058-	132,823-	308,337	51,486	196,527	64,752,211
ASEGURADOS	4,817,149	5,167,116	4,858,648	5,045,309	6,838,540	11,024,539
PRIMA DIRECTA	176,133-	39,684-	2,920	3,137-	27,950	3,176
PRIMA DEVENGADA	234	302	210	260	631	33,592,895
COMISION	2,141,569	2,911,335	2,042,217	3,258,281	8,898,145	30,872,013
NUM. RECL. INIC.	1,930,315	2,696,794	1,897,862	3,101,425	7,963,472	2,652
MONTO PROCEDENTE	19-	159-	74-	7	28-	4,701
MONTO SINT PAGADO	13-	109-	144-	18-	49-	355,710
1996-03	31,957	31,199	30,165	30,110	67,197	66,877,649
POL. EMITIDAS	127,940	539,313	962,377-	10,008-	479,423	66,877,650
POL. RENOVADAS	5,805,421	6,467,841	5,205,453	5,184,866	12,184,797	11,659,893
ASEGURADOS	36,293	54,218-	173,928-	40,427	73,005	3,092
PRIMA DIRECTA	204	305	255	243	829	33,667,113
PRIMA DEVENGADA	2,304,750	2,777,305	2,112,249	2,959,821	12,118,163	31,243,980
COMISION	2,077,380	2,636,453	1,983,867	2,723,631	11,100,100	2,259
NUM. RECL. INIC.	47-	24-	117-	65-	17-	4,488
MONTO PROCEDENTE	83-	9-	87-	128-	54-	358,938
MONTO SINT PAGADO	30,643	30,817	30,164	29,882	92,824	84,401,978
1996-04	1,561,552-	102,044	51,364	159,995-	227,416	84,400,192
POL. EMITIDAS	3,651,272	5,540,393	5,699,033	5,568,867	16,919,438	12,189,383
POL. RENOVADAS	59,919-	12	67,128-	84,639-	52,285	2,676
ASEGURADOS	165	238	201	244	1,009	31,036,363
PRIMA DIRECTA	1,748,899	2,073,604	2,036,505	2,776,659	14,272,095	28,625,923
PRIMA DEVENGADA	1,619,303	1,840,689	1,906,474	2,588,421	13,058,477	
COMISION						
NUM. RECL. INIC.						
MONTO PROCEDENTE						
MONTO SINT PAGADO						

SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAEF80
 GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

GENERAL(SIN CORTES)	1996-09	1996-10	1996-11	1996-12	POSTER.	TOTALES
EMISION 1996-05						
POL. EMITIDAS	114-	99-	63	236-	88-	2,308
POL. RENOVADAS	226-	50-	15-	168-	174-	5,022
ASEGURADOS	26,926	26,614	26,689	25,228	104,735	309,451
PRIMA DIRECTA	1,058,829	1,116,995	588,449	1,495,034	253,094	64,231,983
PRIMA DEVENGADA	5,304,118	5,108,806	5,753,334	4,745,932	21,834,419	64,228,480
COMISION	42,785	199,434	126,804	99,473	79,168-	11,687,612
NUM. RECL. INIC.	166	233	188	186	1,094	2,533
MONTO PROCEDENTE	1,771,225	2,346,306	1,794,660	1,759,426	14,989,130	28,187,404
MONTO SINT PAGADO	1,657,765	2,041,540	1,586,386	1,584,288	13,776,899	25,815,868
1996-06						
POL. EMITIDAS	27-	84-	25-	37-	199-	2,350
POL. RENOVADAS	186-	16-	30-	7-	260-	4,959
ASEGURADOS	22,780	22,519	22,422	22,660	115,566	262,746
PRIMA DIRECTA	716,004	1,354,997	302,392-	1,019,671	485,861	64,074,928
PRIMA DEVENGADA	5,368,279	5,925,167	5,031,373	5,837,158	29,238,286	64,074,927
COMISION	18,484	73,449	58,829-	196,634	99,097-	11,574,983
NUM. RECL. INIC.	166	264	224	193	1,634	2,861
MONTO PROCEDENTE	1,695,636	2,410,483	2,620,675	2,247,178	20,986,577	32,972,976
MONTO SINT PAGADO	1,605,665	2,242,339	2,399,131	2,095,167	19,472,576	30,678,604
1996-07						
POL. EMITIDAS	337-	3-	63-	42-	294-	2,760
POL. RENOVADAS	804-	154-	33-	70-	338-	5,908
ASEGURADOS	33,110	37,213	41,419	41,293	220,654	431,095
PRIMA DIRECTA	11,680,380	955,989	1,279,204	793,256-	2,007,125	82,595,910
PRIMA DEVENGADA	5,439,217	7,448,684	7,278,240	6,817,934	44,307,540	82,584,839
COMISION	2,072,619-	104,359	262,132	123,840-	121,385	14,431,097
NUM. RECL. INIC.	308	384	350	320	3,182	4,948
MONTO PROCEDENTE	1,853,605	2,871,876	2,818,546	3,230,125	30,475,241	44,003,942
MONTO SINT PAGADO	1,776,714	2,630,958	2,673,101	3,011,786	28,451,940	41,128,620
1996-08						
POL. EMITIDAS	603-	145-	2	66-	245-	2,551
POL. RENOVADAS	683-	730-	181-	4-	287-	5,235
ASEGURADOS	31,442	32,706	33,048	33,302	227,405	377,658
PRIMA DIRECTA	14,045,532-	5,250,530-	400,479	255,256-	1,786,823	78,018,106
PRIMA DEVENGADA	4,697,776	6,281,966	7,483,599	6,970,373	46,641,209	78,010,390
COMISION	1,998,600-	994,881-	135,176-	25,036	226,196-	13,230,510
NUM. RECL. INIC.	162	362	308	360	2,820	4,042
MONTO PROCEDENTE	1,246,512	2,341,789	1,948,767	2,583,822	26,501,181	34,782,720
MONTO SINT PAGADO	1,217,113	2,202,126	1,803,032	2,453,301	24,330,178	33,152,206
1996-09						
POL. EMITIDAS	3,418	347-	165-	10	303-	2,613
POL. RENOVADAS	6,908	563-	493-	157-	348-	5,347
ASEGURADOS	15,186	29,098	32,537	32,661	234,319	343,801
PRIMA DIRECTA	83,592,541	7,820,058-	4,745,992-	271,094	640,357	70,657,226
PRIMA DEVENGADA	4,412,344	5,216,472	6,473,953	6,300,931	48,158,568	70,562,270
COMISION	15,620,230	1,583,859-	1,001,878-	10,906-	283,508-	12,740,078
NUM. RECL. INIC.	53	371	410	453	4,191	5,478
MONTO PROCEDENTE	276,071	1,849,456	2,247,075	2,803,932	33,157,635	40,334,172
MONTO SINT PAGADO	272,290	1,783,649	2,136,133	2,660,934	31,087,896	37,940,905

FECHA: 02/12/97
 REPORTE: 000178
 CUADRANTE: 3/ 1

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

	1996-01	1996-02	1996-03	1996-04	1996-05	1996-06	1996-07	1996-08
SISTEMA : INES								
PROGRAMA : GNAEFBOO								
GENERAL(SIN CORTES)								
EMISION								
1996-10								
POL. EMITIDAS	2,645	2,743	1,821	2,125	2,335	2,036	3,026	2,673
POL. RENOVADAS	4,141	4,543	3,770	4,583	5,923	3,930	6,518	5,441
ASEGURADOS	464,159	455,146	443,158	432,531	434,604	433,456	433,916	416,075
PRIMA DIRECTA	48,727,880	41,335,327	69,682,103	74,152,913	83,960,642	62,938,975	98,097,318	79,839,236
PRIMA DEVENGADA	64,957,938	49,682,222	63,172,933	63,987,376	82,998,986	68,897,306	76,570,311	72,754,090
COMISION	10,182,534	7,893,779	12,325,529	12,450,108	11,435,468	11,451,851	16,026,236	13,340,232
NUM. RECL. INIC.	3,678	3,165	4,035	4,653	4,213	4,171	4,864	4,100
MONTO PROCEDENTE	39,811,651	43,217,148	48,804,343	44,975,535	49,431,410	46,816,550	51,874,617	45,790,989
MONTO SINT PAGADO	37,369,141	41,155,637	46,629,901	42,627,175	46,816,660	44,509,880	48,622,311	42,325,843
1996-11								
POL. EMITIDAS								
POL. RENOVADAS								
ASEGURADOS								
PRIMA DIRECTA								
PRIMA DEVENGADA								
COMISION								
NUM. RECL. INIC.								
MONTO PROCEDENTE								
MONTO SINT PAGADO								
1996-12								
POL. EMITIDAS								
POL. RENOVADAS								
ASEGURADOS								
PRIMA DIRECTA								
PRIMA DEVENGADA								
COMISION								
NUM. RECL. INIC.								
MONTO PROCEDENTE								
MONTO SINT PAGADO								
TOTALES								
POL. EMITIDAS	2,645	2,743	1,821	2,125	2,335	2,036	3,026	2,673
POL. RENOVADAS	4,141	4,543	3,770	4,583	5,923	3,930	6,518	5,441
ASEGURADOS	464,159	455,146	443,158	432,531	434,604	433,456	433,916	416,075
PRIMA DIRECTA	48,727,880	41,335,327	69,682,103	74,152,913	83,960,642	62,938,975	98,097,318	79,839,236
PRIMA DEVENGADA	64,957,938	49,682,222	63,172,933	63,987,376	82,998,986	68,897,306	76,570,311	72,754,090
COMISION	10,182,534	7,893,779	12,325,529	12,450,108	11,435,468	11,451,851	16,026,236	13,340,232
NUM. RECL. INIC.	3,678	3,165	4,035	4,653	4,213	4,171	4,864	4,100
MONTO PROCEDENTE	39,811,651	43,217,148	48,804,343	44,975,535	49,431,410	46,816,550	51,874,617	45,790,989
MONTO SINT PAGADO	37,369,141	41,155,637	46,629,901	42,627,175	46,816,660	44,509,880	48,622,311	42,325,843

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

SISTEMA : INES	1996-09	1996-10	1996-11	1996-12	POSTER.	TOTALES
PROGRAMA : GNAEF800						
GENERAL(SIN CORTES)						
EMISION						
1996-10						
POL. EMITIDAS		3,849	443-	277-	316-	2,813
POL. RENOVADAS		8,992	718-	906-	491-	6,877
ASEGURADOS		20,472	34,337	38,323	339,372	432,504
PRIMA DIRECTA		105,962,859	13,980,503-	6,172,827-	2,150,686	87,960,315
PRIMA DEVENGADA		4,413,513	6,016,518	7,299,059	69,303,787	87,032,879
COMISION		19,817,709	2,119,732-	1,154,336-	86,960	16,630,601
NUM. RECL. INIC.		40	192	331	3,929	4,492
NUM. RECL. INIC.		214,359	1,236,400	2,397,559	35,858,711	39,707,030
MONTO PROCEDENTE		207,604	1,180,399	2,287,183	33,311,564	36,986,751
MONTO SINT PAGADO						
1996-11						
POL. EMITIDAS		3,1245	634-	378-		2,233
POL. RENOVADAS		6,079	354-	862-		4,863
ASEGURADOS		17,971	24,421	295,496		337,888
PRIMA DIRECTA		85,652,809	14,091,582-	4,825,527-		66,735,699
PRIMA DEVENGADA		3,930,138	4,227,858	55,180,823		62,938,821
COMISION		15,281,452	2,004,256-	1,168,206-		12,108,988
NUM. RECL. INIC.		21	149	2,992		3,162
NUM. RECL. INIC.		128,217	982,810	30,664,500		31,775,528
MONTO PROCEDENTE		121,019	936,812	28,997,888		30,055,721
MONTO SINT PAGADO						
1996-12						
POL. EMITIDAS		2,747	2,747	26,669		29,416
POL. RENOVADAS		7,361	7,361	59,964		67,325
ASEGURADOS		14,305	14,305	2,081,726		2,096,031
PRIMA DIRECTA		165,643,691	921,941,618	1087,585,309		1087,585,309
PRIMA DEVENGADA		3,409,774	493,048,947	496,458,721		496,458,721
COMISION		28,498,590	158,351,591	186,850,181		186,850,181
NUM. RECL. INIC.		41	22,478	22,519		22,519
NUM. RECL. INIC.		329,832	196,189,107	196,518,940		196,518,940
MONTO PROCEDENTE		303,450	186,104,608	186,408,058		186,408,058
MONTO SINT PAGADO						
TOTALES						
POL. EMITIDAS		2,936	2,384	1,357	24,809	52,802
POL. RENOVADAS		7,238	4,311	5,515	57,097	117,658
ASEGURADOS		402,199	404,438	398,005	3,835,269	8,954,138
PRIMA DIRECTA		55,799,112	69,382,628	147,351,528	926,286,381	1857,182,247
PRIMA DEVENGADA		66,048,473	74,688,570	76,404,875	848,115,028	1684,434,485
COMISION		11,434,382	12,212,823	25,560,667	157,110,722	319,029,985
NUM. RECL. INIC.		3,215	3,497	4,076	46,971	94,975
NUM. RECL. INIC.		37,568,046	37,482,313	47,742,865	527,104,097	1066,563,228
MONTO PROCEDENTE		36,557,334	31,864,903	48,500,754	487,093,623	999,191,176
MONTO SINT PAGADO						

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
TARIFICACION TOTAL CARTERA

SISTEMA : INES
PROGRAMA : GNAEF800

NO. REPORTE : 000183 USUARIO: RMR056

EMISION	EVENTO	EXTRACTO
1996-01	1996-01	1993-01
1996-12	1996-12	1997-10

FECHA INICIAL :
FECHA FINAL :

EN MILES DE \$: N
GENERA ARCHIVO: S

CLASIFICADO POR : GENERAL(SIN CORTES)
SELECCIONADO POR: TOTAL COMPANIA.

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAEF800

GENERAL(SIN CORTES)	1996-01	1996-02	1996-03	1996-04	1996-05	1996-06	1996-07	1996-08
EMISION ANTER.	1,115-	767-	1,060-	303-	334-	403-	221-	148-
POL. EMITIDAS	1,460-	1,260-	1,010-	269-	226-	325-	175-	226-
POL. RENOVADAS	448,276	402,960	366,557	318,313	289,996	262,326	232,111	184,284
ASEGURADOS	18,622,957-	24,121,091-	1,954,573	855,116	3,749,445	1,048,984	7,279,220	1,472,449
PRIMA DIRECTA	62,006,983	42,552,625	49,721,188	42,137,118	41,178,622	36,194,195	37,742,307	27,562,095
PRIMA DEVENGADA	2,250,068-	4,224,474-	150,880-	21,087	44,887	110,834-	366,222	89,850
COMISION	3,649	3,019	3,712	3,901	3,218	3,095	3,180	2,419
NUM. RECL. INIC.	39,611,336	41,601,741	45,778,644	38,736,427	39,939,665	37,036,289	37,573,314	29,804,717
MONTO PROCEDENTE	37,178,340	39,641,144	43,833,260	36,704,735	37,901,159	35,378,916	35,105,638	27,827,202
MONTO SINT PAGADO								
1996-01								
POL. EMITIDAS	3,760	494-	391-	9-	47-	36-	14-	130-
POL. RENOVADAS	5,601	345-	971-	172-	20-	31-	5-	63-
ASEGURADOS	15,883	30,880	32,901	31,832	31,860	31,788	31,290	24,772
PRIMA DIRECTA	67,350,837	7,241,385-	5,831,726-	1,118,432-	667,075	213,049-	94,622	171,208-
PRIMA DEVENGADA	2,950,954	4,186,054	4,673,804	4,417,381	5,058,991	4,771,596	4,955,183	4,450,942
COMISION	12,432,602	1,385,105-	1,118,102-	158,407-	49,448	61,202-	9,754	90,880-
NUM. RECL. INIC.	29	101	140	272	283	244	280	243
MONTO PROCEDENTE	200,314	1,139,078	1,685,701	2,546,346	2,865,717	2,176,734	2,514,597	2,192,776
MONTO SINT PAGADO	190,800	1,068,744	1,564,355	2,399,024	2,663,265	1,988,272	2,458,562	1,772,593
1996-02								
POL. EMITIDAS	4,004	491-	372-	47-	34-	34-	34-	9-
POL. RENOVADAS	6,148	570-	611-	127-	30-	17-	30-	10-
ASEGURADOS	21,306	29,548	35,738	35,984	37,383	37,415	37,415	36,733
PRIMA DIRECTA	72,697,804	5,813,572-	3,817,843-	354,923-	2,168,731	520,745	520,745	346,513-
PRIMA DEVENGADA	2,943,542	5,649,834	5,504,809	5,945,291	6,685,503	6,077,785	6,077,785	5,218,681
COMISION	13,503,359	1,110,973-	1,134,577-	163,224-	164,106	16,410-	16,410-	29,655-
NUM. RECL. INIC.	45	153	263	277	239	292	292	270
MONTO PROCEDENTE	476,328	1,164,521	2,116,038	2,449,364	2,390,251	2,684,463	2,684,463	3,060,378
MONTO SINT PAGADO	445,749	1,066,405	2,007,258	2,288,072	2,217,366	2,520,350	2,520,350	2,736,940
1996-03								
POL. EMITIDAS	3,763	524-	424-	251-	251-	25	56-	32-
POL. RENOVADAS	6,321	471-	637-	110-	637-	110-	20-	49-
ASEGURADOS	14,152	26,734	29,363	30,859	31,669	31,669	31,669	32,305
PRIMA DIRECTA	79,372,828	7,591,716-	8,555,453-	1,040,034	2,018,530	2,018,530	2,018,530	419,137
PRIMA DEVENGADA	3,128,106	5,131,179	4,979,825	6,030,731	6,556,359	6,203,066	6,203,066	6,203,066
COMISION	14,403,804	1,520,558-	1,483,534-	70,846	225,758	225,758	225,758	41,997
NUM. RECL. INIC.	175,476	1,299,424	2,466,493	2,077,612	2,605,659	2,770,156	2,605,659	2,770,156
MONTO PROCEDENTE	165,879	1,240,535	2,337,195	1,954,180	2,437,979	2,586,776	2,437,979	2,586,776
MONTO SINT PAGADO								
1996-04								
POL. EMITIDAS	3,333	569-	205-	205-	205-	205-	12	42-
POL. RENOVADAS	6,106	567-	586-	586-	586-	586-	98-	6-
ASEGURADOS	19,910	30,261	31,710	31,710	31,710	31,710	31,851	30,872
PRIMA DIRECTA	85,825,790	3,173,799	4,355,100-	5,774,470	5,774,470	5,774,470	20,192	1,088,018
PRIMA DEVENGADA	6,796,888	21,651,591	5,774,470	943,435-	3,409	3,409	3,409	7,042,198
COMISION	15,242,564	1,901,611-	202	202	202	202	202	52,155-
NUM. RECL. INIC.	38	140	146	146	146	146	146	189
MONTO PROCEDENTE	277,298	1,467,262	2,090,498	2,090,498	2,090,498	2,090,498	2,246,556	2,045,784
MONTO SINT PAGADO	275,621	1,412,816	2,001,772	2,001,772	2,001,772	2,001,772	2,071,950	1,850,395

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

GENERAL(SIN CORTES)	1996-09	1996-10	1996-11	1996-12	POSTER.	TOTALES
EMISION ANTER.						
POL. EMITIDAS	76-	16-	19-	12	8	4,442-
POL. RENOVADAS	39	29-	42-	1	5-	4,987-
ASEGURADOS	151,269	112,537	78,109	51,189	2,710	2,900,637
PRIMA DIRECTA	720,225	4,332,847	927,131	3,085,588	1,822,278	15,496,186-
PRIMA DEVENGADA	22,408,512	20,356,859	13,169,351	10,799,801	2,158,400	407,988,061
COMISION	122,324	416,221	73,674	281,931	197,897	4,820,477-
NUM. RECL. INIC.	1,589	1,621	971	1,074	1,852	33,300
MONTO PROCEDENTE	22,344,631	24,253,104	16,801,213	19,645,927	95,173,905	488,300,919
MONTO SINT PAGADO	22,319,567	25,311,123	12,631,893	22,368,902	82,834,852	459,036,737
1996-01						
POL. EMITIDAS	112-	6	23-	16-	4	2,498
POL. RENOVADAS	159-	3	5-	18-	7	3,822
ASEGURADOS	22,927	22,254	21,909	20,216	10,279	328,791
PRIMA DIRECTA	286,246-	700,555	166,118	257,957	401,409	54,776,525
PRIMA DEVENGADA	4,144,379	4,229,549	4,188,926	4,197,007	2,300,267	54,525,039
COMISION	98,462-	65,976	22,511	1,362-	55,822	9,722,592
NUM. RECL. INIC.	168	217	167	222	330	2,696
MONTO PROCEDENTE	2,285,142	1,794,036	1,695,784	2,767,287	7,819,700	31,683,218
MONTO SINT PAGADO	2,081,216	1,524,728	1,545,602	2,385,448	6,603,167	28,245,783
1996-02						
POL. EMITIDAS	171-	42-	3	46-	4-	2,791
POL. RENOVADAS	145-	97-	20-	17-	6-	4,498
ASEGURADOS	35,959	35,753	35,668	34,415	42,986	418,888
PRIMA DIRECTA	725,058	132,823-	308,337	51,486	196,527	64,752,899
PRIMA DEVENGADA	4,817,149	5,167,116	4,858,648	5,045,309	6,838,540	64,752,211
COMISION	176,133-	39,684-	2,920	3,137-	27,950	11,024,539
NUM. RECL. INIC.	234	302	210	260	631	3,176
MONTO PROCEDENTE	2,141,569	2,911,335	2,042,217	3,258,281	8,898,145	33,592,895
MONTO SINT PAGADO	1,930,315	2,696,794	1,897,862	3,101,425	7,963,472	30,872,013
1996-03						
POL. EMITIDAS	19-	159-	74-	7	28-	2,652
POL. RENOVADAS	13-	109-	144-	18-	49-	4,701
ASEGURADOS	31,957	31,199	30,165	30,110	67,197	355,710
PRIMA DIRECTA	127,940	539,313	962,377-	10,008-	479,423	66,877,649
PRIMA DEVENGADA	5,805,421	6,457,841	5,205,453	5,184,866	12,184,797	66,877,650
COMISION	36,293	54,218-	173,928-	40,427	73,005	11,659,893
NUM. RECL. INIC.	204	305	255	243	829	3,092
MONTO PROCEDENTE	2,304,750	2,777,305	2,112,249	2,959,821	12,118,163	33,667,113
MONTO SINT PAGADO	2,077,380	2,636,453	1,983,867	2,723,631	11,100,100	31,243,980
1996-04						
POL. EMITIDAS	47-	24-	117-	65-	17-	2,259
POL. RENOVADAS	83-	9-	87-	128-	54-	4,488
ASEGURADOS	30,643	30,817	30,164	29,862	92,824	358,938
PRIMA DIRECTA	1,561,552-	102,044	51,364	159,995-	227,416	84,411,978
PRIMA DEVENGADA	3,651,272	5,540,393	5,699,033	5,568,867	16,919,438	84,400,192
COMISION	59,919-	12	67,128-	84,639-	52,285	12,189,383
NUM. RECL. INIC.	165	238	201	244	1,009	2,676
MONTO PROCEDENTE	1,748,899	2,073,604	2,036,505	2,776,859	14,272,095	31,036,363
MONTO SINT PAGADO	1,619,303	1,840,689	1,906,474	2,588,421	13,058,477	28,625,923

SISTEMA : INES
 PROGRAMA: GNAEF800
 GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

GENERAL(SIN CORTES)	1986-09	1986-10	1986-11	1986-12	POSTER.	TOTALES
EMISION						
1986-05						
POL. EMITIDAS	114-	99-	63	236-	88-	2,508
POL. RENOVADAS	226-	50-	15-	168-	174-	5,022
ASEGURADOS	26,926	26,614	26,689	25,228	104,735	309,451
PRIMA DIRECTA	1,088,829	1,116,995	588,449	1,495,034	253,094	64,231,983
PRIMA DEVENGADA	5,304,118	5,108,806	5,753,334	4,745,932	21,834,419	64,228,480
COMISION	42,785	199,434	126,804	99,473-	79,168-	11,687,612
NUM. RECL. INIC.	166	233	188	186	1,094	2,533
MONTO PROCEDENTE	1,771,225	2,346,306	1,794,660	1,759,426	14,989,130	28,187,404
MONTO SINT PAGADO	1,657,765	2,041,540	1,586,386	1,584,288	13,776,899	25,815,868
1986-06						
POL. EMITIDAS	27-	84-	25-	37-	199-	2,350
POL. RENOVADAS	186-	16-	30-	7-	260-	4,559
ASEGURADOS	22,780	22,519	22,422	22,660	115,566	262,746
PRIMA DIRECTA	716,004	1,354,997	302,392	1,019,671	485,861	64,074,928
PRIMA DEVENGADA	5,368,279	5,925,167	5,031,373	5,837,158	29,238,286	64,074,937
COMISION	18,484	73,449	58,829-	196,634	99,087-	11,574,983
NUM. RECL. INIC.	166	264	224	193	1,634	2,861
MONTO PROCEDENTE	1,695,636	2,410,483	2,620,675	2,247,178	20,986,577	32,972,976
MONTO SINT PAGADO	1,605,665	2,242,339	2,399,131	2,095,167	19,472,576	30,678,604
1986-07						
POL. EMITIDAS	337-	3-	63-	42-	294-	2,760
POL. RENOVADAS	804-	154-	33-	70-	338-	5,908
ASEGURADOS	33,110	37,213	41,419	41,293	220,654	431,095
PRIMA DIRECTA	11,680,380	955,989	1,279,204	793,256-	2,007,125	82,595,910
PRIMA DEVENGADA	5,438,217	7,448,684	7,278,240	6,817,934	44,307,540	82,584,839
COMISION	2,072,619-	104,359	262,132	123,840-	121,386	14,431,097
NUM. RECL. INIC.	308	384	350	320	3,182	4,948
MONTO PROCEDENTE	1,853,605	2,871,876	2,818,546	3,230,125	30,475,241	44,003,942
MONTO SINT PAGADO	1,776,714	2,630,958	2,673,101	3,011,786	28,451,940	41,128,620
1986-08						
POL. EMITIDAS	603-	145-	2	66-	245-	2,551
POL. RENOVADAS	683-	730-	181-	4-	287-	5,235
ASEGURADOS	31,442	32,706	33,048	33,302	227,405	377,658
PRIMA DIRECTA	14,045,532-	5,250,530-	400,479	255,256-	1,786,823	78,018,106
PRIMA DEVENGADA	4,697,776	6,281,966	7,483,599	6,970,373	46,641,209	78,010,390
COMISION	1,998,600-	994,881-	135,176-	25,036	226,196-	13,230,510
NUM. RECL. INIC.	162	362	308	360	2,042	4,042
MONTO PROCEDENTE	1,246,512	2,341,789	1,948,767	2,583,822	26,501,181	34,782,720
MONTO SINT PAGADO	1,217,113	2,202,126	1,803,032	2,453,301	24,330,178	32,152,206
1986-09						
POL. EMITIDAS	3,418	347-	165-	10	303-	2,613
POL. RENOVADAS	6,908	563-	493-	157-	348-	5,347
ASEGURADOS	15,186	29,098	32,537	32,661	234,319	343,801
PRIMA DIRECTA	83,592,541	7,820,058	4,745,992-	271,084	640,357-	70,657,226
PRIMA DEVENGADA	4,412,344	5,216,472	6,473,953	6,300,931	48,158,568	70,562,270
COMISION	15,620,230	1,583,859-	1,001,878-	10,906-	283,508-	12,740,078
NUM. RECL. INIC.	53	371	410	453	4,191	5,478
MONTO PROCEDENTE	276,071	1,849,456	2,247,075	2,803,932	33,157,635	40,334,172
MONTO SINT PAGADO	272,290	1,783,649	2,136,133	2,660,934	31,087,896	37,940,905

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

	1996-01	1996-02	1996-03	1996-04	1996-05	1996-06	1996-07	1996-08
SISTEMA : INES								
PROGRAMA : GNAEFBOO								
GENERAL(SIN CORTES)								
EMISION 1996-10								
POL. EMITIDAS								
POL. RENOVADAS								
ASEGURADOS								
PRIMA DIRECTA								
PRIMA DEVENGADA								
COMISION								
NUM. RECL. INIC.								
MONTO PROCEDENTE								
MONTO SIN PAGADO								
1996-11								
POL. EMITIDAS								
POL. RENOVADAS								
ASEGURADOS								
PRIMA DIRECTA								
PRIMA DEVENGADA								
COMISION								
NUM. RECL. INIC.								
MONTO PROCEDENTE								
MONTO SIN PAGADO								
1996-12								
POL. EMITIDAS								
POL. RENOVADAS								
ASEGURADOS								
PRIMA DIRECTA								
PRIMA DEVENGADA								
COMISION								
NUM. RECL. INIC.								
MONTO PROCEDENTE								
MONTO SIN PAGADO								
TOTALES	2,645	2,743	1,821	2,125	2,335	2,036	3,026	2,673
POL. RENOVADAS	4,141	4,543	3,770	4,583	5,923	3,930	6,518	5,441
ASEGURADOS	464,159	455,146	443,158	432,531	434,604	433,456	433,916	416,075
PRIMA DIRECTA	48,727,880	41,335,327	69,682,103	74,152,913	83,960,642	62,938,975	98,097,318	79,839,236
PRIMA DEVENGADA	64,957,938	49,682,222	63,172,933	63,987,376	82,998,986	68,897,306	76,570,311	72,754,090
COMISION	10,182,534	7,893,779	12,325,529	12,450,108	11,435,468	11,451,851	16,026,236	13,340,232
NUM. RECL. INIC.	3,678	3,165	4,035	4,653	4,213	4,171	4,864	4,100
MONTO PROCEDENTE	39,811,651	43,217,148	48,804,343	44,975,935	49,431,410	46,816,550	51,874,617	45,790,989
MONTO SIN PAGADO	37,369,141	41,155,637	46,629,901	42,627,175	46,816,660	44,509,880	48,622,311	42,325,843

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE TARIFICACION POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

GENERAL(SIN CORTES)	1986-09	1996-10	1996-11	1996-12	POSTER.	TOTALES
EMISION						
1996-10		3,849	443-	277-	316-	2,813
POL. EMITIDAS		8,992	718-	906-	491-	6,877
POL. RENOVADAS		20,472	34,337	38,323	339,372	432,504
ASEGURADOS		105,962,859	13,980,503-	6,172,827-	2,150,686	87,960,215
PRIMA DIRECTA		4,415,513	6,016,518	7,299,059	69,303,787	87,032,879
PRIMA DEVENGADA		19,817,709	2,119,732-	1,154,336-	86,960	16,630,601
COMISION		40	192	331	3,929	4,452
NUM. RECL. INIC.		214,359	1,236,400	2,397,559	35,858,711	39,707,030
MONTO PROCEDENTE		207,604	1,180,399	2,287,183	33,311,564	36,986,751
MONTO SINT PAGADO						
1996-11						
POL. EMITIDAS		3,245	624-	534-	378-	2,233
POL. RENOVADAS		6,079	354-	354-	862-	4,863
ASEGURADOS		17,971	24,421	295,496	295,496	337,888
PRIMA DIRECTA		85,652,809	14,091,582-	4,825,527-	4,825,527-	66,735,699
PRIMA DEVENGADA		3,530,138	4,227,858	55,180,823	55,180,823	62,938,821
COMISION		15,281,452	2,004,256-	1,168,206-	1,168,206-	12,108,988
NUM. RECL. INIC.		21	149	2,992	2,992	2,162
MONTO PROCEDENTE		128,217	982,810	30,664,500	31,775,528	31,775,528
MONTO SINT PAGADO		121,019	936,812	28,997,888	30,055,721	30,055,721
1996-12						
POL. EMITIDAS		7,361	2,747	26,669	26,669	29,416
POL. RENOVADAS		7,361	59,984	59,984	59,984	67,325
ASEGURADOS		14,305	14,305	2,081,726	2,081,726	2,096,031
PRIMA DIRECTA		165,643,691	921,941,618	1087,585,309	1087,585,309	496,458,721
PRIMA DEVENGADA		3,409,774	493,048,947	186,850,181	186,850,181	22,519
COMISION		28,498,590	158,351,591	22,478	22,478	22,519
NUM. RECL. INIC.		329,832	196,189,107	196,518,940	196,518,940	196,518,940
MONTO PROCEDENTE		303,450	186,104,608	186,404,058	186,404,058	186,404,058
MONTO SINT PAGADO						
TOTALES						
POL. EMITIDAS	1,912	2,936	2,384	1,357	24,809	52,802
POL. RENOVADAS	4,648	7,238	4,311	5,515	57,097	117,658
ASEGURADOS	402,199	401,182	404,438	398,005	3,835,269	8,954,138
PRIMA DIRECTA	55,799,112	99,628,199	69,382,628	147,351,528	926,286,381	1,857,182,247
PRIMA DEVENGADA	66,048,473	76,156,371	74,688,570	848,115,028	1,684,434,485	319,029,985
COMISION	11,434,382	17,605,649	12,212,823	25,560,667	157,110,722	319,029,985
NUM. RECL. INIC.	3,215	4,337	3,497	4,076	46,971	94,975
MONTO PROCEDENTE	37,668,046	45,843,657	37,482,313	47,742,865	527,104,097	1,066,563,228
MONTO SINT PAGADO	36,557,334	45,118,009	31,864,903	48,500,754	487,093,623	999,191,176

ND. REPORTE: 000053 USUARIO: RMR056

OTOMA PARAMETROS DEL CUADRO DE TARIFICACION POR COBERTURAS : 000178

EMISION	EVENTO	EXTRACTO
1996-01	1996-01	1993-01
1996-12	1996-12	1997-10

CLASIFICADO POR : GENERAL SIN CORTES.

SELECCIONADO POR: TOTAL COMPANIA.

OPARAMETROS DE ESTE REPORTE
GENERALES : EN MILES DE N\$: N
 : GENERA ARCHIVO : S
 : POR IMPRESORA : S
ICD9 DESGLOSADO : N
ICD9 CLASIFICADO POR MONTO
PORCENTAJE DE RELEVANCIA : 100.00 %

INTERSECCIONES : GENERAL SIN CORTES.

0
FECHA EMISION : DESDE 1996-01 HASTA 1996-12
FECHA EVENTOS : DESDE 1996-01 HASTA 1996-12
CORTES POR FECHAS : N

CANT. RECL.	CANT. RECL.	ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES. EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 ICD-9 ZZZ	-HOSPITAL -		-FUERA HDSP		-HONORARIOS		--RESERVAS		---OTROS--		---TOTAL--- PROCEDENTE
			CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	
9.856	9.856	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	4,704,991	1,222	3,151,804	840	4,937	31,241,485	711,350	40,742,717	80,552,349		
74	382	Cesarea	754,779	190	122,128	76	166	1,468,165	13,788	933,600	3,292,462		
51	120	Cirugias en vesicula biliar y vias biliares.	407,578	36	118,355	26	65	914,327	17,216	1,139,179	2,596,657		
47	182	Operaciones de la apendice	342,444	63	78,833	32	88	998,942	434	1,025,745	2,446,401		
68	148	Otra incision o excision de utero.	251,748	46	157,416	43	80	1,137,655	7,946	826,850	2,381,616		
80	111	Incision y excision de estructuras articulares. O sin especifico.	134,380	29	115,870	22	64	888,097	0	762,066	1,900,414		
21	194	Cirugia de nariz (incluye hueso y piel)	184,161	54	91,278	51	115	952,864	2,303	522,917	1,753,524		
65	73	Cirugias en ovarios.	230,611	24	81,570	17	41	483,484	106,958	453,703	1,356,328		
53	130	Reparacion de hernia - Hernioplastia. - Herniorrafia - Herni	154,340	42	51,853	17	69	654,829	1,750	455,892	1,318,666		
79	95	Reduccion de fracturas y luxaciones. O sin especificar. 1 hu	105,435	28	51,704	24	50	497,731	0	472,899	1,127,770		
28	152	Cirugias de amigdalas y adenoides.	125,876	42	32,888	32	88	575,643	2,190	315,368	1,051,967		
410	15	Infarto agudo del miocardio	171,034	8	155,563	5	7	174,832	0	350,113	851,543		
49	93	Operaciones en Ano.	121,400	26	30,429	14	56	423,475	6,100	204,403	785,808		
574	46	Colectitis	130,758	17	50,565	14	26	303,539	0	295,508	780,372		

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	-----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	--HOSPITAL-- CANTIDAD PROCEDENTE	--FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	--HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
540	Apendicitis aguda	70	96,732	27,860	349,235	11,827	267,574	753,229
218	Letomioma uterino	63	95,474	74,579	352,788	0	194,601	717,444
009	Infeccion intestinal mal defin ida	160	226,625	63,912	178,159	3,459	228,885	701,043
769	Sindrome de dificultad respira toria	18	52,230	14,568	113,322	0	491,536	671,657
45	"Incision, excision y anastomo sis de intestino."	17	84,445	44,930	184,353	0	350,186	663,915
85	Cirugias en mama.	63	31,472	49,952	280,483	800	299,276	661,985
765	Trastornos relacionados con la duracion corta de la gestacio	3	472,601	16,686	81,010	0	82,242	652,542
86	Cirugias de piel y tejido subc ut neo.	82	70,112	34,888	293,163	0	238,649	636,814
592	Litiasis renal y ureteral	54	156,059	77,162	258,003	11,801	132,568	635,595
81	Correccion y artroplastias de estructuras articulares.	20	183,480	80,397	194,501	0	149,441	607,820
722	Trastornos de los discos inter vertebrales	43	37,911	66,184	247,430	0	241,768	593,295
535	Gastritis y duodenitis	71	78,282	144,478	172,406	14,631	136,409	546,208
562	Diverticulo del intestino	18	46,652	63,458	123,008	400	291,576	525,096

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

PROGRAMA : GNAEN200

EMISION : 1996-01	1996-12	CANT.	-HOSPITAL -	-FUERA HOSP	-HONORARIOS	--RESERVAS	---OTROS---	---TOTAL---
EVENTOS : 1996-01	1996-12	RECL.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	PROCEDENTE
ICD-9	PADECIMIENTO	-----	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE
470	Desviacion del tabique nasal	72	19 31,922	24 61,341	36 290,419	0 0	25 134,197	517,880
847	Esguinces y desgarros de otras partes y de las no especifica	99	29 69,720	58 127,445	66 194,433	0 0	21 121,575	513,174
844	Esguinces y desgarros de la rodilla y de la pierna	74	22 76,426	37 72,490	47 211,377	0 0	18 138,794	499,087
802	Fractura de los huesos de la cara	58	23 84,599	23 49,330	35 256,308	0 2,683	16 93,867	486,789
845	Esguinces y desgarros del tobillo y del pie	224	60 65,263	115 86,382	171 180,224	0 34,791	30 88,790	455,452
575	Otros trastornos de la vesicula biliar	17	5 100,255	9 49,862	9 114,021	0 54,906	4 136,156	455,202
717	Desarreglo interno de la rodilla	28	11 103,534	14 30,889	19 174,918	0 0	7 139,168	448,510
345	Epilepsia	14	7 28,953	10 86,361	7 114,666	0 0	5 215,147	444,728
38	"Incision, excision y oclusion de vasos."	23	6 94,816	2 7,085	15 193,298	0 0	10 145,672	440,872
59	Otras cirugias del tracto urinario	14	1 9,622	1 3,171	6 154,163	0 21,800	8 239,062	417,819
724	Otros trastornos del dorso y el no especificado	57	21 67,492	30 129,924	28 84,680	0 9,697	22 122,195	413,991
850	Concusion	52	19 67,434	15 68,738	25 105,800	0 0	17 170,032	412,005
60	Cirugia en prostata y vesicula seminal.	35	7 46,432	7 51,423	24 164,901	0 0	12 142,685	405,442

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EVENTOS	RECL.	CANT.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONDRARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	---RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
03	"Cirugias de medula espinal."	20	75,618	7	22,852	166,078	5,639	131,726	401,914
530	Enfermedades del esofago	37	87,995	15	31,992	162,549	2,000	98,338	382,875
70	Cirugias devagina y fonde de s acc.	26	34,610	6	9,829	182,957	0	152,711	380,108
813	Fractura del radio y del cubit o	67	80,365	24	53,597	174,598	18	64,288	372,869
553	Otra hernia de la cavidad abdo minal sin mencion de obstrucci	22	64,100	9	26,615	98,011	0	163,651	352,378
492	Enfisema	3	51,513	1	113,697	55,152	0	120,244	340,607
873	Otra herida de la cabeza	107	61,850	40	52,269	201,268	2,430	19,811	337,630
836	Luxacion de la rodilla	35	40,985	8	37,167	142,954	0	106,407	327,514
02	"Otras cirugias de craneo, cer ebro y meninges cerebrales."	5	37,932	2	91,247	73,105	0	104,374	306,659
823	"Fractura de la tibia y del pe ron."	27	41,559	10	36,210	105,960	0	87,076	290,434
620	"Trastornos no inflamatorios d el ovario, de la trompa de Fal	21	68,634	6	42,617	94,218	390	71,426	277,286
617	Endometriosis	16	15,232	9	106,285	74,577	0	68,272	264,367
13	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	15	26,293	4	11,044	136,453	0	85,443	259,236
669	Otras complicaciones del traba	31	14	3	19	0	0	6	0

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OMISSION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 ICD-9 -----PADECIMIENTO----- jo y el parto no clasificadas	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE 100,016	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE 8,934	--HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE 90,128	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE 0	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE 51,881	---TOTAL--- PROCEDENTE 250,961
413 Angina de pecho	14	37,195	31,008	64,415	0	117,100	249,719
455 Hemorroides	24	34,170	13,843	90,080	32,015	77,675	247,785
959 Otros traumatismos y los no es peficificados	16	33,462	62,323	97,555	100	54,102	247,543
414 Otras formas de la enfermedad isquemica cronica del corazon	4	204,338	23,390	14,516	0	3,134	245,380
486 "Neumonía, organismo causal no especificado"	28	46,772	19,299	33,335	0	142,012	241,419
11 Operaciones en cornea	23	46,622	18,661	105,821	0	66,842	237,947
610 Displasia mamaria benigna	27	43,518	43,009	89,158	2,752	57,297	235,736
839 "Otras luxaciones, las multipl es y las mal definidas"	6	138,030	59,614	32,054	0	2,384	232,084
550 Hernia inguinal	21	56,854	14,131	115,652	0	44,989	231,627
910 "Traumatismo superficial de la cara, del cuello y del cuero	59	36,019	47,367	116,814	0	30,199	230,401
466 Bronquitis y bronquiolos aguda	23	14,716	16,308	69,010	0	126,237	226,272
83 "Cirugia de musculos, tendones , fascia y bursa excepto de m	30	18,308	4,952	129,541	0	65,139	217,942
22 Cirugia de senos nasales	19	1,730	8,382	134,008	0	72,792	216,914

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	-----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	--FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	--HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
212	Tumor benigno de los organos r espiratorios e intratoracicos	3	1 43,543	3 51,206	3 87,256	0 0	0 32,486	214,493
477	"Rinitis alergica"	23	7 60,100	13 52,207	17 71,165	0 0	2 29,919	213,391
854	Traumatismo intracranear de ot ra naturaleza y de naturaleza	36	12 38,524	13 52,388	14 87,998	0 8,101	10 25,775	212,788
556	Proctocolitis idiopaticas	10	2 5,020	3 40,722	4 12,304	0 0	5 150,423	208,470
650	Parto en condiciones completam ente normales	33	19 73,683	7 24,512	16 85,213	0 0	9 24,337	207,747
812	Fractura del humero	29	14 55,297	13 24,358	24 97,782	0 3,990	6 25,916	207,345
485	"Bronconeumonia, organismo cau sal no especificado"	18	8 30,618	11 30,487	6 49,963	0 2,229	11 93,714	207,013
411	Otras formas agudas y subaguda s de la enfermedad isquemica	5	2 15,313	1 5,497	2 56,215	0 0	3 124,688	201,715
824	Fractura del tobillo	21	8 37,955	11 11,696	11 97,719	0 0	8 50,199	197,570
162	"Tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmon"	5	1 13,783	2 47,766	3 39,880	0 0	1 95,745	197,175
174	Tumor maligno de la mama de la mujer	12	3 5,810	3 11,339	6 60,636	0 0	6 117,847	195,634
77	"Incision, excision y division de otros huesos. El listado a	22	8 25,634	7 13,360	11 67,428	0 0	7 88,738	195,161
37	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	4	1 117,170	2 30,082	3 43,487	0 0	1 4,302	195,043

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

1SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAENZOO

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01	1996-12	CANT.		-HOSPITAL-		-FUERA HOSP		-HONDRARIOS		--RESERVAS		---OTROS---		---TOTAL---	
EVENTOS : 1996-01	1996-12	RECL.	PADECIMIENTO-----	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE
ICD-9	PADECIMIENTO-----														
436	Enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida	0		0	0	0	0	58,923	0	0	0	133,228	0	192,151	
346	Jaqueca	26		14	64,586	18	50,543	50,832	15	0	0	26,020	6	191,983	
63	Operaciones de cordón espermático, epididimo, y vaso deferente	29		6	34,251	4	2,445	105,983	17	0	0	49,016	11	191,697	
192	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas del	6		2	39,539	1	3,930	61,262	4	0	0	85,496	2	190,227	
06	Cirugía de tiroides y paratiroides	12		3	16,755	1	16,540	106,870	7	0	0	48,841	6	189,008	
56	Operaciones en uretero.	13		4	12,713	3	13,650	79,000	6	0	0	73,199	6	178,553	
585	Insuficiencia renal cronica	2		2	56,741	2	36,771	51,764	0	0	0	28,284	2	173,560	
594	Calculos de las vias urinarias inferiores	14		8	27,061	11	26,041	76,391	5	0	0	42,185	8	171,680	
366	Catarata	11		4	22,619	3	21,861	85,390	6	0	0	38,563	5	168,435	
521	Enfermedades de los tejidos de rinitis duros	47		0	0	2	1,145	156,051	46	0	0	2,807	1	160,005	
57	Cirugias de vejiga	3		2	10,968	1	36,365	71,634	1	0	0	38,264	3	157,232	
183	Tumor maligno del ovario y de otros anexos del utero	16		4	26,453	4	6,924	56,427	9	0	0	67,260	6	157,065	
150	Tumor maligno del esofago	3		1	18,373	0	35	19,235	1	0	0	118,853	2	156,497	

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OMISION : 1996-01	1996-12	-HOSPITAL-		-FUERA HOSP		-HONORARIOS		--RESERVAS		---OTROS---		---
EVENTOS : 1996-01	1996-12	CANT.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	TOTAL----
ICD-9	-----PADECIMIENTO-----	RECL.	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE
228	"Hemangioma y linfangioma, de cualquier sitio"	8	15,474	1	1,548	6	72,565	0	0	3	65,272	154,861
464	Laringitis y traqueetis agudas	12	14,222	2	26,592	4	7,910	0	94,042	7	12,086	154,854
157	Tumor maligno del pancreas	4	3,500	0	1,200	2	33,423	0	0	2	116,044	154,167
608	Otros trastornos de los organos genitales masculinos	19	31,251	8	15,440	11	85,490	0	0	8	21,918	154,101
20	Otras intervenciones de oido medio y oido interno.	10	11,660	0	1,615	6	80,133	0	0	4	57,522	150,931
920	"Contusion de la cara, del cuello o de la cabeza, exc"	39	5,192	17	10,230	23	23,950	0	2,349	13	107,786	149,510
474	Enfermedad cronica de las amigdalas y vegetaciones adenoides	26	13,111	10	8,521	11	76,592	0	0	11	49,674	147,899
381	Otitis media aguda no supurativa y trastornos de la trompa de Eustaquio	17	2,772	7	32,707	10	78,385	0	0	7	31,535	145,400
558	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	28	29,774	19	41,398	16	33,848	0	27,727	12	12,537	145,285
473	Sinusitis cronica	21	21,126	16	26,165	15	75,452	0	0	7	21,698	144,442
566	Absceso de las regiones anal y rectal	14	54,902	6	9,329	7	45,478	0	11,759	4	21,822	143,293
822	Fractura de la rotula	15	67,308	6	11,331	8	42,100	0	275	3	17,728	138,745
644	Parto prematuro o amenaza de parto prematuro	1	127,583	0	150	0	9,900	0	0	0	0	137,633
44	Otras operaciones de estomago.	13	4	3	5	0	0	0	0	4	0	0

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EMISION : 1996-01	1996-12	1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
770	Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido	12	6	45,940	6,723	26,560	59,259	0	56,553	135,778
577	Enfermedades del páncreas	6	1	24,427	3,384	42,950	59,259	0	63,743	134,105
531	Úlcera gástrica	16	7	20,422	27,053	43,930	59,259	0	42,004	133,410
831	Luxación del hombro	20	7	22,807	13,856	72,260	59,259	0	23,311	132,236
454	Varices de los miembros inferiores	15	4	10,616	22,853	52,964	59,259	0	44,794	131,028
599	Otros trastornos de la uretra y del aparato urinario	26	7	15,593	18,097	41,426	59,259	0	55,685	130,803
484	Neumonía en enfermedades infecciosas clasificadas en otra parte	10	4	16,996	6,562	33,440	59,259	0	67,681	124,679
825	Fractura de uno o más huesos del tarso y del metatarso	17	7	49,824	17,101	40,086	59,259	0	16,676	123,689
653	Desproporción	12	2	36,252	8,811	43,864	59,259	0	32,208	121,137
493	Asma	15	7	25,021	43,252	28,514	59,259	0	24,240	121,039
810	Fractura de la clavícula	31	8	10,874	15,546	68,924	59,259	0	23,634	118,980
633	Embarazo ectópico	10	5	8,712	4,674	55,452	59,259	0	48,973	117,813
820	"Fractura del cuello del fémur"	8	2	40,732	16,009	48,218	59,259	0	12,406	117,365

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	OMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONDIARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
336	Otra enfermedad de la medula e spinal	4	1 5,350	0 0	2 30,101	0 0	2 81,020	116,471
82	"Cirugia de musculos, tendones y fascia de mano"	16	4 11,088	5 7,758	9 37,361	0 0	6 59,780	115,989
746	"Otras anomalias congenitas de l Corazon"	0	0 4,200	0 0	0 14,560	0 0	0 92,072	110,833
217	Tumor benigno de la mama	11	4 21,089	6 7,941	6 49,150	0 0	4 29,289	107,470
481	Neumonía neumococica	10	6 62,089	6 11,845	7 17,100	0 0	2 14,988	106,023
560	Obstruccion intestinal sin men cion de hernia	5	1 13,645	0 2,305	3 30,875	0 0	2 58,931	105,758
456	Varices de otros sitios	3	1 22,061	2 19,296	1 50,710	0 0	0 13,604	105,672
214	Lipoma	11	6 25,754	5 18,295	8 31,379	0 0	4 29,827	105,257
621	Trastornos del utero no clasif icados en otra parte	6	4 21,277	3 5,087	4 54,534	0 0	1 23,853	104,753
69	Otras operaciones de utero y e structuras de sosten.	7	5 25,564	3 17,315	6 33,010	0 0	3 26,593	102,484
768	Hipoxia intrauterina y asfloxia al nacer	7	2 64,234	3 11,578	5 17,534	0 766	1 7,825	101,941
62	Cirugias de testiculos.	11	3 8,826	2 8,588	8 62,879	0 0	4 21,371	101,665
216	Tumor benigno de la piel	25	1 2,239	8 17,181	15 54,956	0 0	9 27,286	101,664

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01	1996-12	CANT.		-HOSPITAL -		-FUERA HOSP		-HONORARIOS		--RESERVAS		---OTROS---		---TOTAL---	
EVENTOS : 1996-01	1996-12	RECL.	PADECIMIENTO	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE	CANTIDAD	PROCEDENTE
ICD-9															
573	Otros trastornos del higado	13		40,210	4	28,284	12	17,100	11	0	0	15,699	1	101,294	
447	Otros trastornos arteriales o arterioles	1		37,192	0	49,310	1	12,350	1	0	0	1,400	0	100,252	
590	Infecciones renales	17		23,333	6	33,847	10	18,176	9	0	0	23,625	6	98,982	
719	Otros trastornos articulares y el no especificado	14		3,441	2	4,671	2	28,642	7	0	0	60,352	7	97,106	
842	Esguinces y desgarrros de la muñeca y de la mano	77		15,571	26	18,345	42	49,952	53	0	0	12,413	10	96,283	
593	Otros trastornos renales y ureterales	11		14,046	7	30,605	9	33,619	5	0	0	17,779	5	96,050	
185	Tumor maligno de la prostata	3		0	0	65,024	1	1,500	0	0	0	28,888	1	95,412	
202	Otro tumor maligno de los tejidos linfoide e histiocitico	5		0	0	9,440	1	50,659	5	0	0	34,629	0	94,729	
71	"Cirugias en vulva y perine."	13		18,679	5	18,492	8	41,900	8	0	0	14,636	4	93,709	
323	"Encefalitis, mielitis y encefalomyelitis"	4		45,164	2	11,194	1	24,180	0	0	0	11,983	3	92,522	
780	Sintomas generales	15		36,220	10	18,715	7	15,860	5	0	0	19,008	6	89,805	
718	Otros desarreglos articulares	4		30,047	1	2,620	1	55,459	3	0	0	894	1	89,022	
343	Paralisis cerebral infantil	4		0	0	0	0	21,049	1	0	0	67,951	3	89,000	

ICD-9	EVENTOS : 1996-01 1996-01	1996-12 1996-12	PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	--HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
78	Otras cirugias de hueso excluy endo huesos faciales O sin esp	8	3	16,491	3,032	4	25,700	0	31,472	76,697
751	"Otras anomalias congenitas de l aparato digestivo"	4	1	25,304	2,945	2	17,644	0	30,783	76,676
733	Otros trastornos de los huesos y de los cartilagos	3	1	13,411	44,289	3	17,797	0	581	76,018
463	Amigdalitis aguda	19	5	6,414	12,585	9	43,732	0	12,772	75,504
015	Tuberculosis de los huesos y d e las articulaciones	2	2	21,170	23,031	2	11,275	0	19,409	74,888
478	Otras enfermedades de las vias respiratorias superiores	8	2	33,737	5,410	6	29,050	0	6,465	74,663
736	Otras deformidades adquiridas de los miembros	4	2	3,047	1,122	3	20,541	10,917	37,963	73,592
482	Otras neumonias bacterianas	5	3	10,398	3,904	1	19,241	0	39,541	73,086
31	Otras cirugias de laringa y tr quea.	3	2	19,352	494	0	28,303	0	24,413	72,563
188	Tumor maligno de la vejiga	2	1	29,204	0	2	29,071	0	13,445	71,721
367	Trastornos de la refraccion y de la acomodacion	45	2	3,254	30,869	3	23,706	1,477	12,405	71,712
006	Ambiasis	12	6	31,595	9,559	7	23,028	0	6,925	71,109
401	Hipertension esencial	11	5	11,870	13,231	9	29,698	0	15,557	70,557

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 ICD-9	1996-12 1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	--HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
626	Trastornos de la menstruacion y otras hemorragias anormales	9	4 12,117	4 1,480	6 23,323	0 0	5 32,897	69,818
881	"Herida del codo, del antebrazo y de la muñeca"	4	3 17,621	2 5,631	3 42,875	0 0	1 3,192	69,320
15	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	5	0 0	0 429	4 59,000	0 0	1 8,820	68,249
08	Cirugias en ojos.	5	1 1,529	1 2,769	3 34,651	0 0	0 29,224	68,174
622	Trastornos no inflamatorios de cuello uterino	8	2 9,142	4 9,500	7 29,848	0 0	3 19,179	67,670
36	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	4	0 0	2 55,814	1 3,240	0 0	1 8,039	67,094
182	Tumor maligno del cuerpo del utero	4	1 2,070	2 1,969	1 12,104	0 0	3 50,392	66,536
73	Otro procedimiento inductor de parto.	11	6 4,924	6 4,326	5 43,416	0 0	6 12,761	65,429
66	Cirugias en trompas de Falopio	5	2 22,934	2 1,167	4 22,940	0 0	1 17,846	64,888
081	Otros tifus	3	2 2,500	0 369	1 26,025	0 0	2 35,889	64,784
48	"Operaciones en recto, sigmoides y tejido perirectal."	8	5 11,078	5 6,907	3 32,339	0 0	5 14,178	64,503
435	Isquemia cerebral transitoria	4	0 2,190	3 10,741	1 3,265	0 0	1 48,297	64,493
348	"Otras afecciones del encefalo"	1	1 1,011	1 47,527	1 12,355	0 0	0 3,505	64,399

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.
 OMISSION : 1996-01 1996-12
 EVENTOS : 1996-01 1996-12
 ICD-9 -----PADECIMIENTO-----

	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
728 "Trastornos de los musculos, d e los ligamentos y de las apon	15	2 2,417	6 20,070	8 17,669	0 0	4 24,236	64,393
737 Desviacion de la columna verte bral	3	2 9,275	2 9,993	3 37,744	0 0	1 7,188	64,202
826 Fractura de una o mas falanges del pie	14	8 20,960	6 10,524	12 25,785	0 0	4 6,900	64,170
682 Otras celulitis y abscesos	11	1 22,322	3 10,129	7 20,590	0 0	3 10,638	63,680
711 Artrropatia asociada con infecc iones	3	1 10,486	0 4,656	2 9,625	0 0	1 37,679	62,447
814 Fractura de los huesos del car po	8	5 5,768	2 19,131	3 21,754	0 0	2 15,580	62,234
949 Quemadura sin especificacion	9	4 9,425	6 14,585	4 17,133	0 0	5 21,078	62,222
835 Luxacion de la cadera	8	2 9,484	1 8,635	6 25,367	0 0	4 18,550	62,038
34 PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	1	0 652	0 158	0 23,150	0 0	1 38,062	62,023
832 Luxacion del codo	14	8 14,279	5 1,896	9 39,843	0 0	4 5,943	61,961
816 Fractura de una o de varias fa langes de la mano	33	12 9,965	16 11,176	24 30,063	0 0	7 10,583	61,788
444 Embolia y trombosis arteriales	4	2 12,140	2 6,731	3 12,956	0 0	1 29,804	61,633
76 Cirugia de articulaciones de h uesos de cara	7	3 7,796	1 541	4 27,347	0 0	2 25,447	61,132

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EVENTOS	EMISION	1996-01	1996-12	CANT.	-HOSPITAL-	-FUERA HOSP	-HONORARIOS	--RESERVAS	---OTROS---	---TOTAL---
9	9	9	9	9	RECL.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	PROCEDENTE
0	0	0	0	0	0	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE
615	"Enfermedades inflamatorias de el utero, excepto el cuello ute o.	3	1	1	14,274	7,848	29,042	0	2,929	54,094	
371	Opacidad y otros trastornos de la cornea	10	2	0	3,805	0	15,375	0	33,891	53,073	
84	"Otros procedimientos de siste ma musculoesqueletico."	5	1	1	1,040	1,320	27,710	0	22,677	52,748	
39	Otras operaciones en vasos.	9	0	1	369	1,493	34,974	0	15,485	52,323	
869	Traumatismo interno de organos no especificados o mal defini	8	4	4	7,818	10,005	28,542	0	5,680	52,046	
721	Espondilosis y trastornos afin es	6	1	4	7,960	19,312	2,910	0	21,507	51,690	
870	Herida de los anexos del ojo	6	2	4	25,180	5,891	13,850	0	6,569	51,491	
726	"Entesopatias perifericas y si ndromes afines"	3	1	1	8,512	11,228	23,025	0	8,116	50,882	
564	"Trastornos digestivos funcion ales, no clasificados en otra	14	1	9	1,241	13,513	13,393	0	22,018	50,166	
922	Contusion del tronco	20	9	10	9,034	8,068	12,103	0	20,635	49,841	
148	Tumor maligno de la laringofar inge	1	1	0	3,850	350	23,430	0	22,079	49,709	
695	Afecciones eritematosas	3	2	1	20,536	3,400	7,875	0	17,807	49,619	
14	Extraccion de cuerpo extraño e n camara posterior	4	1	1	2,957	8,642	37,430	0	492	49,522	

ICD-9	EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 -----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
46	Otras operaciones de intestino	3	18,391	0	22,115	0	8,034	48,899
01	"Incision y excision de craneo , cerebro y meninges cerebrale	1	0	0	27,720	0	6,505	48,565
525	Otras afecciones de los diente s y de sus estructuras de sost	11	0	2	36,922	0	10,538	48,535
350	"Trastornos del nervio trigemi no"	6	0	6	17,570	0	5,527	48,306
58	Cirurgias de uretra.	8	2	1	31,498	0	12,538	47,366
193	Tumor maligno de la glandula T iroides	3	15,137	2	22,923	0	5,781	46,526
007	Otras enfermedades intestinale s debida a protozoarios	17	4,259	3	8,160	0	30,238	46,143
405	Hipertension secundaria	2	11,773	1	17,600	0	0	46,065
244	Hipotiroidismo adquirido	10	11,558	5	13,253	0	8,206	45,963
64	Cirurgias de pene.	10	5,667	4	23,899	0	9,366	45,850
891	"Herida de la rodilla, de la p ierna y del tobillo"	11	3,308	5	31,435	0	5,880	45,191
506	Afecciones respiratorias debid as a emanaciones y vapores de	4	0	0	5,955	0	38,499	44,454
002	Fiebres tifoidea y paratifoide a	10	10,394	5	11,200	0	5,685	44,361

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OEMISION : 1996-01 1996-12
 EVENTOS : 1996-01 1996-12
 ICD-9 -----PADECIMIENTO-----

		CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	---RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
614	"Enfermedades inflamatorias de 1 ovario. de la trompa de Faló	3	0	0	14,190	0	2	44,282
462	Faringitis aguda	10	12,896	9,495	17,981	0	2	43,643
130	Toxoplasmosis	1	0	22,806	20,290	0	0	43,459
732	Osteocondropatias	6	2,015	8,292	22,881	0	2	43,402
533	"Ulcera peptica. de sitio no e especificado"	6	3	3,508	16,374	0	1	43,189
67	Cirugias en cervix.	4	1,071	8,033	9,930	0	3	42,650
153	Tumor maligno del colon	3	3,482	0	22,185	0	1	42,139
654	Anormalidad de los organos y t ejidos blandos de la pelvis	1	26,193	0	9,512	0	0	41,532
709	Otras enfermedades: de la piel y del tejido subcutaneo	6	1,095	5,346	23,340	0	3	41,407
230	Carcinoma in situ de organos d igestivos	2	0	19,449	10,728	0	0	40,794
532	Ulcera duodenal	4	13,082	8,916	11,684	1,770	0	40,108
189	"Tumor maligno del rinon. de o tros organos urinarios y de la	2	0	122	18,975	0	1	39,982
42	Cirugias en esofago.	4	3,771	4,333	16,520	0	3	39,282

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

CANT. RECL.	ICD-9	DESCRIPCION	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
13	882	"Herida de la mano, excepto los dedos solos"	6,028	6,349	21,961	150	4,321	38,809
3	453	Otras embolias y trombosis venosas	0	5,413	2,450	0	30,507	38,371
4	075	Mononucleosis infecciosa	7,064	19,845	7,305	0	3,575	37,790
1	426	Trastornos de la conduccion	0	23,411	10,817	0	2,342	37,459
5	52	Operaciones en pancreas.	0	0	12,150	0	25,278	37,428
3	537	Otros trastornos del estomago y del duodeno	12,369	9,240	15,784	0	0	37,394
5	173	Otro tumor maligno de la piel	2,183	26,269	8,200	0	0	36,653
12	523	Enfermedades periodontales y de la encia	0	1,697	34,624	0	0	36,321
4	180	Tumor maligno del cuello del utero	2,251	8,163	18,620	0	6,362	35,398
2	41	"Cirugias en medula osea y bazo."	11,405	5,325	18,500	0	0	35,230
4	362	Otros trastornos de la retina	11,602	1,793	21,277	0	547	35,221
1	774	Otras formas de ictericia perinatal	13,653	0	10,430	0	11,118	35,201
1	908	Efectos tardios de otros traumatismos y de los no especifica	0	10,832	3,630	0	20,330	34,792
1	377	Trastornos del nervio y de las	1	1	1	0	0	0

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	OEMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01	DESCRIPCION	CANT. RECL.		-HOSPITAL-		-FUERA HOSP		-HONORARIOS		--RESERVAS		---OTROS--		---TOTAL---	
			1996-12	1996-12	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE
		-----PADECIMIENTO----- vias opticas			27,258	2,940	4,420	0	0	0	0	0	0	0	0	34,618
572		Absceso hepatico y secuelas de las hepatopatias cronicas	4	2	5,494	5,265	4,666	2	2	0	0	19,028	2	0	34,454	
211		Tumor benigno de otras partes del aparato digestivo	0	0	0	34,036	0	0	0	0	0	0	0	0	34,036	
351		Trastornos del nervio facial	4	0	0	14,892	3	3	14,495	0	0	4,600	0	0	33,987	
365		Glaucoma	5	1	3,000	9,272	3	3	21,408	0	0	207	0	0	33,888	
595		Cistitis	8	4	9,380	7,379	8,295	5	5	1,971	0	6,834	2	0	33,860	
952		Lesion de la medula espinal sin evidencia de traumatismo ver	3	1	4,320	707	1,200	1	1	0	0	27,277	1	0	33,504	
070		Hepatitis viricas	8	1	2,337	21,986	7,220	5	2	0	0	1,953	3	0	33,497	
750		Otras anomalias congenitas de la parte superior del aparato	3	1	8,096	0	17,032	0	2	0	0	8,346	1	0	33,475	
279		Trastornos del mecanismo de la inmunidad	3	0	0	8,084	9,350	2	2	0	0	15,674	1	0	33,109	
642		Hipertension que complica el embarazo, el parto y el puerpe	2	1	10,930	1,984	19,888	0	2	0	0	0	0	0	32,803	
923		Contusion del miembro superior	34	9	4,675	9,446	15,924	23	26	0	0	2,510	3	0	32,557	
714		Artritis reumatoide y otras poliartropatias inflamatorias	7	2	1,091	13,122	5,883	4	4	0	0	12,448	2	0	32,546	
652		Posicion y presentacion anormales del feto	5	2	11,457	673	13,725	1	2	0	0	6,600	1	0	32,456	

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAEN200

ICD-9	EVENTOS : 1996-01 1996-01	1996-12 1996-12	CANT. RECL.	--HOSPITAL-- CANTIDAD PROCEDENTE	--FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	--HONDIARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
038	Septicemia		2	0	1	0	0	1	31,688
				0	7,360	0	0	24,328	
784	Sintomas relacionados con la c abeza y el cuello		5	3	4	4	0	0	31,560
				5,943	13,080	5,380	0	7,156	
701	Otra afecciones hipertroficas y atroficcas de la piel		0	0	0	0	0	0	31,177
				0	1,092	15,510	0	14,575	
242	Tirotoxicosis con o sin bocio		8	3	6	5	0	1	31,015
				2,005	14,316	5,330	0	9,363	
378	Estrabismo y otros trastornos de la movilidad binocular		3	2	1	3	0	1	30,946
				7,649	771	20,479	0	2,047	
461	Sinusitis aguda		3	1	2	2	0	1	30,556
				240	5,034	16,741	0	8,541	
437	Otras enfermedades cerebrovasc ulares y la mal definida		0	0	0	0	0	0	30,020
				0	0	8,194	0	21,826	
25	Cirugias en lengua.		2	0	1	1	0	1	29,660
				0	2,514	3,150	0	23,996	
512	Neumotorax		2	1	0	1	0	1	29,525
				2,904	0	18,649	0	7,971	
372	Trastornos de la conjuntiva		13	0	4	9	0	3	29,477
				1,140	1,376	16,054	7,280	3,626	
003	Otras infecciones por Salmone la		7	0	4	5	0	2	28,969
				5,134	1,934	7,745	0	14,156	
880	Herida del hombro y del brazo		5	4	1	4	0	0	28,960
				4,969	1,329	15,580	6,500	581	
29	Cirugias de faringe.		4	2	0	1	0	3	28,955
				600	277	12,420	0	15,658	

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EVENTOS : 1996-01 1996-01 -----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
611	Otros trastornos de la mama	2	21,174	1,040	11,524	0	4,962	28,777
472	Faringitis y rinoфарингити cr onicas	11	81	7,172	20,110	0	1,381	28,745
008	Infecciones intestinales debidas a otros organismos	7	12,763	3,207	4,730	990	6,812	28,503
427	Disritmia cardiaca	2	13,630	4,102	4,875	0	5,549	28,157
520	Trastornos del desarrollo y de la erupcion de los dientes	17	0	0	16	0	0	28,019
373	Infamacion del parpado	6	5,066	4,026	16,718	0	1,999	27,809
386	Sindrome vertiginoso y otros trastornos del sistema vestibul	7	3,572	9,936	7,920	0	6,360	27,790
231	Carcinoma in situ del aparato respiratorio	1	0	27,734	0	0	0	27,734
807	"Fractura de las costillas, el esternon, la laringe y la tra	11	3,855	6,194	10,512	0	7,160	27,722
272	Trastornos del metabolismo de los lipidos	4	6,874	5,704	1,740	0	13,278	27,597
934	"Cuerpo extraño en la traquea, los bronquios y el pulmon"	0	0	5,405	22,061	0	0	27,243
07	"Cirugia de otras gl ndulas endocrinas (pineal, Pituitaria	0	0	0	0	0	27,229	27,229
184	Tumor maligno de otros organos genitales y de los no especific	2	2,128	478	6,565	0	18,023	27,195

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OMISION : 1996-01	1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
ICD-9 256	Distfuncion ovarica	5	2,460	3,976	7,860	0	12,800	27,097
659	Otras indicaciones para asistencia o intervencion relacionada	5	2,637	0	10,645	0	13,615	26,898
276	Trastornos de los liquidos, de los electrolitos y del equilibrio	6	7,575	3,945	4,902	0	10,391	26,814
32	Excision de pulmon y bronquitos	3	2,178	520	15,000	0	8,676	26,374
285	Otras anemias y las no especificadas	2	17,063	1,341	7,940	0	0	26,345
735	Deformidades adquiridas de los dedos del pie	8	690	97	18,971	0	6,512	26,271
817	Fracturas multiples de los huesos de la mano	7	3,123	3,420	11,715	0	7,967	26,226
210	Tumor benigno del labio, de la cavidad bucal y de la faring	0	9,987	1,115	15,255	0	0	26,087
358	Trastornos mioneurales	2	0	6,120	10,050	0	9,117	25,287
187	Tumor maligno del pene y de otros organos genitales del hombre	0	0	4,299	19,929	0	897	25,126
713	Artrropatia asociada con trastornos clasificados en otra parte	4	1,959	5,152	9,172	0	8,835	25,119
078	Otra enfermedades debidas a virus y Chlamidia	7	2,235	6,320	15,160	0	1,402	25,119
811	Fractura del omoplato	1	2,234	3,974	10,105	0	8,683	24,998
281	Otras anemias por deficiencia	2	0	1	1	0	1	1

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	-----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
			15,168	2,128	6,660	0	637	24,594
930	Cuerpo extraño en la parte externa del ojo	1	0	1	1	0	0	24,355
			0	921	13,645	0	9,789	
50	Cirugias en higado.	0	0	0	0	0	0	23,800
			4,073	0	11,440	0	8,287	
799	Otras causas mal definidas y desconocidas de morbilidad y de	5	1	4	3	0	1	23,549
			2,627	15,573	5,273	0	76	
337	Trastornos del sistema nervioso autonomo	2	2	1	2	0	0	23,097
			11,077	1,409	10,610	0	0	
379	Otros trastornos del ojo	1	1	0	1	0	0	22,851
			20,251	0	2,600	0	0	
380	Trastornos del oido externo	5	0	3	4	0	1	22,076
			0	415	14,225	0	7,436	
395	Enfermedades de la valvula aortica	1	0	0	0	0	1	21,897
			0	0	0	0	21,897	
651	Embarazo multiple	1	0	0	1	0	0	21,895
			15,532	1,863	4,500	0	0	
287	Purpura y otras afecciones hemorragicas	2	1	0	0	0	2	21,537
			1,069	565	2,410	0	17,492	
605	Elongacion excesiva del prepucio y fimosis	7	2	2	4	0	3	21,225
			813	6,635	8,626	0	5,151	
625	Dolor y otros sintomas asociados con el aparato genital femenino	4	0	1	2	0	3	20,915
			467	118	3,042	0	17,286	
241	Bocio nodular no toxico	3	1	1	1	0	1	20,870
			1,380	990	15,825	0	2,675	
282	Anemias hemoliticas hereditarias	6	2	2	2	0	3	20,860
			5,417	8,279	2,395	0	4,768	

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

15 SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAEN200

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 -----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
578	Hemorragia gastrointestinal	0	3,508	2,551	6,428	0	8,314	20,802
142	Tumor maligno de las glandulas salivales mayores	0	0	3,150	17,202	362	0	20,715
215	Otro tumor benigno del tejido conjuntivo y de otros tejidos	2	3,769	5,785	3,025	0	8,049	20,629
916	Traumatismo superficial de la cadera, del muslo, de la pier	5	2,021	7,553	5,650	0	5,319	20,544
471	Polipos nasales	2	2,415	4,940	9,787	0	3,059	20,202
761	Feto o recien nacido afectado por complicaciones materna de	2	7,119	1,811	11,245	0	0	20,176
269	Otra deficiencias nutricionales	3	2,463	5,534	7,333	0	4,838	20,170
567	Peritonitis	4	0	767	6,882	0	12,461	20,111
790	Hallazgos no especificos en el examen de la sangre	2	11,789	0	7,200	0	1,011	20,000
551	Otra hernia de la cavidad abdominal, con gangrena"	2	5,329	4,716	9,390	0	554	19,990
640	Hemorragia precoz del embarazo	1	0	0	0	12,200	7,548	19,748
866	Traumatismo del rinon	0	0	0	2,030	0	17,660	19,690
541	Apendicitis no calificada	2	0	0	10,770	0	8,508	19,278

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EVENTOS : 1996-01 1996-01 -----PADECIMIENTO-----	1996-12 1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	---RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
252	Trastornos de las glándulas paratiroides		7	3 2,739	5 9,023	2 6,020	0 0	3 1,296	19,079
616	"Enfermedades inflamatorias del cuello uterino, de la vagina		4	3 6,685	3 1,295	4 10,417	0 0	0 0	18,398
886	Amputación traumática (completa) (parcial) de otro o de otro		4	1 2,479	4 7,626	2 7,692	0 0	0 465	18,262
840	Esguinces y desgarros del hombro y del brazo		12	3 382	6 1,640	9 11,224	0 0	5 4,860	18,108
222	Tumor benigno de los órganos genitales del hombre		2	0 0	0 0	0 7,958	0 0	2 10,142	18,100
879	"Herida de otros sitios y de sitio no especificado, excepto		2	2 5,894	1 4,371	2 7,816	0 0	0 0	18,082
483	Neumonía debida a otro microorganismo especificado		2	0 0	0 2,733	1 5,310	0 0	1 9,991	18,035
18	Cirugías de oído externo.		3	1 4,665	0 0	2 5,510	0 0	1 7,726	17,901
032	Difteria		2	0 0	0 0	0 8,060	0 0	2 9,780	17,840
685	Quiste pilonidal		5	2 606	3 1,425	2 8,985	0 0	3 6,560	17,577
010	Infección tuberculosa primaria		2	1 12,265	0 0	2 4,630	0 0	1 464	17,359
720	Espondilitis anquilosante y otras espondilopatías inflamatorias		6	0 685	4 6,919	6 6,445	0 0	1 3,286	17,337
340	Esclerosis en placa		0	0 5,129	0 0	0 5,690	0 0	0 6,285	17,104

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 ICD-9 584	1996-12 1996-12 -----PADECIMIENTO----- Insuficiencia renal aguda	CANT. RECL. 3	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE 1 2,152	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE 1 2,823	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE 1 960	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE 0 0	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE 2 11,064	---TOTAL--- PROCEDENTE 17,000
052	Varicela	1	0 0	0 1,219	0 2,940	0 0	1 12,543	16,703
415	Enfermedad cardiopulmonar aguda	0	0 0	0 1,666	0 14,968	0 0	0 0	16,634
123	Otra infestaciones por cestodo	4	2 4,612	2 2,274	1 2,034	0 0	3 7,599	16,521
789	Otros sintomas relacionados con el abdomen y la pelvis	3	1 1,781	1 1,416	2 5,220	0 0	1 8,097	16,516
023	Brucelosis	1	0 3,278	1 7,867	1 4,200	0 0	0 1,074	16,420
93	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO	4	1 1,231	2 5,050	2 8,380	0 0	0 1,650	16,311
223	Tumor benigno del rinon y de otros organos urinarios	1	0 0	0 0	1 16,311	0 0	0 0	16,311
357	Neuropatia inflamatoria y toxica	2	1 9,256	1 370	2 6,500	0 0	0 0	16,126
841	Esguincas y desgarrros del codo y del antebrazo	8	4 2,676	4 2,635	8 7,850	0 0	1 2,830	15,992
253	Trastornos de la hipofisis y de la regulacion hipotalamica	3	0 0	3 14,683	2 1,250	0 0	0 0	15,933
527	Enfermedades de las glandulas salivales	4	0 0	0 0	2 1,340	0 0	2 14,423	15,763
670	Sepsis puerperal importante	2	1 9,941	1 2,561	2 3,150	0 0	0 0	15,653
919	"Traumatismo superficial de otros	9	1 3	3 3	3 3	0 0	2 2	

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

SISTEMA : INES
 PROGRAMA : GNAEN200

EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01 ICD-9	1996-12 1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
806	Fractura de la columna vertebral con lesion de la medula esp	1	1,776	1	10,585	0	2,644	15,429
739	Lesiones analopaticas no clasificadas en otra parte	2	9,240	1,306	4,800	0	0	15,347
165	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del apar	2	2,972	7,892	3,030	0	1,192	15,087
213	Tumor benigno de hueso y de cartilago articular	4	1,452	1,750	4,785	0	7,029	15,017
163	Tumor maligno de la pleura	3	931	0	7,980	0	5,832	14,743
754	"Ciertas anomalias osteomusculares congenitas"	2	5,431	766	8,500	0	0	14,698
706	Enfermedades de las glandulas sebaceas	4	1,212	10,177	3,210	0	0	14,600
890	Herida de la cadera y del muslo	1	700	1,324	12,109	0	372	14,505
227	Tumor benigno de otras glandulas endocrinas y de organos similares	4	0	10,194	1,576	0	2,731	14,503
846	Esguinces y desgarros de la region sacroiliaca	7	1,328	7,405	5,110	0	388	14,232
451	Flebitis y tromboflebitis	3	0	3,283	10,860	0	0	14,143
359	Distrofias musculares y otras miopatias	5	1,643	923	6,450	0	5,078	14,095
186	Tumor maligno del testiculo	1	0	0	0	0	13,905	13,905

	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
686	1	0 10,756	0 200	0 2,750	0 0	0 0	13,706
233	4	1 243	1 869	3 6,500	0 0	2 5,927	13,540
763	2	1 2,355	0 0	2 11,177	0 0	0 0	13,532
667	1	1 2,120	0 0	1 11,407	0 0	0 0	13,528
834	7	1 223	5 2,600	5 5,200	0 0	1 5,483	13,507
723	4	3 6,561	1 5,970	3 950	0 0	0 0	13,482
643	2	0 0	0 0	0 0	0 0	2 13,453	13,453
716	2	0 0	1 4,854	2 8,415	0 0	0 0	13,269
740	3	1 525	1 357	2 9,963	0 0	1 2,374	13,219
580	3	1 2,783	0 0	1 1,040	0 0	2 9,208	13,031
112	0	0 0	0 1,841	0 600	0 0	0 10,480	12,922
838	1	1 8,718	1 196	1 3,900	0 0	0 0	12,814
582	1	0 0	0 0	0 0	0 0	1 12,806	12,806

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01 1996-12
 EVENTOS : 1996-01 1996-12
 ICD-9 -----PADECIMIENTO-----

	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
708	5	2 411	3 6,251	4 4,850	0 0	0 1,125	12,638
452	1	1 2,627	1 6,840	1 2,980	0 0	0 0	12,448
321	2	0 0	1 7,736	1 3,825	0 0	0 737	12,298
424	0	0 3,381	0 0	0 1,060	0 0	0 7,789	12,230
742	2	2 4,581	2 3,635	0 3,250	0 0	2 725	12,191
982	1	1 8,495	0 0	1 3,610	0 0	0 0	12,105
170	1	0 0	1 11,486	1 536	0 0	0 0	12,022
862	1	0 0	0 0	1 5,715	0 0	0 6,251	11,966
752	2	1 250	0 0	2 8,360	0 0	1 3,272	11,882
519	1	1 6,685	0 1,365	1 3,790	0 0	0 0	11,841
361	2	1 800	0 657	2 8,081	0 0	0 2,061	11,600
894	1	1 1,336	0 3,661	0 4,770	0 0	0 1,746	11,514
851	3	2 247	1 412	0 10,120	0 0	0 724	11,504

ICD-9	EVENTOS	RECL.	CANT.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
995	Cientos efectos adversos no clasificados en otra parte	4	2	4,921	4,147	1,490	0	0	10,558
354	Mononeuritis del miembro superior y mononeuritis múltiple	2	0	0	0	700	3,774	6,010	10,484
423	Otras enfermedades del pericardio	1	1	8,276	130	2,000	0	0	10,407
818	Fracturas mal definidas del miembro superior	2	0	0	0	1,702	0	8,389	10,091
607	Trastornos del pene	5	0	702	576	4,698	0	4,111	10,087
961	Envenenamiento por otros antinefreciosos	1	0	0	0	10,050	0	0	10,050
024	Muermo	5	0	2,584	1,036	3,969	0	2,186	9,797
460	Rinofaringitis aguda fresca común	1	0	5,958	103	3,720	0	0	9,782
271	Trastornos del transporte y del metabolismo de los carbohidratos	1	1	2,499	0	870	0	6,322	9,692
852	Hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural, consecutivas	1	0	0	0	0	0	9,562	9,562
041	Infecciones bacterianas en afecciones clasificadas	1	1	5,521	753	3,135	0	0	9,410
627	Trastornos menopausiales y posmenopausiales	5	0	0	4,357	1,975	0	3,012	9,344
131	Tricomontiasis	2	1	2,128	0	2,750	0	4,033	9,209

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	PADECIMIENTO	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HBSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
604	Orquitis y epididimitis	1	0	1	3,468	0	0	9,174
			1,380	335			3,991	
697	Liquen	1	0	1	0	0	0	9,092
			0	3,849	0	0	5,243	
729	Otros trastornos de los tejidos blandos	4	1	2	2	0	1	9,008
			185	1,766	5,360	0	1,697	
382	Otitis media supurativa y la n o especificada	2	0	0	1	0	1	8,840
			0	0	5,037	0	3,803	
220	Tumor benigno del ovario	3	1	1	1	0	3	8,770
			170	1,479	740	0	6,379	
730	"Osteomielitis, periostitis y otras infecciones de los hueso	0	0	0	0	0	0	8,768
			3,252	0	5,516	0	0	
868	Traumatismo de otros organos I ntraabdominales	2	1	1	0	0	2	8,766
			4,826	1,054	2,200	0	686	
314	Sindrome hiperkinetico de la n inez	3	0	3	3	0	0	8,725
			0	7,525	1,200	0	0	
536	Trastornos gastricos funcionales	4	0	4	3	0	0	8,717
			0	5,817	2,900	0	0	
370	Queratitis	6	1	3	3	0	3	8,676
			813	1,604	4,631	0	1,627	
528	"Enfermedades de los tejidos blandos de la cavidad bucal", ex	1	1	1	0	0	1	8,609
			490	2,239	4,800	0	1,080	
042	Infeccion por el virus de inmu nodeficiencia humana	1	0	0	0	0	1	8,521
			0	0	0	0	8,521	
663	Complicaciones relacionadas con el cordon umbilical	2	1	2	0	0	1	8,444
			635	6,198	0	0	1,611	

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01	1996-12 1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
691	Dermatitis atopica y estados p atologicos afines		2	1 2,062	2 2,930	2 3,400	0 0	0 0	8,392
374	Otros trastornos de los parpad os		1	1 1,788	0 0	1 6,536	0 0	0 0	8,324
917	Traumatismo superficial del pi e y de los dedos del pie		4	2 2,635	3 639	4 3,620	0 0	0 1,116	8,012
915	Traumatismo superficial de uno o de varios dedos de la mano		6	1 254	4 1,108	5 6,192	0 440	0 0	7,995
465	Infecciones agudas de las vias respiratorias superiores de		3	1 4,050	2 514	2 3,250	0 0	0 0	7,814
738	Otras deformidades adquiridas		3	1 1,452	0 0	2 4,147	0 0	1 2,186	7,785
630	Mola hidatiforme		1	1 2,775	1 1,070	1 3,775	0 0	0 0	7,620
389	Sordera		2	1 1,363	2 4,630	1 1,355	0 0	1 229	7,578
102	Frambesia		2	1 390	0 0	1 3,650	0 0	0 3,450	7,490
522	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos perispicales		4	0 0	0 0	4 7,372	0 0	0 0	7,372
911	Traumatismo superficial del tr onco		5	1 5,083	2 474	3 1,390	0 0	0 311	7,259
830	Luxacion del maxilar		3	1 1,161	1 222	3 5,870	0 0	0 0	7,254
965	"Envenamamiento por analgesica , antipireticos y antirreumati		0	0 0	0 0	0 1,550	0 0	0 5,684	7,234

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1986-01	1986-12	CANT.	-HOSPITAL-	-FUERA HOSP	-HONORARIOS	--RESERVAS	---OTROS--	---
EVENTOS : 1986-01	1986-12	RECL.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	TOTAL---
ICD-9	-----PADECIMIENTO-----	-----	PROCEDE	PROCEDE	PROCEDE	PROCEDE	PROCEDE	PROCEDE
040	Otras enfermedades bacterianas	0	0	0	1,260	0	0	7,125
496	Obstruccion cronica de las via s respiratorias no clasifica	1	1 7,001	0 0	0 0	0 0	0 0	7,001
72	"Parto con forceps, aspirador y presentacion podalica."	3	0 0	0 0	4,673	0 0	1 2,287	6,960
384	Otros trastornos de la membran a del timpano	1	0 0	1 800	1 3,132	0 0	0 2,983	6,916
221	Tumor benigno de otros organos genitales de la mujer	3	0 0	0 76	2 3,530	0 0	3 3,191	6,797
641	"Hemorragia anteparto, abrupti o placentae y placenta previa"	1	1 6,764	0 0	0 0	0 0	0 0	6,764
655	"Anormalidad fetal, confirmada o presunta que afecte la aten	1	1 6,764	0 0	0 0	0 0	0 0	6,764
657	Hidramnios	1	0 0	0 0	1 6,764	0 0	0 0	6,764
660	Parto obstruido	1	1 6,764	0 0	0 0	0 0	0 0	6,764
23	Extraccion y reconstruccion de dientes	1	0 0	0 0	1 6,600	0 0	0 0	6,600
129	"Parasitosis intestinal, sin o tra especificacion"	3	1 1,946	2 2,020	1 2,100	0 0	1 522	6,588
935	"Cuerpo extraño en la boca, el esofago y el estomago"	3	1 1,454	1 152	0 3,587	0 0	0 1,386	6,579
918	Traumatismo superficial del oj o y sus anexos	1	0 0	1 2,229	1 4,163	0 0	1 138	6,531
773	"Enfermedad hemolotica del fet	1	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	1

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01	1996-12	CANT.	-HOSPITAL-	-FUERA HOSP	-HONORARIOS	--RESERVAS	---OTROS---	---TOTAL---
EVENTOS : 1996-01	1996-12	RECL.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	PROCEDEnte
ICD-9	-----PADECIMIENTO-----		PROCEDEnte	PROCEDEnte	PROCEDEnte	PROCEDEnte	PROCEDEnte	
o o del recien nacido debida a			0	0	2,690	0	3,830	6,520
441	Aneurisma aortico	2	0	1	0	0	1	6,309
			0	3,081	1,180	0	2,047	
913	Traumatismo superficial del codo, del antebrazo y de la mano	5	0	4	5	0	0	6,307
			1,099	3,668	1,540	0	0	
288	Enfermedades de los leucocitos	0	0	0	0	0	0	6,300
			0	709	5,591	0	0	
334	Enfermedad medulocerebelosa	1	0	1	1	0	0	6,291
			0	3,491	2,800	0	0	
803	Otras fracturas del craneo y las no calificadas	1	0	0	1	0	0	6,250
			0	0	6,250	0	0	
060	Fiebre amarilla	1	0	0	0	0	1	6,222
			0	0	3,845	0	2,377	
524	"Anomalias dentofaciales, incluso la mala oclusion"	2	0	1	2	0	0	6,204
			0	1,354	4,850	0	0	
062	Encefalitis viricas transmitidas por mosquitos (323.3)	1	0	1	1	0	0	6,170
			0	2,431	2,652	0	1,086	
988	Efecto toxico de sustancias no clasificadas como alimento	2	2	1	1	0	1	6,117
			3,528	1,051	1,350	0	188	
589	Rinon pequeno de causa desconocida	2	1	1	2	0	0	5,930
			2,241	2,489	1,200	0	0	
27	Otras cirugias de boca y cara	1	1	0	0	0	1	5,895
			445	0	0	0	5,449	
457	Trastornos no infecciosos de los vasos linfaticos	1	0	1	0	0	0	5,798
			0	389	0	0	5,409	
878	"Herida de los organos genitales (externos), incluso la amputacion"	2	1	1	1	0	0	5,749
			902	97	4,750	0	0	

ICD-9	EVENTOS : 1996-01 1996-01 -----PADECIMIENTO-----	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS-- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
905	Efectos tardios de traumatismo s del sistema osteomuscular	1	0 0	0 2.500	0 0	0 0	1 3.141	5.641
158	Tumor maligno del peritoneo y del tejdo retroperitoneal	1	1 1.095	0 0	2.184	0	1 2.355	5.635
204	Leucemia linfoide	1	0 0	1 4.984	1 650	0 0	0 0	5.634
262	Otra desnutricion proteinoalca rica grave	1	1 532	0 0	0 2.681	0	1 2.417	5.630
696	Psoriasis y trastornos afines	1	0 0	1 4.563	1 1.000	0 0	0 0	5.563
804	Fracturas multiples del craneo o de la cara junto con fractu	3	0 0	2 1.087	3 4.400	0 0	0 0	5.487
369	Ceguera y disminucion de la ag udeza visual	0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 5.446	5.446
776	"Trastornos hematologicos del feto y del recien nacido"	2	2 3.057	2 261	1 1.796	0	1 315	5.429
692	Dermatitis por contacto y otro eczema	2	0 0	2 1.811	1 3.600	0 0	0 0	5.411
224	Tumor benigno del ojo	0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 5.401	5.401
001	Colera	1	0 0	1 1.015	0 1.200	0	0 3.173	5.389
446	Poliarteritis nudosa y afeccio nes afines	0	0 0	0 2.332	0 3.000	0	0 0	5.332
440	Aterosclerosis	5	0 0	0 0	0 2.760	0	0 2.492	5.252

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01 1996-12
 EVENTOS : 1996-01 1996-12
 ICD-9 -----PADECIMIENTO-----

ICD-9	DESCRIPCION	CANT. RECL.	-HOSPITAL-		-FUERA HOSP		-HONORARIOS		--RESERVAS		---OTROS---		---TOTAL---
			CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte	CANTIDAD PROCEDEnte		
475	Absceso periamigdalino	2	1,598	2	1,877	1	1,500	0	0	1	202	5,177	
601	Enfermedades inflamatorias de la prostata	0	2,030	0	0	380	0	0	0	0	2,765	5,176	
229	Tumor benigno de otro sitio y de los no especificados	1	0	1	770	2,689	0	0	0	1	1,566	5,026	
355	Mononeuritis del miembro inferior	1	1	1	1,087	1,150	0	0	0	1	141	4,997	
843	Esguinces y desgarrros de la cadera y del muslo	6	2,351	1	424	1,330	5	0	0	1	875	4,982	
581	Sindrome nefrotico	1	3,309	1	38	1,450	0	0	0	1	131	4,928	
759	"Otras anomalias congenitas y la no especificada"	0	0	0	0	1,500	0	0	0	0	3,387	4,887	
136	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y las no especificadas	1	1,401	1	1,030	1,250	0	0	0	1	850	4,532	
341	Otras enfermedades desmielinizantes antes del sistema nervioso central	1	0	1	1,218	3,250	1	0	0	0	0	4,468	
394	Enfermedades de la valvula mitral	1	0	1	1,723	1,109	1	0	0	0	1,624	4,456	
794	Resultados anormales no especificos en la exploracion funcional	1	0	1	4,455	0	0	0	0	0	0	4,455	
243	"Hipotiroidismo congenito"	1	0	0	0	920	1	0	0	0	3,421	4,341	
645	Embarazo prolongado	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4,291	4,291	

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

EMISION : 1996-01	1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
EVENTOS : 1996-01	1996-12	-----PADECIMIENTO-----						
ICD-9	786	Sintomas relacionados con el aparato respiratorio y otros si	1	395	1,400	0	197	4,238
235		Tumor de evolucion incierta de los aparatos digestivo y resp	1	791	3,120	0	163	4,074
194		Tumor maligno de otra glandula endocrina y de organos simila	1	3,465	550	0	0	4,015
629		Otros trastornos de los organos genitales femeninos	1	0	1,263	0	0	4,000
335		"Enfermedad de las celula del cuerno anterior"	0	3,990	0	0	0	3,990
771		Infecciones propias del periodo perinatal	1	1,794	1,080	0	192	3,966
829		Fractura de huesos no especificados	1	0	3,965	0	0	3,965
931		Cuerpo extraño en el oido	1	0	1,650	0	0	3,788
416		Enfermedad cardiopulmonar cronica	2	0	760	0	3,005	3,765
953		Traumatismo de las raices nerviosas y del plexo raquideo	1	2,406	510	0	0	3,760
332		Enfermedad de Parkinson	0	0	3,750	0	0	3,750
225		"Tumor benigno del encefalo y de otras partes del sistema ne	1	402	1,230	0	0	3,715
529		Afecciones de la lengua	1	2,209	1,500	0	0	3,709
480		Neumonía virica	1	1	0	0	1	

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OMISSION : 1996-01 1996-12
 EVENTOS : 1996-01 1996-12
 ICD-9 -----PADECIMIENTO-----

ICD-9	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
245	1	1,043	0	1,200	0	800	3,706
		2,943	460	280	0	0	3,683
342	1	0	0	2,275	0	1	3,612
		0	0	2,275	0	1,337	3,612
755	0	0	0	0	0	0	3,599
		0	0	0	0	3,599	3,599
973	1	806	911	1,550	0	231	3,500
		1	1	1,550	0	1	3,500
333	1	0	3,073	330	0	0	3,403
		0	3,073	330	0	0	3,403
274	1	0	2,568	720	0	0	3,308
		0	2,568	720	0	0	3,308
690	2	0	1,933	930	0	414	3,277
		0	1,933	930	0	414	3,277
787	2	0	3,069	200	0	0	3,269
		0	3,069	200	0	0	3,269
710	0	0	1,855	1,400	0	0	3,255
		0	1,855	1,400	0	0	3,255
634	1	1,269	0	1,370	0	521	3,160
		1,269	0	1,370	0	521	3,160
110	1	0	2,057	1,100	0	0	3,157
		0	2,057	1,100	0	0	3,157
12	1	157	0	2,000	0	875	3,032
		157	0	2,000	0	875	3,032
639	0	1,187	0	1,792	0	0	2,979
		1,187	0	1,792	0	0	2,979

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

ICD-9	EMISION : 1996-01 EVENTOS : 1996-01	1996-12 1996-12	CANT. RECL.	-HOSPITAL-		-FUERA HOSP		-HONORARIOS		--RESERVAS		---OTROS---		---TOTAL---
				CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE	CANTIDAD PROCEDENTE			
053	Herpes zoster		3	0	0	2	824	0	1,500	0	0	0	0	2,324
171	Tumor maligno del tejido conju ntivo y de otros tejidos bland		1	1	325	1	345	1	1,650	0	0	0	0	2,320
383	Mastoiditis y afecciones relac ionadas		0	0	0	0	0	0	2,177	0	0	0	0	2,177
254	Enfermedades del timo		2	0	0	0	0	0	760	0	0	2	1,387	2,147
259	Otros trastornos endocrinos		1	0	0	1	2,078	0	0	0	0	0	0	2,078
10	PADECIMIENTO NO ENCONTRADO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,000	2,000
865	Traumatismo del bazo		1	0	0	1	240	1	1,750	0	0	0	0	1,990
602	Otros trastornos de la prostat a		1	0	0	1	1,604	1	300	0	0	0	0	1,904
487	Influenza		1	1	550	1	449	1	840	0	0	0	0	1,839
388	Otros trastornos del oido		1	0	0	1	1,777	0	0	0	0	0	0	1,777
164	"Tumor maligno del timo, del c orazon y del mediastino"		1	0	0	1	1,575	1	190	0	0	0	0	1,765
510	Empiema		1	0	0	0	0	1	1,760	0	0	0	0	1,760
762	"Feto o recien nacido afectado por complicaciones de la plac		0	0	0	0	0	0	1,700	0	0	0	0	1,700

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL
 REPORTE DE PADECIMIENTOS POR COBERTURA
 TARIFICACION TOTAL CARTERA

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OMISION : 1996-01	1996-12	CANT.	-HOSPITAL-	-FUERA HOSP	-HONORARIOS	--RESERVAS	---OTROS---	---TOTAL---
EVENTOS : 1996-01	1996-12	RECL.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	PROCEDENTE
ICD-9	ICD-9	1	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE	PROCEDENTE
989	989	1	0	0	0	0	0	1.700
Efecto toxico de otras sustancias de procedencia no principia								
971	971	0	350	0	650	0	553	1.553
Envenenamiento por drogas que actuan principalmente sobre el								
892	892	2	0	1	2	0	0	1.518
"Herida del pie, excepto la de los dedos solos"								
756	756	1	0	0	1.500	0	0	1.500
"Otras anomalias congenitas de l sistema osteomuscular"								
926	926	1	370	300	710	0	1	1.450
Magulladura del tronco								
596	596	1	0	1.351	0	0	0	1.351
Otros trastornos de la vejiga								
987	987	2	438	202	300	0	1	1.329
"Efecto toxico de otros gases, emanaciones o vapores"								
698	698	1	0	1.083	200	0	0	1.283
Prurito y afecciones afines								
921	921	3	0	160	1.080	0	0	1.240
Contusion del ojo y sus anexos								
004	004	1	526	0	710	0	0	1.236
Shigelosis								
390	390	0	0	0	0	0	1.111	1.111
Fiebre reumatica situ mencion de complicacion cardiaca								
684	684	1	150	209	750	0	0	1.109
"Impetigo"								
683	683	1	0	0	0	0	1	1,108
Linfadenitis aguda								
747	747	0	0	0	0	0	0	0
"Otras anomalias congenitas de								

ESTE REPORTE : GENERAL SIN CORTES.

OEMISION : 1996-01 1996-12
 EVENTOS : 1996-01 1996-12
 ICD-9 -----PADECIMIENTO-----

	CANT. RECL.	-HOSPITAL- CANTIDAD PROCEDENTE	-FUERA HOSP CANTIDAD PROCEDENTE	-HONORARIOS CANTIDAD PROCEDENTE	--RESERVAS CANTIDAD PROCEDENTE	---OTROS--- CANTIDAD PROCEDENTE	---TOTAL--- PROCEDENTE
874 Herida del cuello	0	0	0	370	0	0	398
694 Dermatitis ampollar	1	0	1	300	0	0	382
871 Herida del globo ocular	2	1	0	350	0	0	365
867 Traumatismo de los organos de la pelvis	1	0	0	80	0	0	336
941 "Quemadura de la cara, de la cabeza y del cuello"	0	0	0	250	0	0	320
745 Anomalias del bulbo arterioso y del cierre septal intracardi	1	0	0	230	0	0	230
875 Herida de la pared toracica	0	0	0	0	0	0	182
681 Celulitis y absceso de los dedos	0	0	0	0	0	0	177
623 Trastornos no inflamatorios de la vagina	0	0	0	0	0	0	25
557 Insuficiencia vascular intestinal	0	0	0	0	0	0	11
608	16,556	3,422	3,310	8,824	1,319,873	8,464	146,332,117
---	15,740,664	10,160,029	56,868,264	1,319,873	62,249,284	8,464	146,332,117

Bibliografía

William F. Bluhm (1992), Group insurance, Editorial Actek

J.H. Magee (1947), Seguros generales, Editorial UTHA, México

J.H. Magee (1941), El seguro de vida, Editorial UTHA, México

Münchener Rück, Health Insurance Glossary

El seguro hoy (1994), El seguro de gastos médicos, Año 2 vol. y num. 1, México

Felix Bonilla Padilla, Estructura del mercado de seguros privados de gasto médicos mayores en México, Tesina Instituto Tecnológico Autónomo de México, México

Ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros (1994), Editorial Porrúa, México

Software AG (1995), Esperant Administardor's guide, Software AG manual, U.S.

Noti sist (1995), Descripción del lenguaje "SAS", Publicación interna GNP (Grupo Nacional Provincial), México

SAS intitute, Un libro Blanco SAS Institute: Metodología de "Rapid Warehousing", SAS Institute, U.S.

Grupo Nacional Provincial (1995), Servicio de colaboración técnica, Publicación interna Grupo Nacional Provincial, México

Grupo Nacional Provincial (1993), Respuesta a preguntas clave: Manual de capacitación y venta, Publicación interna Grupo Nacional Provincial, México

DGAPA (1992), Computación temas selectos, UNAM, México

Bibliografía

AMIS (1993, 1994, 1995, 1996,1997), EstadisticAMIS, AMIS, México

Grupo Nacional Provincial (1996), Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores, Publicación Grupo Nacional Provincial, México
