

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ACATLAN



**ANALISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE
PERDIDAS FINANCIERAS Y ALTERNATIVAS
DE SOLUCION DEL SEGURO PRIVADO DE
GASTOS MEDICOS MAYORES EN MEXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

A C T U A R I O

P R E S E N T A :

BARBARA MEJIA PAILLES

ASESOR: ACT. CARLOS AROCHA ROMERO

OCTUBRE 1995.

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

Como debe suceder a todo aquél que realiza este tipo de trabajo, debo agradecer a algunas personas, con las que sin su ayuda esta tesis no hubiese podido llevarse a cabo. Quiero dar las gracias principalmente al Act. Carlos Arocha Romero por haber mostrado gran interés para la realización de esta investigación, ya que siempre me trató excelente, me apoyó y cooperó con muchas sugerencias útiles, desde la primera etapa de este proyecto hasta su finalización.

También quiero agradecer al Act. Ricardo Alvarez por haber sugerido el tema del cual partí para lograr elaborar este trabajo.

Por último pero no por eso menos mérito ("last but not least"), quiero agradecer a mi familia que siempre me ha apoyado, pero que en estos últimos dos años me ha respaldado para que no dejara atrás todos los años de estudio, sino que se consagraran en un título profesional que espero me lleve a alcanzar otros objetivos. Muchas gracias a mi papá, a mi mamá y mi hermana Gaby. Y aunque nunca lo diga: **LOS QUIERO MUCHO.**

A todos ellos

¡ MUCHAS GRACIAS !

Bárbara

OBJETIVO DE LA TESIS:

Abordar el problema de pérdidas financieras y técnicas que produce el ramo de Gastos Médicos Mayores y proponer alternativas de solución, desde un enfoque práctico, mediante la exposición de los diversos factores que causan esta problemática.

Ampliar el acervo de tesis de Actuaría en el área de Seguro Privado de Gastos Médicos Mayores.

CONTENIDO

INTRODUCCION	i
CAPITULO I: NATURALEZA DE GASTOS MEDICOS MAYORES	
1. Introducción	2
2. Los gastos médicos como un riesgo asegurable	3
2.1 La Ley de los Grandes Números	6
2.2 Naturaleza del Riesgo	7
3. Desarrollo del Seguro de Gastos Médicos Mayores	10
4. Importancia del Seguro de Gastos Médicos Mayores	16
4.1 El Problema de la Salud	17
4.2 Objetivo	18
4.3 El Seguro de Gastos Médicos como parte de las Finanzas Familiares o Personales.	19
CAPITULO II: CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LAS POLIZAS DE GASTOS MEDICOS MAYORES EN MEXICO	
1. Introducción	29
2. Tipos de Seguro	30
3. Selección y Clasificación del Riesgo por Enfermedad o Lesión	34
3.1 Fuentes de Información relacionadas con el Riesgo de la Salud	38
3.2 Procedimientos a seguir en caso de Riesgos Anormales	40
4. Principios y Conceptos	42
4.1 Definiciones Relevantes en la Póliza Individual y/o familiar	42
4.2 Definiciones Relevantes en la Póliza de Grupo y Colectiva	45

5. Bases de Funcionamiento y Operación de la Póliza de Gastos Médicos Mayores	46
5.1 Pólizas	46
6. Bases Técnicas en el Seguro de Gastos Médicos Mayores	75
6.1 Elementos que intervienen en el Riesgo de Enfermedad	75
6.2 Prima de Riesgo del Seguro de Gastos Médicos Mayores	78
6.3 Metodología para el Cálculo de la Prima de Riesgo	85
6.4 Reaseguro	88
7. Mercado	90
7.1 Modalidades para fines de Competencia	93

CAPITULO III: DETERMINACION DE CAUSAS AL PROBLEMA DE PERDIDAS FINANCIERAS DE LA POLIZA DE INDIVIDUAL Y SUS SOLUCIONES ALTERNAS

1. Introducción	97
2. Problemática del Seguro de Gastos Médicos Mayores Independiente del Sector Asegurador	99
2.1 Inflación en los Servicios Médicos	99
2.2 Alta Siniestralidad	122
2.3 Tarifa Insuficiente	126
2.4 Complejidad de las Condiciones Generales de la Póliza	129
2.5 Asimetría Fiscal	131
3. Problemática del Seguro de Gastos Médicos Mayores Vinculadas al Sector Asegurador	133
3.1 Falta de Estadísticas	133
3.2 Diferencia de Criterios para Aplicar el Deducible y el Coaseguro	134

CAPITULO IV: DETERMINACION DE CAUSAS AL PROBLEMA DE PERDIDAS FINANCIERAS DE LAS POLIZAS COLECTIVA Y DE GRUPO Y SUS SOLUCIONES ALTERNAS	
1. Introducción	141
2. Problemática relacionada con la Inflación en los Servicios Médicos	143
2.1 Contención y Control de Costos	143
2.2 Consideraciones Prácticas	162
2.3 Propuestas de Solución	167
2.4 Evaluación del Control de Pérdidas	168
3. Tarificación por Experiencia Propia y Métodos de Fondeo	169
3.1 Tarificación por Experiencia Prospectiva	173
3.2 Tarificación por Experiencia Retrospectiva	184
3.3 Arreglos Especiales de Fondeo (Creación de Fondos)	194
4. Problemática en General	205
4.1 Preexistencia e Insuficiencia de Primas	205
4.2 El Seguro de Gastos Médicos Mayores como Producto “Gancho”	210
4.3 La Selección de Riesgos	212
4.4 El Comportamiento de las Reclamaciones	214
CONCLUSIONES	216
BIBLIOGRAFIA	224
ANEXOS	227

INTRODUCCION

El auge económico de una Gran Bretaña moderna y demandante generó en el siglo XIX, una clase social preocupada por el patrimonio, la herencia y los bienes. La burguesía necesitaba proteger la propiedad privada. Con la expansión de los mercados de la corona a causa de sus colonias, surge el concepto de aseguradora, que consistía en evaluar y fijar un precio a la mercancía con destino u origen colonial que se transportaba por vía marítima, lo que garantizaba una indemnización en caso de siniestro. Asimismo Londres asediada históricamente por los incendios, encuentra en los seguros un medio para conservar la ciudad.

La entrada de los Estados Unidos al escenario internacional del siglo XX, marcó un cambio dentro de las mentalidades modernas, el éxito técnico e industrial, el poder de los sindicatos y la entrada consciente de los obreros al mundo de la producción desató nuevas perspectivas. Los hombres nacían en una sociedad que ofrecía igualdad para todos, no sólo en el sentido jurídico, herencia del Viejo Continente, sino también en un sentido material donde todos formaban parte del "Sueño Americano". Los privilegios materiales que escandalizaron los siglos anteriores, se secaron en la tierra del oeste, en el "Modo de Vida Americano". La era de los sindicatos y de los seguros había llegado.

El trabajador por primera vez en la historia tenía derecho a un patrimonio, vivía con la esperanza de heredar bienes a sus hijos. El sindicato aseguraba un trabajo, el seguro un patrimonio ya que en caso de enfermedad, accidente o caos garantizaba los costos y el futuro de una familia. La importancia creciente de la clase media norteamericana provoca que los gobiernos y las empresas consoliden la educación y la salud como demandas básicas de la población. Aparecen los seguros de trabajo, de educación y de salud, este último en particular dado los altos costos que los servicios médicos han implicado.

En México, el fin de la Revolución inicia un proceso de modernización, con una incipiente industrialización, y una clase media que a finales de los sesentas se manifiesta fuerte y demandante. México se ha convertido en menos de cincuenta años en un mercado moderno donde los seguros son una necesidad. A pesar de los grandes alcances dentro del sector público de salud, hoy en día el crecimiento demográfico, la ineficiencia en el servicio y los bajos recursos con los que cuenta éste, han suscitado una demanda mayor para los seguros de Gastos Médicos Mayores.

En efecto, el seguro de gastos médicos mayores cubre el presupuesto familiar aún en caso de enfermedades largas y costosas. Ofrece mantener el equilibrio económico y el servicio de salud con un costo mínimo. Por medio de una prima, generalmente anual, se previenen los posibles desembolsos en caso de padecimientos o accidentes.

Originalmente la cobertura de gastos médicos mayores fue muy limitada, sin embargo la demanda la extiende, para volverse a reducir en la actualidad dados los altos costos de adquisición y administración para las compañías. El servicio de gastos médicos mayores es relativamente poco variable, empero no se incluye en todas las compañías aseguradoras, aparece solamente en aquellas consideradas grandes o de nivel 1, en las medianas y en algunas compañías pequeñas.

Los seguros se enfocan a dos tipos de mercado, al empresarial y al individual. Para el primero, las aseguradoras ofrecen paquetes que incluyen seguro de vida, gastos médicos mayores y otros. La venta de paquetes que contengan seguros de vida o contra incendios son preferibles a los seguros de gastos médicos mayores o de automóviles contratados de manera individual ya que implican pérdidas para las compañías aseguradoras. En efecto el mercado individual exige riesgos financieros para las compañías, en primera instancia por las altas tasas de inflación dentro de los servicios médicos, inflación superior porcentualmente a la desarrollada en el país. Por otra parte los médicos encarecen sus servicios cuando el seguro indemniza. A lo anterior cabe añadir el alza de medicamentos y las novedades tecnológicas.

En lo concerniente a la cláusula de preexistencia (las enfermedades ya adquiridas no se aseguran) con cobertura bienal, las aseguradoras se enfrentan a una disyuntiva. Las primas de seguro se manifiestan insuficientes, en términos económicos, ya que los empresarios tienden a buscar el mejor precio y por lo tanto cambiar continuamente de compañía. Ello provoca, que los trabajadores enfermos, cubiertos por el seguro anterior sigan gozando de la indemnización aún cuando el empresario haya cancelado su contrato. Ultimamente se ha insistido añadir a la cláusula que el seguro sólo fungirá el tiempo que el asegurado permanezca dentro de la compañía. Así la cláusula de preexistencia regularía el servicio entre el usuario y la aseguradora.

Este trabajo intenta exponer algunas de las problemáticas presentadas por las compañías aseguradoras y posibles soluciones que mejoren y optimicen el servicio tanto para los asegurados como para las compañías.

CAPITULO I

NATURALEZA DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

1. INTRODUCCION

La vida de un ser humano no solamente está expuesta al riesgo de supervivencia, sino que requiere, fundamentalmente, de un buen estado de salud. Por ello, prácticamente desde su nacimiento, el individuo va siendo provisto de cuidados orientados a preservar su vigor vital que incluye desde diversos cuidados hasta de condiciones ambientales adecuadas.

Aún con ello, las medidas de prevención no son en todos los casos suficientes para que las personas mantengan su organismo siempre saludable e, inevitablemente llegan a contraer enfermedades.

El riesgo de accidentarse o de enfermarse es alto y los gastos en que incurre el individuo son de consideración puesto que la realización de un gasto médico importante, necesariamente produce deterioro en el patrimonio familiar.

La vida y la salud del jefe de familia justifican la existencia de seguros como el Seguro de Gastos Médicos Mayores, debido a la importancia del gasto que se produce cuando hay pérdida de la salud (mientras que la continuación de una vida sea financieramente valuable para otros, existirán las bases económicas para tales seguros).

2. LOS GASTOS MEDICOS COMO UN RIESGO ASEGURABLE

La vida de un ser humano está expuesta a diversos riesgos, siendo un riesgo aquel daño, amenaza, perjuicio o peligro que se causa a algo o a alguien y que puede ser medible en dinero.

Para que a un daño se le pueda considerar como un riesgo deben identificarse sus principales características:

- FUTURO. Es decir que no exista precedente en el pasado.
- FORTUITO. Que sea contra la voluntad de la persona o personas, es decir, contrario a lo esperado.
- INCIERTO. Radica en el hecho que puede o no ocurrir, pero en el caso de que ocurra (como en el caso de la muerte) no se sabe cuando sucederá.

De acuerdo a lo anterior, una persona está expuesta a diferentes riesgos como la pérdida tanto de propiedades por tormentas o incendios como personales como el de morir, de accidentarse, de perder un miembro, de invalidarse y/o de enfermarse. Aunque desafortunadamente no es posible para el individuo, el predecir cuando ocurrirán los acontecimientos o el evitar que estos sucedan, sí es posible y de mucha importancia que el individuo se prevenga contra las posibles pérdidas financieras que le pueden afectar, como son la pérdida de ingresos o los gastos excesivos.

Al estar expuesto a un riesgo, y al ser éste identificado y medido, deben tomarse en cuenta algunas medidas con respecto a las posibles pérdidas financieras que pudieran presentarse en caso de alguna contingencia. Las principales condiciones son las siguientes : (1) Evitar el riesgo; evadiendo el riesgo completamente como sería el no comprar un coche a un adolescente. (2) Reducción del riesgo; reduciendo la posibilidad de que ocurra una pérdida, o disminuyendo la magnitud de la pérdida si ésta ocurre, como adoptar programas para mejorar la salud, haciendo ejercicio regularmente y adoptando buenos hábitos alimenticios, y reduciendo aquellos riesgos que provocan ataques cardíacos como el dejar de fumar. (3) Transferencia del riesgo. Cediendo las consecuencias financieras de cualquier pérdida a otro sujeto o grupo comprando por ejemplo una póliza de Gastos Médicos Mayores a una compañía aseguradora, transfiriendo los gastos emanados por la falta de salud. (4) Reteniendo el riesgo. Asumiendo el riesgo como es la pérdida de ingresos como resultado de invalidez.

Como sabemos, el riesgo de que un individuo incurra en gastos importantes, que se hagan necesarios para la recuperación de la salud, tiene las siguientes características:

- INCIERTO. Pues en general, bajo condiciones normales de prevención de la salud, se desconoce si un individuo adquirirá o no determinado padecimiento, o bien, se verá afectado por un accidente.
- POSIBLE. A pesar de las medidas de higiene y prevención de la salud que se deben tomar.
- CONCRETO. Puesto que existe la posibilidad de medir su frecuencia y severidad, durante un periodo de observación.

-LICITO. Pues todo individuo tiene derecho de procurar el cuidado, conservación y recuperación de su propia salud, así como la de las personas de su familia que dependan económicamente de él.

-FORTUITO. Siempre que el padecimiento no provenga de actividades que el asegurado decida realizar y resulten en agravación del riesgo.

Es la función del seguro en sus diversas formas, el salvaguardar contra diversos infortunios mediante el pago por pérdidas a algunos desafortunados por medio de las contribuciones de muchos individuos que están expuestos al mismo riesgo. El seguro puede definirse como la protección mutua de numerosas existencias económicas, análogamente amenazadas, ante necesidades fortuitas y tasables en dinero. El seguro es el único medio para cubrir pérdidas, ya que en él existe el derecho de la persona a recibir asistencia por parte del seguro.

En caso de ceder el riesgo a una compañía de seguros, la persona que compra el seguro debe pagar cierta cantidad que representa este riesgo medido y tasado en dinero.

Para que el riesgo pueda ser medible y tasable deben considerarse algunos elementos como son: (1) las estadísticas que nos muestran la experiencias del pasado, puesto que se puede repetir un caso similar en el futuro y (2) las leyes de probabilidades que corresponden a las exigencias futuras dentro de las cuales se encuentra "La Ley de los Grandes Números".

2.1 LEY DE LOS GRANDES NUMEROS

La idea intuitiva de probabilidad es la llamada "ley de los promedios" o "ley de los Grandes Números", esto es, si un evento A sucede con probabilidad p , entonces el "número promedio de sucesos A " se acerca a p tanto como el número de pruebas independientes aumenta (frecuencia relativa).

La Ley de los Grandes Números es una ley de probabilidad que se utiliza como parte de la eliminación de factores especulativos, y la reducción de fluctuaciones violentas en pérdidas que se comparten año con año; por tal razón es necesario aplicar este principio a las operaciones de seguros. Este principio nos dice que mientras más grande sea el número de riesgos separados de una misma naturaleza combinados dentro de un grupo, menor será la incertidumbre en cuanto a la cantidad de pérdidas en que se incurran en un período dado. Por ejemplo: Si se asegura una vida durante un año dado, se puede considerar como una apuesta, ya que un individuo puede morir o sobrevivir en el año; el resultado es de 100 por ciento de pérdida o de 100 por ciento de ganancia, esto en el caso de basarse en una sola vida. Pero si el número de personas aseguradas incrementa, el elemento de incertidumbre estará aún presente pero para un mayor número de vidas, tomando en cuenta que la posibilidad de que al menos uno muera es mayor. Sin embargo, si se reúnen personas de la misma edad y la misma condición física en un mismo grupo, o si se asegura un número grande de personas en diferentes compañías, la fluctuación en el porcentaje de muertos año con año variara sólo por una fracción. Es decir, el porcentaje de muerte disminuye mientras más riesgos se combinan. Por tanto, la compañía puede determinar anticipadamente un número aproximado de sus reclamaciones por muerte y puede asentar su negocio sobre bases no especulativas.

Cada organización de seguros es un mecanismo para la distribución de riesgos, en el sentido de que unen las posibles pérdidas de diversos individuos y en el caso de ocurra algún evento, pagan el siniestro con las contribuciones de todos aquellos expuestos al riesgo. Los seguros para la salud, como el seguro de Gastos Médicos Mayores, sirve indirectamente para

incrementar la productividad de la comunidad mediante la eliminación de preocupaciones y el aumento de la iniciativa, su función económica es la de cambiar la incertidumbre en certidumbre, lo que habilita a las personas a transferir un riesgo como sería el de enfermarse o lesionarse al menor costo posible. Las compañías de seguros son capaces de cobrar el menor precio posible, basados en el hecho de que mediante la combinación de los riesgos se determina con gran certeza el costo de la protección a todo un grupo. Mientras mayor sea el número de riesgos separados que se combinen dentro de un grupo, menor será la fluctuación en las pérdidas, y con esto será mayor la certeza de que el dinero que se paga es exactamente el que se necesita para hacer frente a las reclamaciones y a la creación de reservas.

Desde el punto de vista de una compañía de seguros se puede decir que los seguros de personas, cuyo cálculo se basa en la combinación de riesgos, son no especulativos; es más, posiblemente se puede suponer que no existe otro tipo de negocio que opere con tanta certeza.

Desde el punto de vista del asegurado el seguro es la antítesis de apostar, porque en el momento en que un sujeto apuesta, éste está buscando el riesgo; mientras que al asegurarse, la persona busca la manera de prevenirse contra él. Es más, los seguros de personas claramente transforman lo incierto en cierto, y a diferencia de apostar, en caso de pérdida, la familia que depende de la persona asegurada no sufre las consecuencias. De hecho, prevenir las posibles pérdidas es el mayor seguro de todos.

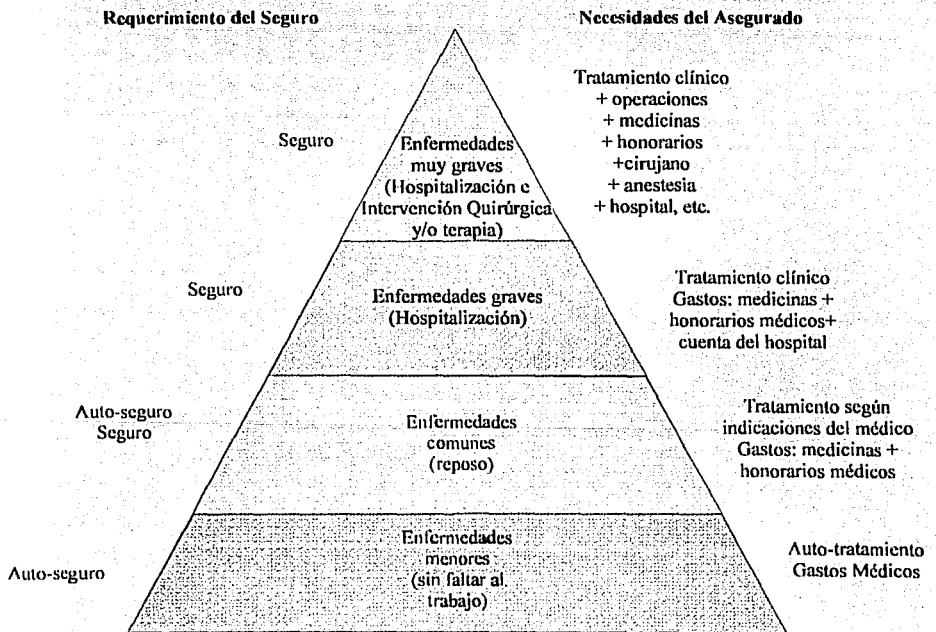
2.2 NATURALEZA DEL RIESGO

Mientras todas las formas del seguro son iguales en el hecho de que todos requieren para su exitosa operación una combinación de muchos riesgos dentro de un grupo, éstas son diferentes en el hecho de la naturaleza del riesgo que se cubre, es decir, se tiene exposición pareja al riesgo aunque no del mismo grado.

Al igual que en los seguros de Daños, en Gastos Médicos Mayores existe una graduación de la severidad del siniestro. Lo anterior significa que, en la medida en que las necesidades de los servicios de salud no previstos son mayores por el grado de severidad con que afectan al individuo, el aprovechamiento del seguro es más amplio. Sin embargo, la experiencia de las instituciones de seguros en productos como el seguros de Gastos Médicos Mayores, muestra que en general, la frecuencia con la cual se presenta el siniestro disminuye en la medida en que su impacto económico es mayor.

La enfermedad puede presentar diferentes grados de intensidad y por lo tanto ocasionar diversas necesidades de tratamiento médico, sin embargo no todas son objetos de seguro.

La siguiente gráfica muestra la relación entre las necesidades de las personas expuestas al riesgo y de los seguros de gastos médicos mayores.



Las situaciones que se definen en los segmentos inferiores corresponden a enfermedades graves cuyo tratamiento médico implica una fuerte erogación económica, en cuyo caso es clara la necesidad de cubrir dichos gastos mediante la compra del seguro de gastos médicos mayores; las enfermedades comunes pueden o no ser cubiertos mediante el seguro, dependiendo del tipo de enfermedad.

La Gráfica muestra el tipo de enfermedades cuyo tratamiento médico es objeto del seguro. Empíricamente se observa que las enfermedades leves, económicamente tienen un mínimo costo y una incidencia alta contrariamente a las enfermedades calificadas como graves o que requieren de atención médica especializada, las cuales se presentan con menor frecuencia, pero cuando lo hacen su impacto económico es muy alto.

En el caso del seguro de Accidentes y Enfermedades no todas las personas que están cubiertas por el seguro se accidentan, lesionan o enferman, por lo que este riesgo no sigue un patrón consistente como es el riesgo de morir. El riesgo de accidentarse o enfermarse incrementa con el tiempo, con ello se hace necesario acumular un fondo adecuado para poder hacer frente al alto número de reclamaciones que inevitablemente se desarrollan mientras transcurre el tiempo y las personas a quienes cubre el seguro envejecen, es decir que mientras aumenta la edad también incrementa el riesgo de sufrir una enfermedad o una lesión.

La experiencia, así como las estadísticas muestran que el enfermarse, lesionarse o accidentarse es un riesgo alto, y es tan elevado que el riesgo de morir de una persona de 60 años de edad es menor que el de deshabilitarse durante un período de tiempo.

El riesgo de tener una enfermedad o una lesión es mayor que la de otros riesgos comunes, como ejemplo solamente un edificio de cien construcciones, experimenta una pérdida por un incendio a través de toda su historia, así como el hecho de que una de cada tres personas que trabajan mueren antes de llegar a los 65 de edad, por lo que todos los que quedan deben morir después.

Por lo anterior, un gasto médico mayor constituye un riesgo asegurable, para el cual ha sido diseñada una línea de productos específica, dentro de los seguros de personas.

3. DESARROLLO DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Como se mencionó, el riesgo de la pérdida de la salud ocasionada por alguna enfermedad o accidente afecta sin duda a los individuos tanto física como económicamente; para cubrir tal eventualidad existen en nuestro país los servicios de salud, que son proporcionados a través de instituciones públicas y privadas, las primeras representadas por la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal; las Instituciones de Seguridad Social integradas por el IMSS y el ISSSTE entre otras, los servicios que prestan PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, y por lo que se refiere al sector privado encontramos los Centros Hospitalarios.

La posibilidad de optar por instituciones públicas o privadas, permite cubrir la atención médica a través de recursos propios, sin embargo las instituciones del sector público no han gozado de la confianza de la población, ya que por mucho tiempo se han caracterizado por no contar con la capacidad instalada suficiente para atender a todos sus derechohabientes y por la baja calidad de sus servicios. Por esta razón, la mayoría de las personas se inclinan por el sector privado, pero esta última elección representa un costo que suele ser elevado, lo que limita su utilización a sectores específicos de la población.

Ante esta situación surge la necesidad de un instrumento que permita el acceso a los servicios médicos privados a un costo menor, lo que da lugar al surgimiento del Seguro de Enfermedad o de Gastos Médicos Mayores.

El origen del Seguro de Gastos Médicos Mayores es la creación de un mecanismo que permita a los individuos hacer frente a los gastos en salud, en especial para gastos fuertes que afectan el patrimonio de la familia, mediante el pago de una cantidad de dinero a entidades

aseguradoras para provisión de asistencia médica, a través de instituciones y prestadores de servicios médicos privados.

Para alcanzar su actual grado de desarrollo, en México en los últimos años el seguro de Gastos Médicos Mayores ha cerrado un ciclo económico, caracterizado por una primera etapa de reblandecimiento, es decir expansión de su mercado en cuanto a tarifas y coberturas, seguido de un período de endurecimiento por el que aún atraviesa, en el cual se restringe nuevamente este mercado.

Durante el período que va de 1970 a 1987 la operación de Accidentes y Enfermedades tuvo una participación dentro de las compañías de seguros de únicamente entre 2% y 3% de las primas directas; sin embargo, su contribución en la industria ha mostrado un repunte en los últimos cinco años, hasta alcanzar en el ejercicio del año 1993 una representatividad del 8% de las primas directas de la producción total del sector asegurador.

Este seguro hasta 1986, tenía poca difusión en el mercado porque era un plan muy limitado, ya que si le iba bien a un asegurado, recibía el 50% de su reclamación como reembolso, lo que provocaba enorme desconfianza entre los asegurados.

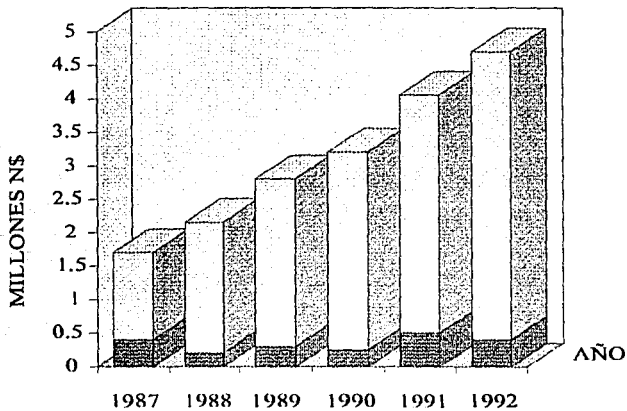
Para promover este campo, las compañías de seguros decidieron dar un cambio completo, ofreciendo planes más amplios con mayores coberturas. Se vendieron muchísimas pólizas, pero provocó atrasos administrativos importantes puesto que no se contaba con suficientes elementos para realizar el exceso de trabajo.

Algunas compañías de seguros hicieron modificaciones en sus convenios, pero otras no modificaron sus tarifas, por lo que se ocasionó una enorme distorsión en los costos y en la competencia.

Para resolver este problema, las compañías de seguros volvieron a poner límites, por lo que volvió la desconfianza.

El comportamiento de la producción en la operación de Accidentes y Enfermedades durante el periodo de 1987-1992 se ilustra a continuación:

CRECIMIENTO EN ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (PRIMAS DIRECTAS)



■ ENFERMEDADES

■ ACCIDENTES

FUENTE: CNSF, Encuesta al sector asegurador, 1993

En el transcurso del año 1993, las diferentes operaciones del sector asegurador privado en México se distribuyeron en cuanto a las primas directas como sigue:

DISTRIBUCION DE LAS OPERACIONES

OPERACION	PRIMAS DIRECTAS %
VIDA	34%
DAÑOS	58%
ACC. Y ENFERMEDADES	8%
TOTAL	100%

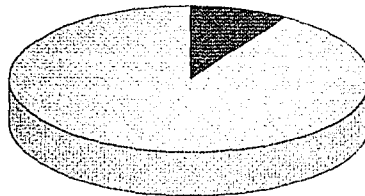
Comision Nacional de Seguros y Fianzas, 1993

Del total de la producción de primas directas en Accidentes y Enfermedades, el seguro de Gastos Médicos Mayores tuvo una participación del 91% y el de Accidentes Personales del 9%.

DISTRIBUCION POR RAMO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

(PRIMAS DIRECTAS)

ACCIDENTES
9%

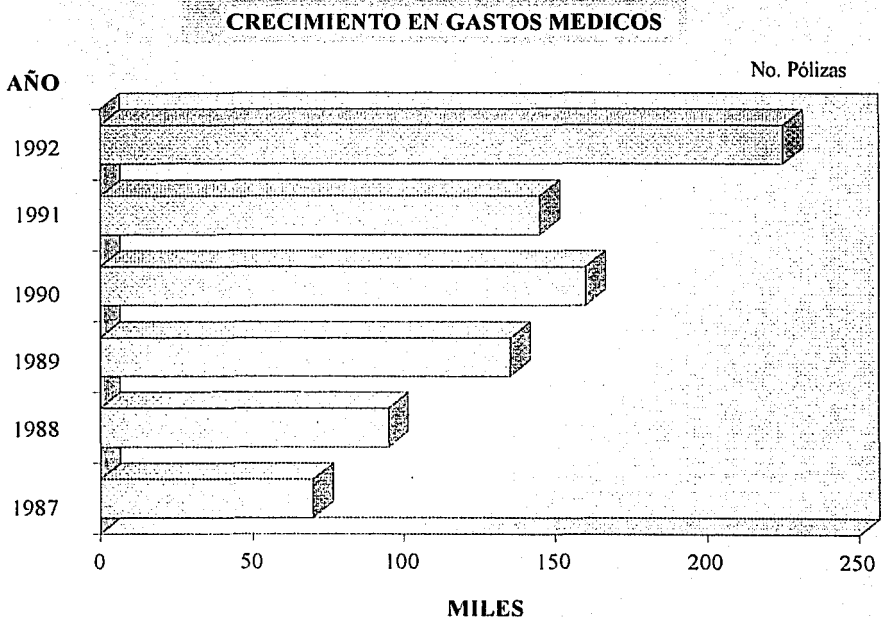


ENFERMEDADES
91%

Como es evidente la línea de productos que ha logrado dar mayor relevancia a la operación, es la de Gastos Médicos Mayores que se ha mantenido en un promedio del 55% de primas directas durante los últimos años, en términos reales.

Un seguimiento en el número de contratos indica que la operación de Accidentes y Enfermedades, y en especial Gastos Médicos Mayores se ha venido abriendo paso en la industria, de manera importante.

Cabe resaltar, que durante el año 1990 hubo un incremento en la venta de pólizas, es decir que durante 1991 no disminuyó la venta sino que siguió el comportamiento que se venía dando en los años anteriores como se muestra en la gráfica siguiente:



FUENTE: CNSF. Encuesta al sector asegurado, 1993

El seguro de Gastos Médicos Mayores ha mostrado un gran dinamismo en su desempeño; sin embargo, su complejidad comercial y operativa hace necesario un mayor impulso por parte de las empresas y autoridades del sector.

Actualmente el seguro privado de Gastos Médicos Mayores enfrenta una serie de situaciones que impiden su desarrollo óptimo en nuestro país.

Dentro de los retos a vencer en este mercado, podemos distinguir aspectos relacionados con la regulación del sector, así como también factores que son independientes de la misma. Estos temas se tratarán ampliamente en los capítulos III y IV.

Por el desarrollo que ha tenido esta área de seguros, la actividad que se realice es muy importante para los aseguradores y las personas afines a este negocio.

El crecimiento del seguro de Gastos Médicos Mayores implica un impulso en su desarrollo conforme incrementa el sentido de responsabilidad en las personas con dependientes económicos. La idea de proveer únicamente para el presente debe crear conciencia con respecto a que la responsabilidad de sostener a una familia no se limita a los años en que se encuentre bien tanto física como económicamente, sino que debe hacerse énfasis en lo que se considera el "crimen de no asegurarse" y no basarse en los años en que el jefe de familia mantiene en buena situación a su familia.

4. IMPORTANCIA DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Reconocer el valor de la vida humana, ya sea por la familia o por el trabajo (los dos íntimamente relacionados) hacen del seguro de Accidentes y Enfermedades una posible forma de capitalización, puesto que mediante la experiencia y el tiempo, la vida humana crece constantemente de valor y los miembros dependientes de la familia se acostumbran cada vez más a un mejor nivel de vida.

El valor de las posibilidades económicas de una persona se puede definir como un valor monetario de sus fuerzas económicas que se encuentran incorporadas a su ser, nombre, carácter y salud, su educación y experiencia, su personalidad y poder ejecutivo, su juicio y poder de iniciativa y el esfuerzo de transformar a forma tangible el bienestar económico de sus sueños. En la determinación del verdadero valor del seguro de Gastos Médicos Mayores existe un factor principal: las diversas necesidades de la familia, en caso de que se presente el evento de enfermedad o lesión de la persona que lleva el dinero a casa.

El seguro de Gastos Médicos Mayores tiene poca relevancia si se ve desde el punto de vista de los riesgos de propiedad o de responsabilidad civil, tanto para el individuo como para la familia o el negocio. Sin embargo, este seguro puede y es usualmente un elemento de gran importancia para la finanzas de un individuo o una familia. Puesto que eliminar la eventualidad de sufrir una enfermedad o una lesión no es posible, otros medios son requeridos para combatir las consecuencias financieras que surgen por la pérdida del ingreso y los gastos causados por la falta de la salud. Muchos individuos necesitan protección contra los dos tipos de contingencias financieras que pueden presentarse como el riesgo de que incrementen los gastos médicos y el riesgo de enfermarse o lesionarse. Esta protección normalmente se encuentra suministrada por la compañía o la empresa donde el hombre trabaja pero con protección limitada mediante planes del gobierno. Aún con esta garantía, muchos individuos descubren a través de pensar y analizar la

situación, que ellos y sus familias permanecen expuestos a distintos riesgos financieros por la posible pérdida de la salud, ya que las compañías y el gobierno dejan fuera de la cobertura elementos básicos, como restricción en la cantidad y variedad de medicamentos.

Dentro de una sociedad moderna, el sentimiento de responsabilidad familiar implica que el seguro de Accidentes y Enfermedades crecerá en importancia, puesto que el hecho de no saber que pasará en el futuro, le preocupa al padre de familia; sin embargo el saber que la familia no tendrá problemas económicos por causa de algún gasto médico mayor o un accidente, puede quitarle una angustia.

4.1 EL PROBLEMA DE LA SALUD

El riesgo de accidentarse o de enfermarse siempre está presente y en el caso de que exista, el jefe de familia se convierte en un riesgo económico puesto que se crea la necesidad de proveer ingresos para su manutención así como un costo extra de gastos médicos en los que se incurre para que se recupere y se rehabilite.

Como respuesta a la necesidad de recuperación de la salud que enfrentan los individuos en general, en alguna etapa de su vida, se ha desarrollado la ciencia médica, cuyo vínculo con el bienestar fisiológico del ser humano, la hace ser una de las más antiguas y, al mismo tiempo, una disciplina que, hoy día, ha adquirido un alto grado de modernización y eficacia.

Con el aumento de conocimientos se han podido elaborar nuevos conceptos y prácticas. De los primeros, uno de los más importantes se refiere a la necesidad de la prevención. A este respecto actualmente se ofrecen los recursos de la vacunación y las inyecciones inmunizantes, y se nos aconseja preparar y consumir dietas nutritivas, controlar nuestro peso y visitar al médico periódicamente para un reconocimiento general, para así evitar la aparición o disminuir la intensidad de algunas enfermedades. Pero no sería suficiente que el individuo fuese dotado de un

entorno favorable para el buen funcionamiento de su organismo, si además de ello no recibiera la educación necesaria que le permita conocer las reglas de higiene y seguridad que le conviene observar, para que su salud conserve el nivel más adecuado posible, dentro de las condiciones ambientales que le rodean.

La profesión médica busca hoy activamente la asistencia del público. Para lograrla, publica sus descubrimientos y programas de investigación en beneficio de todos. Y ha emprendido la tarea de educar y mantener informado al público en cuestiones de salud y enfermedad. En reciprocidad, el público concede mayor confianza a la profesión y sus miembros, acude constantemente a ellos en busca de guía y les presta su decidido apoyo económico para que puedan avanzar en la investigación, por medio de aportaciones que ofrece la gente para buscar tratamientos que ayuden a la cura del cáncer o el SIDA, como ejemplo, que para las empresas son deducibles de impuestos.

Es conveniente tener presente que el desarrollo de la tecnología de la medicina incide particularmente en el costo de los servicios de la salud, ya que los nuevos aparatos de tecnología sofisticada tienen precios elevados y su amortización tiene que ser acelerada en vista de la constante aparición de nuevos instrumentos.

El desarrollo de la medicina implica una gran inversión de recursos económicos y, por ello, los tratamientos especializados suelen ser tan costosos que pueden, con frecuencia, llegar a desequilibrar el presupuesto de una familia, en caso de que alguno de sus miembros requiera de un gasto médico mayor.

4.2 OBJETIVO

El objetivo del Seguro de Gastos Médicos Mayores es satisfacer la necesidad económica de resarcir los gastos por concepto de servicios de salud no previstos, que por su severidad pudieran crear a la familia o al individuo dificultades económicas.

De esta manera, la persona que adquiere un póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores, en caso de requerir el uso de servicios médicos, tiene la opción de elegir entre la Institución de Salud Pública en la cual sea derechohabiente y los hospitales privados.

4.3 EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS COMO PARTE DE LAS

FINANZAS PERSONALES O FAMILIARES

Los seguros de Vida así como los de Accidentes y Enfermedades han sido reconocidos, por aquellas personas con sentido de responsabilidad, como elementos necesarios y esenciales en un programa financiero, ya sea individual o familiar. El individuo o la unidad familiar deben establecer y tomar conciencia de las bases de un negocio, dentro de las cuales se encuentran ocupando un importante lugar dentro del proceso de planeación financiera personal o familiar los diversos tipos de seguros.

Los valores como se mencionó anteriormente constituyen valores económicos sin tener importancia su naturaleza, y los principios de Administración y Finanzas pueden ser aplicados a través del seguro de Accidentes y Enfermedades.

La planeación financiera personal o familiar se puede considerar como el proceso a través del cual los objetivos financieros de un individuo o de una familia son desarrollados e implementados dentro de un plan integrado con el fin de lograr estos objetivos. Los elementos esenciales de este concepto de planeación financiera son el identificar las metas y objetivos financieros, y después desarrollar e implementar un plan para lograr los objetivos trazados. La idea consiste en enfocar los objetivos de la persona o la familia como el punto de partida mediante un instrumento financiero para poder determinar la forma en que se debe incorporar con el plan de financiamiento.

La planeación financiera en el pasado era más simple de lo que es hoy - ganar un poco, ahorrar un poco, educar a los niños y después pensionarse con suficientes comodidades. Sin embargo, la planeación en la actualidad es muy compleja si tomamos en cuenta los siguientes factores: la gran incertidumbre económica - fluctuaciones en tasas de interés e inflación, y un gran aumento en los instrumentos financieros - como productos futuros y variables. Estos factores combinados influyen a que la planeación sea más necesaria de lo que era hace algunos años.

Muchas personas usan una considerable variedad de instrumentos financieros para alcanzar sus objetivos, sin embargo algunos creen que su ingreso o capital no es suficiente para justificar un plan financiero o que el costo del plan será más alto que los beneficios. Desafortunadamente, otros caen en el error de planear o no seguir un modelo lógico y consistente para cumplir sus objetivos financieros puesto que la planeación involucra la consideración de eventos desagradables como la muerte, la incapacidad, las enfermedades o lesiones, el desempleo, la edad de retiro y los daños a las propiedades.

Cada familia debe realizar un plan para lidiar con la muerte, la incapacidad, los ahorros y demás infortunios mediante un plan de financiamiento, donde puede considerarse a los seguros como un instrumento financiero valuable y flexible dentro de los cuales encontramos los seguros de Accidentes y Enfermedades donde a su vez, encontramos el seguro de Gastos Médicos Mayores.

La gran clase media depende totalmente del seguro, porque ello significa liberar de cierta forma a la persona que lleva el ingreso a la casa de un imprevisto económico. Las familias de clase alta encuentran al seguro como una gran ayuda, pero son las familias de clase media quienes encuentran al seguro como una necesidad.

Como parte de las necesidades económicas, el jefe de familia generalmente conducido a la desesperación para llevar un sueldo a casa y hacer frente a los gastos, debe ver al seguro como un margen de subsistencia. Al tener la responsabilidad de sostener una familia debe hacerse énfasis en

este tipo de planes de financiamiento, aunque para lograrlo deban limitarse algunos lujos; sin embargo en la mayoría de los casos se cuenta únicamente con el dinero suficiente para cubrir los requerimientos normales de una casa.

Existen muy pocos jefes de familia dentro de la sociedad, que pueden mantener a sus familias tan bien como las tenían cuando se tenía un ingreso, y el propósito del seguro de Gastos Médicos Mayores así como el de los otros seguros es el de mantener la inversión de las personas que dependen de él mediante un programa de ahorros y acumulación de riquezas.

4.3.1 EL PROCESO DE PLANEACION FINANCIERA

Los planes de financiamiento individuales o familiares deben ser personales, no habiendo dos planes exactamente iguales. Sin embargo, casi todos los planes de financiamiento tienen ciertos elementos en común. El seguro de Gastos Médicos Mayores puede ser útil para conseguir los objetivos del individuo, si se ve desde el punto de vista de la administración de riesgos. La administración de riesgos ha sido definida como la identificación, la medición y el tratamiento a la exposición contra posibles pérdidas. La administración del riesgo tiene relación con las pérdidas que pueden surgir por los daños o la destrucción de propiedades, la salud y la vida. Tanto el individuo como su familia están sujetos a la administración de riesgos, ya que ésta no es precisamente una opción. Los individuos y sus familias necesitan para existir enfrentar los riesgos. Estos riesgos pueden ser ignorados, pero es mejor administrarlos para obtener mejores resultados acompañados de un menor costo.

El proceso de planeación financiera involucra seis pasos que se relacionan entre sí. Cada paso combina y complementa aquellos pasos que le preceden y le siguen.

Recolección de Información. El primer paso en el proceso de planeación financiera es el reunir información relevante tanto en cantidad como en calidad. La información financiera varía de situación en situación pero generalmente incluye una lista con datos relacionados con las propiedades que posee el individuo, así como información que tiene que ver con los ingresos y gastos de la persona. Dentro de la información cualitativa se encuentra información relacionada con los intereses del individuo, su estilo de vida, su actitudes y deseos, su situación familiar, su salud, e información relacionada con las metas y objetivos. La recolección de información se relaciona con datos que permitan identificar los riesgos a los que está expuesto como las posibilidades de muerte, enfermedad o lesión y desempleo.

Los individuos, las familias y los negocios pueden estar expuestas a tres tipos de pérdidas: las pérdidas en las propiedades, las pérdidas por responsabilidad civil y las pérdidas personales. Las pérdidas en las propiedades son las que existen a causa de daños, destrucción o desaparición de las propiedades de una persona. Las pérdidas por responsabilidad civil son aquellas que existen por el hecho de "sólo vivir", una persona puede ser demandado por muchas razones, principalmente por accidentes de coches. Y por último, las pérdidas personales que son las que surgen por muerte, enfermedad o lesión, o desempleo; este tipo de pérdidas se encuentran ampliamente asociadas con la familia y su bienestar, pero puede sufrir pérdidas personales también una empresa si se considera a la persona que se ha perdido como el hombre-clave de la compañía.

Establecimiento de Objetivos. El paso de establecer objetivos es, de alguna forma, el aspecto más difícil del proceso de planeación financiera. Si las metas y objetivos de un individuo están pobremente identificados y formulados, es muy probable que el plan financiero tienda a fallar. Estos objetivos deben ser consistentes y deben complementar a los establecidos en el plan financiero. Es más, las metas asociadas con la administración de riesgos pudiesen haber sido desarrolladas como parte del establecimiento de las metas iniciales. Para un individuo o una familia, la meta prioritaria puede ser tan simple como evitar una catástrofe financiera como resultado de algún tipo de riesgo.

Análisis de la Información. El tercer paso en el proceso de planeación financiera es el de analizar la información cuantitativa y cualitativa que se reunió, y enfocarla a los objetivos de la persona. Este paso técnicamente involucra la determinación de las probabilidades o la posibilidad de que una pérdida en particular ocurra y el impacto de dicha pérdida. Lo anterior se debe analizar considerando las pérdidas personales, sin embargo las probabilidades deben ser aplicadas solamente a un grupo grande de personas puesto que tienen un leve o ningún significado si se aplican individualmente. Esto se explica a raíz de la LEY DE LOS GRANDES NUMEROS que se expuso anteriormente.

En el caso de falta de la salud, así como en el caso de muerte, se puede dar lugar a dos tipos de pérdidas (a) la pérdida de ingresos y (b) los gastos extras. Los gastos imprevistos que se producen a causa de una enfermedad, una lesión o una invalidez toman la forma de cuentas de hospitales, cuentas de médicos, medicinas, y cualquier otro gasto relacionado. Estimar la probabilidad de que una persona sufra una "condición de morbilidad" y el tiempo en que la persona se recuperará es muy difícil de determinar a causa de las siguientes razones:

- a) La morbilidad a diferencia de la mortalidad no se puede definir exactamente, refiriéndose al hecho de que la muerte es una situación que eventualmente ocurrirá, y que la posibilidad de que suceda incrementa año con año. En cambio, en el caso de la morbilidad no todas las personas se lesionan o enferman, es decir no sigue un patrón consistente como en el caso de la muerte. Además no todas las enfermedades son objeto de seguro, puesto que depende del tipo de enfermedad y de su intensidad.
- b) La morbilidad varía en frecuencia así como en severidad, se basa en el hecho de que la enfermedad, una vez diagnosticada por el médico, puede implicar una fuerte erogación económica como en el caso de graves enfermedades que necesiten hospitalización, intervención quirúrgica y/o terapia intensiva. Asimismo no todas las enfermedades afectan de la misma manera a las personas.

- c) Las condiciones de morbilidad no son reportadas con las mismas bases que la muerte, es decir, cuando una persona muere se levanta una acta y se registra su muerte; sin embargo, en el caso de las enfermedades no sucede lo mismo. Esto puede deberse a que el individuo no ha sido diagnosticado, o al hecho de que la persona no quiere darlo a conocer.

Realizando una comparación basados en las siguientes tablas de mortalidad y morbilidad, se puede observar que la probabilidad de una enfermedad o lesión es mayor que la probabilidad de muerte durante los años de trabajo.

TABLAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

PROBABILIDADES DE MUERTE (q_x)			
EDAD	VIVOS (l_x)	MUERTOS (d_x)	1000(q_x)
22	9,877	14	1.42
32	9,771	21	2.14
42	9,408	39	3.84
52	8,948	71	7.91
62	7,824	149	17.57

* Fuente: Tabla de Mortalidad Experiencia Mexicana 1982-1989

Cabe aclarar que las tasas por enfermedad o lesión están basadas en vidas aseguradas, por lo que la experiencia es más favorable de lo que se puede encontrar en la población en general.

NUMERO DE INCAPACITADOS POR CADA 10,000 PERSONAS				
EIDADES	HOMBRES		MUJERES	
	UN MES	UN AÑO	UN MES	UN AÑO
22	370	40	430	10
32	500	30	560	30
42	560	50	870	50
52	600	80	880	80
62	1,060	220	940	160

* Fuente: "Tablas de Incapacidad de 1982". Transactions of the Society of Actuaries

Desarrollo del Plan. El análisis de la información recolectada ayuda a formular mentalmente los elementos de un plan financiero para proponer, y decidir si el riesgo se va a evitar, reducir, transferir (comprar un seguro) o retener. El plan debe representar un esfuerzo coordinado e integrado para resolver problemas y para ayudar a conseguir los objetivos, tomando en cuenta las posibles limitaciones que pudieran presentarse en el futuro.

Implementación del Plan. El quinto paso es la implementación del plan para la administración del riesgo. El plan ya trazado debe tener días marcados para la implementación, tipos de acciones que se deben tomar y los productos financieros que se van a tomar. El propósito generalmente es modificado como parte de la claridad de futuros objetivos resultantes de continuos análisis. Para una familia normal, la implementación del plan consiste simplemente en comprar una póliza de seguros, aunque también se involucre la reducción del riesgo a través de mejores hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio.

Monitoreo y Revisión del plan. El último paso en la administración de riesgos incluye el seguimiento del plan, así como revisiones de acuerdo a las circunstancias que se presenten. Después de que el plan ha sido implementado, los resultados deben de monitorearse para analizar si son compatibles con las expectativas iniciales. En el caso de que no, hay necesidad de realizar cambios. La revisión es necesaria básicamente cuando los resultados se encuentran lejos de las expectativas o proyecciones, en cuyo caso se pueden necesitar algunos cambios. Las familias deben de advertir que posibles pérdidas pueden ser eliminadas. Este paso puede ser visto como la complementación del proceso, y representa la unión entre el primer paso del proceso de la identificación de los posibles riesgos a los que se está expuesto.

Ningún plan está probado por completo, por lo que se espera que ocurran cambios.

Las individuos necesitan hacer frente a las posibles pérdidas a las que están expuestos, y una alternativa para lograrlo son los seguros, que pueden ser muy útiles en el cumplimiento de los objetivos de cada persona. Es más, si el individuo se prepara contra posibles daños, pueden surgir resultados más aceptables como el tener un costo mínimo en lugar de un gran gasto.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LAS POLIZAS DE GASTOS MEDICOS MAYORES EN MEXICO

1. INTRODUCCION

El seguro de enfermedad, mejor conocido como seguro de gastos médicos mayores provee una gran cantidad de beneficios que prácticamente pueden cubrir todos los gastos relacionados con el hospital, medicamentos y servicios afines, después de que la persona que sufre la enfermedad ha pagado una cantidad inicial (deducible) y un porcentaje del costo de los servicios (coaseguro). Una característica importante de los seguros de gastos médicos mayores es que sus beneficios pueden ser extensivos al cónyuge y a los hijos del asegurado, lo que es una situación adecuada, dado que los gastos incurridos por accidentes y enfermedades de cualquier miembro de la familia, repercutirán en la economía familiar.

Este capítulo trata los tipos de seguros que existen en México, así como las clases de asegurados. También se exponen algunas definiciones sobre los diversos términos relevantes dentro de las pólizas de gastos médicos mayores.

Dentro de las pólizas de las diferentes operaciones y ramos de seguros es siempre importante saber aquello que se cubre, lo que no se cubre y lo que no está cubierto pero que se puede cubrir mediante convenio expreso, considerando también las bases de funcionamiento y operación de la póliza.

Por último, para observar el desarrollo que ha tenido este seguro en México, se deben conocer las compañías que lo manejan, así como la importancia dentro del mercado, considerando su crecimiento en los últimos años.

2. TIPOS DE SEGUROS

En México existen tres tipos de seguros de Gastos Médicos Mayores, que se clasifican de acuerdo al grado de participación que asume el asegurado principal, tanto en la decisión de contratar la póliza, como en el pago de la prima. Los más completos planes con coberturas amplias para hacer frente a las consecuencias financieras por accidente o enfermedad existen en las diferentes compañías de seguros privadas. Estos seguros son: (a) el Individual o familiar, (b) el seguro Colectivo y (c) el seguro de Grupo.

A continuación se describen las principales características de cada tipo de seguro:

a) Individual y/o Familiar, es un arreglo en el cual la cobertura se otorga a un individuo específico, y la decisión de contratar el seguro recae totalmente en éste, el cual paga el 100% de la prima. En este caso, la compañía de seguros debe de obtener evidencia de que la persona es asegurable antes de que la póliza sea expedida.

En este caso, por lo general, las edades de contratación o inclusión en el seguro son de 30 días a partir del nacimiento, a 65 años de edad; pudiendo ser renovada hasta los 69 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la cual el asegurado cumpla la edad de 70 años, sin embargo en algunas pólizas de seguros de gastos médicos mayores individuales la edad máxima de contratación se extiende hasta los 75 años, pudiendo renovarse hasta la edad de 79 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla 80 años.

El contratante de la póliza individual y/o familiar es el asegurado principal y en la misma quedan inscritos todos sus dependientes económicos.

En lo que concierne al aspecto fiscal, la prima del seguro individual de gastos médicos mayores no es deducible, en tanto que los gastos médicos directos sí son deducibles para efectos de pago del impuesto sobre la renta, de las personas físicas. Cabe recordar que para evaluar la procedencia y efectuar el pago de una reclamación, la compañía de seguros requiere al asegurado la entrega de las facturas originales que amparan los gastos efectuados por concepto de servicios médicos y hospitalarios; por consiguiente el asegurado no retiene en su poder los comprobantes fiscales que debiera anexar a su declaración del impuesto, por el monto de la reclamación que le corresponde absorber.

b) Colectivo, se caracteriza porque el asegurado principal toma parte en la decisión de ser asegurado y, a su vez, contribuye al pago de la prima, ya sea parcial o totalmente.

Este tipo de seguro puede ser una buena alternativa para una persona que por diversas circunstancias no pudo cubrir el costo de la prima de un seguro individual.

Las edades de contratación o inclusión en el seguro son de 30 días a partir del nacimiento, a 60 años de edad; pudiendo ser renovada hasta los 64 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la cual el asegurado cumple la edad 65 años.

En una misma póliza se incluye un conjunto de certificados y, a su vez cada uno de éstos ampara tanto la cobertura del asegurado principal como las de sus dependientes económicos, es conveniente señalar que las edades límites de admisión y renovación aplican respecto a cada asegurado.

En cuanto a la parte fiscal, la prima del seguro colectivo, la aportación de la empresa contratante es un egreso deducible, pero la contribución al pago del seguro que realiza cada uno de los asegurados principales es no deducible para ellos.

c) **Grupo**, es aquel que contrata un patrón con una institución de seguros para que sus empleados cuenten con el beneficio de la cobertura de gastos médicos mayores. De esta forma, el asegurado principal no decide si desea tomar el seguro y, en general, no contribuye al pago de la prima, salvo en algunos casos, para sus dependientes económicos. El seguro de gastos médicos mayores de grupo normalmente cubre al esposa(o) del asegurado(a) y a sus hijos. Los miembros de un grupo no necesitan probar que son asegurable, pero se requiere de evidencia de que lo son.

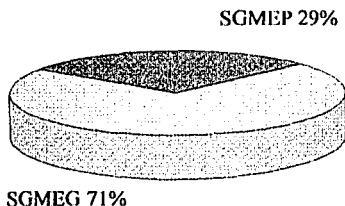
Las edades de contratación o inclusión y de renovación, corresponden usualmente a las mismas edades que en el caso del seguro Colectivo.

Existen dos clases de contratos de seguro de grupo de gastos médicos mayores: pólizas con experiencia propia y pólizas en experiencia global, las cuales se definen en función del número de asegurados titulares y dependientes económicos que protegen, así como de la existencia o no de períodos de cobertura de seguro en años anteriores. El primer tipo de pólizas se suscribe para grupos con un mínimo de 150 asegurados titulares y 500 asegurados totales, si cuentan con experiencia de siniestralidad del ejercicio anterior. El segundo tipo de pólizas se suscribe para grupos con menos de 150 asegurados titulares o menos de 500 asegurados totales, o bien para aquellos que por número pudieran ser considerados para experiencia propia, pero que no han tenido cobertura de seguro durante el ejercicio inmediato anterior.

El seguro de experiencia propia (SGMEP) es aquel cuyo precio se determina conforme a su experiencia de siniestralidad, debido al tamaño de la mutualidad cubierta en el contrato, se realiza tomando en cuenta el monto de los siniestros pagados durante la vigencia anterior, con independencia de la edad y sexo de cada asegurado. La cotización de los seguros de gastos médicos experiencia global (SGMEG) se realiza con base en tarifas determinadas por rangos de edad y sexo, registradas por las aseguradoras en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

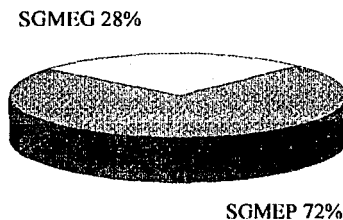
POLIZAS

Del total de pólizas de seguro de grupo de gastos médicos mayores, aproximadamente 29% son de Seguro de Grupo Experiencia Propia y 71% de Seguro de Grupo Experiencia Global.



Sin embargo, del total de primas emitidas, el 72% corresponden a SGMEP y sólo el 28% a SGMEG.

PRIMAS EMITIDAS



El contratante de las pólizas de grupo y colectivo es, por lo regular, el patrón de una empresa y los asegurados principales son sus trabajadores o empleados, cada uno de los cuales, una vez perfeccionado el contrato, recibe un certificado individual, en el cual quedan inscritos.

Puesto que los costos de administración y de adquisición del seguro de gastos médicos mayores de grupo son menores que los del seguro individual, el seguro de grupo es más barato inclusive en planes con coberturas comparables.

En lo que se refiere al pago del impuesto sobre la renta, la prima del seguro de gastos médicos mayores constituye un egreso para la empresa que lo contrata, por lo que goza del beneficio de deducibilidad.

3. SELECCION Y CLASIFICACION DEL RIESGO POR ENFERMEDAD O LESION

Muchos de los principios básicos de selección utilizados en seguro de vida se utilizan también para el seguro de gastos médicos mayores, sin embargo existen múltiples tipos de beneficios que hacen diferente la evaluación de riesgos en gastos médicos mayores. Dentro se encuentran: (a) edad, (b) sexo, (c) ocupación, (d) historia personal, (e) condición física, (f) historia familiar, (g) otros factores y (h) riesgo moral, credibilidad o mala fe.

a) EDAD

La edad afecta las tarifas por lesión o enfermedad dependiendo del tipo de beneficio que se encuentre involucrado, aunque tanto la intensidad como la frecuencia incrementan conforme avanza la edad en todos los tipos de planes. En las coberturas de los seguros de gastos médicos mayores, el incremento no es muy cuantioso y generalmente se maneja una prima nivelada, lo que garantiza la renovación de las pólizas.

El seguro de gastos médicos mayores en años anteriores no estaba disponible para personas mayores a los sesenta y cinco años, sin embargo en la actualidad los seguros cubren edades mayores. Existe un gran problema con la selección a edades avanzadas, pero la protección de los seguros de gastos médicos mayores se provee generalmente a personas retiradas si se encuentran dentro de un seguro de grupo.

b) SEXO

El sexo en el caso de seguros de personas es de gran significado. Las mujeres muestran definitivamente mayor tendencia a enfermarse o lesionarse según las estadísticas y los diversos estudios. Esto es cierto inclusive en los planes que no cubren el embarazo, el parto, el aborto y problemas similares. Las compañías no están convencidas en cubrir estos conceptos a mujeres que

trabajan para ellos, porque su estancia como empleadas frecuentemente es temporal y discontinua. Cuando estos conceptos son cubiertos, este beneficio proporciona un ingreso bajo y por un menor tiempo del que se le otorgaría a un hombre por cualquier percance. Para todos los tipos de seguros, las mujeres usualmente se cotizan a una tarifa mayor que un hombre, aunque el riesgo de embarazo esté excluido. Cuando esta cobertura se incluye, las tarifas para edades fértiles son mayores.

c) OCUPACION

Algunas ocupaciones como pilotos de prueba, reparador de campanarios, fumigador y ocupaciones similares, son por lo normal completamente no asegurables en el caso de seguro individual. Pocas compañías de seguros tienen departamentos de riesgos especiales y cubren estas ocupaciones pero con tarifas verdaderamente altas.

Las ocupaciones asegurables se clasifican en grupos amplios de los mismos costos de reclamaciones con escalas apropiadas de tarifas que se aplican a cada clase.

d) HISTORIA PERSONAL

La importancia de la historia de enfermedades pasadas será diferente dependiendo de la intensidad o severidad con que se presentó el dolor, el grado de deterioro, la duración y el tiempo que ha transcurrido desde la recuperación. Esto es importante tanto en accidente como en coberturas por enfermedades. Por ejemplo, la historia de la epilepsia o el vértigo aumentará la probabilidad de tener un accidente. La diabetes, la hemofilia, el sobrepeso o las afecciones cardíacas también incrementan la duración de la incapacidad por enfermedad o lesión.

Una condición crónica como el asma será observada más seriamente que una historia de neumonía o apendicitis. Naturalmente, las condiciones que son tanto serias como crónicas, como las enfermedades del corazón, la hipertensión, la tuberculosis y el cáncer serán estudiadas y analizadas con detenimiento y frecuentemente todas se rechazarán.

e) CONDICION FISICA

La condición física con que se cuenta y el registro de la salud en años anteriores debe ser evaluada para determinar la probabilidad de futuras enfermedades. Naturalmente, una persona que se encuentre incapacitada o bajo tratamiento médico por una dolencia grave en el tiempo de solicitar el seguro, es una persona no elegible para el seguro contra cualquier pérdida que resulte de la enfermedad existente en ese período. En el caso de padecimientos menores, la póliza se puede expedir tomando en cuenta una condición especial donde se exponga el mal preexistente y el período de duración. Si la dolencia es seria, la solicitud será rechazada, y quizás se tomará en cuenta en alguna fecha posterior.

La altura en exceso también se considera como un importante incremento en el riesgo. En contraste al seguro de vida, una persona flaca o delgada se considera como un condición seria para los propósitos del seguro de gastos médicos mayores, ya que se asocia con la tuberculosis y otras enfermedades que llevan no a la muerte sino a frecuentes enfermedades.

f) HISTORIA FAMILIAR

Las solicitudes normalmente requiere información sobre la edad y la salud de los padres, hermanos y hermanas que viven, así como de la edad de la muerte y la causa de los parientes que

ya murieron. Esta información combinada con otros factores, contribuyen en gran parte a la toma de alguna decisión.

g) OTROS FACTORES

Otros factores que afectan los riesgos físicos en algún grado, incluyen el domicilio, los hábitos y la raza.

Hábitos como la drogadicción y el excesivo consumo de bebidas alcohólicas son de alto significado. Estos afectan tanto las condiciones físicas como morales y normalmente son rechazados. Un trato especial se da a personas que practican deportes riesgosos. Actividades relacionadas con la aviación no se consideran seriamente, además los contratos excluyen el riesgo de aviación, excepto en el caso de líneas áreas con horarios establecidos.

h) RIESGO MORAL, CREDIBILIDAD O MALA FE

El carácter de los asegurados es uno de los factores más importantes en la determinación del rango de reclamaciones. Los aseguradores deben considerar condiciones como enfermedades mentales, males fingidos, propensión a accidentes e hipocondría, así como daños deliberados.

En casos, donde la ocupación se caracteriza por ganancias inestables, trabajo realizado irregularmente en casa y trabajos temporales, o alguna conexión con actividades ilegales o dudosas, harán que los seleccionadores vacilen en aceptar el riesgo. Si se diera el evento de que la historia personal del solicitante muestre evidencia de fraude, engaño, o deudas, indica un riesgo alto. Actividades como relaciones extramaritales, prácticas o éticas en los negocios deshonestas o cuestionables, asociaciones cuestionables, actividades criminales, y hábitos personales pobres

presentan todas señales de peligro. Dentro de los hábitos personales pobres se encuentran apostar o jugar, beber en exceso, adicción a la droga, y actitudes similares. Cualquier evidencia de engaño o mentira en la solicitud se considerará de gran importancia.

3.1 FUENTES DE INFORMACION RELACIONADAS CON EL RIESGO DE LA SALUD

Las fuentes de información que una compañía puede utilizar para obtener información que se relacione con factores que afecten el riesgo de la salud, incluyen: (1) la solicitud, (2) el agente de seguros, (3) el médico examinador, (4) médicos que asisten, (5) el reporte de inspección e (6) información entre compañías.

a) LA SOLICITUD

La solicitud de gastos médicos mayores consiste de una declaración del asegurado sobre cierta información de él y una descripción del tipo de póliza que desea. En su forma más completa, la solicitud incluye el nombre del solicitante, su dirección, fecha de nacimiento, altura, peso, ocupación, negocio y jefe. Regularmente, la solicitud también contiene información sobre el sueldo actual y los seguros de salud que pudiera tener con otras compañías de seguros o con aquella donde se realiza la solicitud. El solicitante debe indicar si en alguna ocasión cualquier aseguradora ha rechazado o modificado una solicitud, cancelado o rehusado renovar una póliza o se ha negado a pagar una reclamación.

La segunda parte de la solicitud tiene que ver con la historia personal de la salud del solicitante y a veces con la de su familia. Cuando hay un examen médico, estas preguntas las contesta el médico examinador. El solicitante debe firmar la solicitud para que quede claro que la

declaración y las respuestas que se han dado están completas y son verdaderas, y para que conozca y comprenda que la información que dio, es material para la contratación del seguro.

La información vinculada a la salud es similar a la que se cuestiona en la solicitudes de seguro de vida. Las preguntas se relacionan con una serie de enfermedades y procedimientos médicos y quirúrgicos específicos. Si existen preguntas sobre la historia de la salud de la familia, la información requerida es también similar a la que se da en las solicitudes de seguro de vida.

b) OTRAS FUENTES

La mayoría de las solicitudes contienen una parte en blanco para que los agentes de seguros incluyan algunas preguntas. En algunas solicitudes es muy posible que se pregunten los nombres y las direcciones de dos o tres amigos como información extra.

El médico examinador, es la mejor fuente de información sobre la salud actual del solicitante pero es también bastante caro, por lo que sólo se utiliza para solicitudes que duran un largo período de tiempo. El examen incluye lecturas sobre el pulso y la presión sanguínea, medidas de pecho y abdomen, altura y peso, la condición del corazón, pulmones, sistema nervioso, y frecuentemente, sistema urinario. En el caso de que la póliza tenga una suma a pagar muy alta, se requieren exámenes más detallados que contienen rayos X y electrocardiogramas.

El reporte de los médicos que asisten es utilizado solamente cuando la solicitud de alguna persona y/o el reporte del médico examinador revelan condiciones diferentes (pasadas o presentes), por lo que información adicional es requerida.

La información entre compañías es empleada en todos los casos en los cuales la solicitud o el reporte de inspección revelan que el solicitante del seguro ha sido rechazado o clasificado, pero también cuando su póliza ha sido cancelada, no renovada o no aceptada.

3.2 PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN CASO DE RIESGOS ANORMALES

Una compañía de seguros puede en el caso de una póliza de gastos médicos mayores después de analizar la información obtenida, rechazar un solicitud, aceptarla bajo la tarifa normal en una póliza restringida o aceptarla si se paga una cantidad extra dentro de una póliza regular.

Las técnicas utilizadas para tratar riesgos anormales, incluyen: (a) exclusiones, (b) una extra-prima, y (c) restricciones en el tipo de póliza que se solicita.

a) EXCLUSIONES

Una exclusión es no cubrir alguna pérdida causada por una enfermedad en particular o una imposibilidad física o que le suceda a una parte específica del cuerpo. En este caso, no se hace reducción en la prima. Las condiciones que comúnmente requieren exclusiones incluyen alergias, asma, lesiones de la espalda, fiebre alta, hernia, migraña, y tuberculosis.

b) EXTRA-PRIMA

El utilizar una extra-prima no ha sido muy práctico en la operación de Accidentes y Enfermedades, excepto en el caso de riesgo ocupacional. Las condiciones bajo las que una extra-prima han sido usadas incluyen sobrepeso, pérdida de algún miembro, ceguera y sordera.

Una de las principales razones por la que se dificulta utilizar las extra-primas es el hecho de que la obtención del tratamiento y su duración quedan substancialmente bajo el control del asegurado. La segunda razón es que los diversos tipos de coberturas y los múltiples beneficios han complicado el desarrollo de una experiencia confiable en la cual basar estas clasificaciones. Finalmente, el beneficio en el caso de seguro de vida es una cantidad establecida y siempre representa una "pérdida total" mientras que el seguro de gastos médicos mayores existen pérdidas parciales y la cantidad del beneficio varía.

c) **MODIFICACIONES EN EL TIPO DE COBERTURA**

El tercer método de tratar riesgos de accidentes y enfermedades anormales es el de modificar el tipo de póliza, ofreciendo una forma diferente y más limitada de coberturas. Este método es útil en el caso donde existe una historia de enfermedades crónicas menores .

4. PRINCIPIOS Y CONCEPTOS

Con el propósito de entender la póliza con mayor claridad, a continuación se enumeran algunas definiciones de conceptos importantes dentro del contrato.

4.1 DEFINICIONES RELEVANTES EN LA POLIZA INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

- 1.- **CONTRATANTE.** Es la persona que aparece como titular de la póliza y se compromete a realizar el pago de las primas.
- 2.- **ACCIDENTE CUBIERTO.** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en el Asegurado, siempre y cuando se originen dentro del periodo de vigencia de la póliza. No se considera accidente cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.
- 3.- **ENFERMEDAD CUBIERTA.** Es toda aquella alteración en la salud del Asegurado a causas anormales, internas o externas, por los cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se originen dentro del periodo de vigencia de la póliza.
- 4.- **EMERGENCIA MEDICA.** Se considera Emergencia Médica, cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, por lo cual, requiere atención médica inmediatamente e ingresa por el área de urgencias de un hospital dentro de las primeras 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.
- 5.- **PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.** Son aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para 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 original de la póliza para cada Asegurado.

- 6.- **HOSPITALIZACION.** Es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada o comprobable para el padecimiento; a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.
- 7.- **HONORARIOS MEDICOS.** Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico por los servicios que presta a los Asegurados.
- 8.- **PARTICIPACION DEL ASEGURADO.**
 - a) **Deducible.** Cantidad inicial de la reclamación a cargo del Asegurado indicada en la carátula de la póliza.
 - b) **Coaseguro.** Porcentaje de la reclamación indicada en la carátula de la póliza, una vez descontado el deducible, que quedará a cargo del asegurado.
- 9.- **SALARIO MINIMO GENERAL MENSUAL (SMGM).** Cantidad sobre la que se especificará cada uno de los límites máximos reembolsables por la Compañía, de acuerdo a las condiciones de cada cobertura. Dicho salario será el que se encuentre vigente en la ciudad de México al momento en que el efectúe el 1er. gasto correspondiente a cada padecimiento.
- 10.- **SUMA ASEGURADA.** Es la cantidad base que tiene el asegurado por concepto de padecimientos y/o accidentes cubiertos por la póliza, menos el deducible y coaseguro aplicado a cada reclamación.

Dicho monto se determinará en base al SMGM vigente en el D.F. al momento en que es efectuado el primer gasto correspondiente a cada enfermedad o accidente.

- 11.- **TABLA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS.** 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 honorarios médicos en cada enfermedad o accidente cubierto.
- 12.- **PERIODO 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 o cada una de las fracciones pactadas en el contrato (en el caso del seguro Colectivo).
- 13.- **PERIODO AL DESCUBIERTO.** Es el lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia al día siguiente de finalizado el período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

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

- 14.- **PERIODO DE ESPERA.** Es el tiempo que debe transcurrir para que se pueda cubrir un padecimiento.
- 15.- **ENDOSO.** Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste.

- 16.- **REPORTE EN EL 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.
- 17.- **REEMBOLSO.** Este sistema consiste en que los gastos realizados a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la póliza, deberán 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.

4.2 DEFINICIONES RELEVANTES EN LA POLIZA DE GRUPO Y COLECTIVA

Las pólizas colectiva y de grupo contienen las mismas definiciones que la póliza individual y/o familiar, únicamente difieren del contrato individual por dos conceptos, que a continuación se enumeran:

- 1.- **CONTRATANTE.** Es aquella persona física o moral responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del seguro.
- 2.- **ASEGURADO PRINCIPAL.** Es aquella persona que aparece como titular de la póliza. En el caso del seguro colectivo también participa con parte de la prima.

Cabe aclarar que es importante para el asegurado tener muy claros los conceptos arriba definidos, puesto que una mala interpretación o mal entendimiento pueden evitar el pago de los beneficios.

5. BASES DE FUNCIONAMIENTO Y OPERACION DE LA POLIZA DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Desde el punto de vista de una comunidad, el seguro de Accidentes y Enfermedades puede ser definido como un instrumento social para la acumulación de bienes en el caso de que se produzcan pérdidas imprevistas, las cuales se llevan a cabo mediante la transferencia de riesgos de muchos individuos a una persona o a un grupo de personas. Desde el punto de vista del individuo, el seguro de Accidentes y Enfermedades puede ser definido como un contrato consistente, donde se suscriben a una consideración estipulada, llamada PRIMA, y una parte (el asegurador) está de acuerdo en pagar a otra (el asegurado), o sus beneficiarios, una suma ya convenida por el acontecimiento de un evento especificado, en este caso enfermedad o accidente.

El seguro de gastos médicos mayores se contrata sobre la base de un plan temporal a un año. Se dice que es un plan renovable, en el sentido de que una vez iniciada la vigencia de la póliza, la aseguradora no tiene el derecho de negar al contratante su renovación, siempre que la edad del asegurado se encuentre dentro de los límites establecidos para tal efecto en las condiciones generales del contrato.

5.1 POLIZAS

Uno de los factores más importantes que afectan el rango de reclamaciones es sin duda el tipo de póliza y la cantidad de beneficios que ésta otorga. Generalmente, en las pólizas de gastos médicos mayores, la cantidad de beneficios para cada tipo de gasto es conservador y se especifica en el contrato. Los contratos comúnmente incluyen deducibles y un porcentaje de participación (coaseguro) por parte del asegurado. El deducible sirve principalmente para evitar la duplicidad en

pólizas básicas, pero el porcentaje de participación (coaseguro) causa al asegurado una participación directa si sucede una pérdida que sobrepase el deducible.

5.1.1 CARACTERISTICAS GENERALES

En una póliza se entiende que el asegurado principal es aquel individuo que provee de recursos a la familia y es la persona en función de cuya actividad económica tiene lugar la cobertura del seguro, ya sea que de manera directa haya efectuado el pago de la prima, o bien que, como parte de sus prestaciones laborales, tanto él como los que dependen económicamente de sus ingresos, cuenten con la protección de que se trata.

En consecuencia, se definen como dependientes económicos, para efectos del seguro de Gastos Médicos Mayores, las personas que gozan de esta cobertura, en función de la gestión realizada por una persona distinta a ellos, de la cual dependen para su manutención. 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 consideran como dependientes económicos a sus padres, siempre que las edades de éstos se encuentren dentro de los límites de aceptación para ser asegurados, que se señalaron. Naturalmente, las necesidades de una familia cambian dependiendo de que aumente la familia en el caso de que nazca un nuevo miembro, cambios en las fuentes de ingresos, por lo que es esencial revisar periódicamente el programa para considerar estos cambios.

En cuanto a los contratos, el seguro de gastos médicos mayores es más complejo que el seguro de vida por citar un ejemplo, puesto que más de un incidente puede presentarse, y la causa de las pérdidas suele ser subjetivo. Como resultado, los contratos de Accidentes y Enfermedades requieren de un mayor número de términos técnicos y proveen un mayor rango de opciones en cuanto a coberturas.

El diseño de los contratos y el lenguaje difiere de aseguradora en aseguradora y, frecuentemente, de póliza a póliza dentro de la misma compañía. La presión de la competencia fuerza a las compañías aseguradoras a encontrar una cláusula única o una definición más precisa que haga distinta sus pólizas en el mercado.

5.1.1.1 APERTURA DE CONTRATOS

Con respecto a la apertura de los contratos, podemos distinguir dos clases de productos: los planes limitados y los planes amplios. En los primeros, se determina una cantidad máxima indemnizable para cada uno de los conceptos de cobertura. Sin embargo, su característica fundamental es que aplica un catálogo para determinar el monto procedente por honorarios quirúrgicos, de acuerdo a la naturaleza de cada intervención.

Se conoce por planes amplios, a aquéllos en los que la indemnización procede hasta el gasto erogado para cada concepto de cobertura, pero sin rebasar en su conjunto la suma asegurada. En estos productos no se manejan el catálogo de intervenciones quirúrgicas. El concepto de planes amplios fue desarrollado originalmente para pólizas de grupo y colectivo, sobre la hipótesis de que en estos tipos de seguro podemos esperar una menor antiselección de riesgos asegurados que en el seguro individual y/o familiar.

5.1.1.2 RENOVACION DEL CONTRATO

La renovación del contrato depende de la historia del asegurado en cuestión de salud, así como cambio en la ocupación, los ingresos, domicilio y hábitos, y todo aquello que lo pudo hacer un riesgo no deseable.

La no renovación del contrato resultará de aspectos como la práctica de algún deporte o pasatiempo peligroso, o el entrar a un trabajo no asegurable. En algunos casos, las pólizas se terminan porque el beneficio máximo ya ha sido pagado por una severa enfermedad o una lesión permanente.

Las razones anticipadas para cancelar o no renovar un contrato, incluyen tergiversación de la información en la solicitud; fraude, colusión o enfermedad fingida; mala fe; locura; sobreasegurarse; cambio de ocupación o de país de residencia; cancelación en alguna clase de pólizas; pasar las edades límites; agotamiento de los beneficios; término del período de la póliza; primas inadecuadas, y similares.

En la mayoría de las ocasiones, las cancelaciones pueden evitarse mediante sondeos iniciales de aseguramiento, períodos de espera más largos y primas adecuadas. Como una alternativa para evitar el término del contrato, muchas compañías ofrecen la renovación de la póliza si se hacen algunas exclusiones o modificaciones. Las tarifas pueden ser incrementadas (como en el caso de cambio de ocupación), las cantidades reducidas para las personas de ganancias bajas, disminuir el tiempo máximo, o la duración del tiempo de espera.

5.1.1.3 PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN EL MONTO DEL SINIESTRO

La responsabilidad máxima de la aseguradora en cada reclamación es igual a la siniestralidad natural disminuida por los límites del contrato, así como por el deducible y el coaseguro. En cada siniestro existen gastos que quedan a cargo del asegurado, ya sea por la naturaleza del padecimiento o como una condición establecida a partir del diseño del producto.

El deducible es una cantidad inicial de la reclamación, que absorbe el asegurado, fija para cada contrato, por el cual se impide que se presente a la aseguradora un gran número de gastos médicos menores, de poca importancia para la economía familiar.

El coaseguro es un porcentaje del monto de cada siniestro, una vez aplicado el deducible, que queda a cargo del asegurado y que tiene por objeto hacer a éste participe, tanto del cuidado preventivo de su propia salud, como del importe de los gastos hospitalarios, honorarios médicos y demás en los que deba incurrir a consecuencia de una enfermedad.

Como práctica generalizada, se ha establecido la regla de no aplicar el deducible ni el coaseguro en el caso de reclamaciones por accidente. Al principio esta concesión se hacía solamente en los seguros de grupo y colectivo, pero posteriormente se ha ido incorporando a los seguros individuales.

El diseño de tarifas de cada producto, toma como puntos de partida un deducible y un coaseguro básicos; sin embargo, el asegurado puede elegir entre distintos niveles de deducible y coaseguro, al momento de contratar el seguro.

La participación del asegurado en el monto del siniestro produce variaciones en sentido inverso al importe de la tarifa; esto significa que si el asegurado opta por un deducible superior al básico, obtendrá un descuento en la tarifa, mientras que si desea que se le aplique un deducible menor al ordinario, deberá pagar una tarifa incrementada. El mismo comportamiento se observa en la relación del coaseguro y la tarifa.

5.1.2. TIPOS DE POLIZAS O PLANES

El más completo tipo de cobertura contra pérdidas financieras se ofrece a través de las diferentes aseguradoras privadas.

Los planes pueden estar limitados en algunos beneficios para ciertos servicios médicos o puede proveer beneficios para todos los gastos médicos que se relacionen con lesiones severas o enfermedades de larga duración. Los beneficios usualmente se pagan como reembolso de los gastos en los que incurra el asegurado; algunos beneficios, sin embargo, se pagan como cantidades ya fijadas sin tomar en cuenta el costo actual de los servicios. En gastos médicos mayores, las pólizas excluyen gastos como servicios dentales, servicios en hospitales del gobierno y diagnósticos. Algunas pólizas pueden proporcionar beneficios que llegan más allá de los límites de la cobertura.

5.1.2.1 HOSPITALIZACION

La póliza de hospitalización opera únicamente cuando se entra al escenario llamado hospital, e incluye beneficios específicos como: (1) cuarto de hospital, (2) gastos por miscelánea del hospital, (3) gastos de laboratorio y rayos X, (4) gastos por maternidad, (5) gastos quirúrgicos, y (6) cargos por servicios de médicos, aparte de la cirugía, dentro del hospital como visitas médicas.

Este tipo de póliza, actualmente no se vende en el mercado mexicano, puesto que muchas enfermedades suceden fuera del hospital, y además muchas personas tienen miedo a estar en un hospital.

5.1.2.2 GASTOS MEDICOS MAYORES

Los planes de gastos médicos mayores proporcionan protección contra gastos que se producen por cuidados médicos que pueden ser largos, no predecibles y por tanto fuera del presupuesto. Al principio, la mayoría de estos planes cubrían una gran variedad de servicios médicos con muy pocas limitaciones y un alto beneficio.

En algunos planes, cierto tipo de gastos como gastos de hospital no son sujetos de deducible, y el coaseguro no se aplica para los primeros gastos. Los honorarios de los cirujanos se tratan de manera similar. También es posible dejar o modificar el deducible o el coaseguro en otros servicios como visitas médicas y pruebas de diagnóstico.

En la actualidad, conforme a la causa que les da origen, las aseguradoras ofrecen las siguientes coberturas generales:

GASTOS DIARIOS EN HOSPITAL. Son los relativos costos de cuarto y alimentos y son cubiertos de acuerdo a un límite que se fija previamente en el contrato de seguro.

GASTOS POR INTERVENCION QUIRURGICA. Corresponden a los costos establecidos por el médico-cirujano para remunerar su actividad profesional, así como la de sus ayudantes y los gastos de anestesista, que van en función de los honorarios por la intervención quirúrgica.

En esta cobertura, dependiendo del tipo de seguro, pueden existir límites máximos de pago por parte de la compañía de seguros, mismos que se encuentran dentro de los estándares de los costos médicos de acuerdo a un catálogo de intervenciones quirúrgicas, o bien en ocasiones se puede otorgar sin límites específicos por tipo de cirugía.

GASTO POR CONSULTA MEDICAS. Gastos cubiertos al médico tratante, ya sea fuera o dentro del hospital con excepción de las consultas postoperatorias.

GASTOS ACCESORIOS DE HOSPITALIZACION. Entre estos se encuentran los gastos de transfusiones, sueros, medicinas, honorarios de enfermera, transporte terrestre de ambulancia, etc.

GASTOS POR ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO. Entre estos gastos se encuentran los de laboratorio, electrocardiograma, electroencefalograma, rayos X, etc.

GASTOS POR TRATAMIENTO DENTAL. Sólo se cubren en algunas pólizas, restringido a aquellos que resulten a consecuencia de un accidente.

5.1.2.3 COBERTURAS ESPECIALES

Este tipo de planes creados para ofrecer a los posibles asegurados incluyen: (1) indemnización por estancia en el hospital, (2) gastos médicos temporales, y (3) pólizas por graves enfermedades. Además, en vista de que la población de personas en edad avanzada incrementa día con día, y los servicios médicos a los que están sujetos no suministran una buena atención, actualmente están apareciendo nuevos productos en el mercado.

INDEMNIZACION POR ESTANCIA EN EL HOSPITAL. Este beneficio establece una cantidad de dinero fija para cada día que se permanezca en el hospital.

GASTOS MEDICOS TEMPORALES. Cubren por un período de tiempo limitado los gastos médicos de una persona que tiene un trabajo temporal, y por lo tanto no tiene derecho a servicios médicos que otorgan las empresas.

GRAVES ENFERMEDADES. Llamadas también últimas enfermedades, se refiere a una variedad de beneficios para el tratamiento de enfermedades especificadas en la póliza, como son el cáncer, infarto al corazón, embolias (enfermedades cerebrovasculares), arterias coronarias y enfermedades del riñón (nefritis). Los beneficios generalmente se pagan en partes de acuerdo a la forma en que se presentan diferentes eventos como la estancia en el hospital o procedimientos médicos especiales como la quimioterapia. Puesto que el seguro es limitado a algunos gastos médicos para una seria enfermedad, esta cobertura debe ser usada únicamente como un complemento de otro tipo de póliza de Accidentes y Enfermedades.

SEGURO VITALICIO. Actualmente dentro del mercado asegurador, existe un tipo de póliza que dentro de sus condiciones generales, otorga al asegurado la posibilidad de renovar su contrato por Gastos Médicos Mayores, mientras éste viva y se pague la prima vigente (que es bastante costosa) al momento de Renovación, es decir no estipula una edad máxima. Un ejemplo es la póliza Línea Azul Internacional (LAI) de Grupo Nacional Provincial. También Seguros Tepeyac cuenta con una póliza similar.

SEGUROS PARA PERSONAS EN EDAD AVANZADA. Este tipo de seguros actualmente no opera en ninguna compañía en México, sin embargo es posible que en el futuro se encuentre en el mercado, como una prestación para las personas de edad avanzada. Este seguro se creó en Estados Unidos de Norteamérica mediante la aplicación de una ley, que se puso en efecto en 1992, y establece que las personas que vayan a cumplir 65 años no les puede ser negado el derecho de comprar una póliza de gastos médicos mayores aún con padecimientos preexistentes, siempre que lo soliciten durante los primeros 6 meses después de alcanzar los 65 años de edad. La única exclusión es que no se pagará beneficio alguno durante los primeros 6 meses de cobertura, si alguna enfermedad se diagnostica o se trata en los seis meses anteriores a la solicitud. Esta ley también establece que el límite de pólizas es de 10 por cada compañía de seguros.

5.1.3 COBERTURA BASICA EN LA POLIZA DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Considerando la cobertura de gastos médicos mayores, las consideraciones primordiales que deben establecerse son: (1) los tipos de beneficios para el cual la cobertura se eligió, (2) limitaciones aceptables (incluyendo exclusiones) en los diversos tipos de beneficios; y un deducible apropiado y/o el porcentaje de participación (coaseguro) de acuerdo al ingreso familiar.

5.1.3.1 POLIZA INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

5.1.3.1.1 GASTOS CUBIERTOS

Un principio de carácter general que se maneja en los textos de los contratos de Gastos Médicos Mayores, es el pago de toda reclamación debe efectuarse sobre la base del costo razonable que se requiere para cada tratamiento en cuestión.

Los principales conceptos de cobertura que, salvo ligeras variaciones de una compañía a otra, se especifican en los contratos de gastos médicos mayores son los siguientes:

- Gastos de hospital o sanatorio representados por el costo de habitación en cuarto privado estándar y alimentos.
- Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital o sanatorio.
- Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital o sanatorio, éstos últimos siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se anexa la nota de la farmacia con la receta.

- Honorarios médicos, cirujanos y ayudantes por intervención quirúrgica, los cuales quedarán sujetos a los montos que aparecen anotados en la tabla de Intervenciones Quirúrgicas vigente con médicos y hospitales del plan contratado. El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por la Aseguradora.
 - Honorarios por consultas médicas, de acuerdo al tabulador, a menos que se trate de la postoperatorias, las cuales quedarán comprendidas en el punto anterior.
 - Honorarios de ayudantes hasta por el 20% del total pagado por concepto de honorarios del cirujano.
 - Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante.
- Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante.
- Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
- Equipo de anestesia.
- Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- Gastos originados por la estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- Gastos originados por consumo de oxígeno.
- Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiograma, electroencefalograma, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.

- Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.
- Ambulancia de traslado terrestre.

a) ENFERMEDADES O TRATAMIENTOS CUBIERTOS

- Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia.
- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se haya notificado a la Aseguradora sobre el nacimiento, a más tardar a los 30 días de ocurrido el hecho. Quedarán cubiertos los gastos que se erogan a partir del nacimiento del nuevo Asegurado.
- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio:
 - Embarazo extrauterino.
 - Toxicosis Gravídica.
 - Mola Hidatiforme (embarazo molar).
 - Fiebre Puerperal.

Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada, no se encuentra cubierta.

- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre que se mantenga la continuidad de la misma.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.**
- **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.**

b) ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

- **Enfermedades de Asegurados inscritos en las pólizas, después de los primeros 30 días de la inclusión; lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.**
- **Gastos originados por la operación cesárea entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización.**

Dicha intervención se cubrirá únicamente después de transcurrir diez meses de la inclusión de cada asegurada. Para que los gastos queden cubiertos, la primer cesárea en la vida de la asegurada deberá ocurrir dentro de la vigencia de la póliza y las subsecuentes quedarán cubiertas siempre que no haya interrumpido dicha vigencia.

- **Circuncisión, a partir del tercer año de vigencia continua de la póliza para cada asegurado.**

- Tratamientos médicos o quirúrgicos, a partir del tercer año de vigencia continua de la póliza para cada asegurado, de: nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticas, ginecológicos, varices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.
- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Los afectados por esta enfermedad quedarán cubiertos luego de transcurrir los cuatro primeros años de vigencia continua de la póliza, siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado antes o durante ese período.

No se cubrirá durante el mismo lapso, los estudios diagnósticos para la detección de este padecimiento.

Todos los gastos cubiertos arriba mencionados, se cubrirán siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y el asegurado se encuentre dentro del período de cobertura al momento de ocurrir el accidente o enfermedad.

5.1.3.1.2 EXCLUSIONES

A su vez las pólizas de Gastos Médicos Mayores establecen la exclusión de algunos conceptos, ya sea por la frecuencia con la que se presentan; por la intervención de la voluntad del asegurado en la agravación del riesgo; porque se trate de tratamientos no reconocidos por la práctica médico científica; o bien, porque se refieren a padecimientos preexistentes.

Entre los padecimientos excluidos por su alta incidencia y cuya cobertura representaría un recargo a la prima incoesteable para el asegurado se pueden mencionar:

- Padecimientos dietéticos y de obesidad.
- Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up.
- Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- Compra o renta de zapatos ortopédicos.
- Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
- Parto normal o anormal, parto prematuro, desprendimiento de placenta, placenta previa, óbito y aborto, cualquiera que sea su causa y/o complicaciones.
- Esterilidad, control de la natalidad y sus complicaciones.
- Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo.

También se excluyen padecimientos derivados, directa o indirectamente, de actividades que decide realizar el asegurado y que resultan en agravación del riesgo, como son:

- Accidentes y/o padecimientos a consecuencia de alcoholismo, estado de ebriedad y/o toxicomanía.
- Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Actos delictivos intencionales o peleas callejeras y sus consecuencias en los que participe directamente el asegurado.
- Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- Práctica profesional de cualquier deporte.
- Práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos, así como padecimientos provocados por su uso.
- Box, lucha libre y greco romana bajo ninguna circunstancia quedan cubiertos.
- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencias, entrenamientos, carreras y pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
- Tratamientos originados por cualquier afección, padecimiento o complicación en la persona del asegurado, que resulte a consecuencia de agentes de origen externo tales como radiaciones atómicas y nucleares o, derivados de éstas.

De igual manera se excluyen de la cobertura, los padecimientos que el asegurado ya tenía antes de la contratación de la póliza:

- **Padecimientos Preexistentes, cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para cada asegurado. También se consideran padecimientos preexistentes aquellos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dicho padecimiento tuvo inicio en fecha anterior a la contratación de la póliza, para cada asegurado; cualquiera que sean sus causas y/o complicaciones.**
 - **Malformaciones y padecimientos congénitos de asegurados nacidos fuera de la vigencia.**
 - **Estrabismo de los asegurados fuera de la vigencia de la póliza.**
 - **Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.**

Asimismo, se encuentran fuera de la cobertura los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que:

- **No son medicamentos necesarios para la recuperación y conservación de la salud.**
 - **Servicios de acompañantes en el traslado del asegurado en calidad de paciente, o gestión administrativa en hospitales, dentro o fuera del país.**

• **Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para su comodidad personal.**

• **Tratamientos estéticos y de calvicie.**

Del mismo modo, el seguro de Gastos Médicos Mayores excluye procedimientos efectuados por médicos sin cédula profesional o en los que son inciertos los beneficios que pueden obtener el paciente asegurado, tales como:

- Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis y psicosis; en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias.
- Quiroprácticos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
- Naturaleza experimental o de investigación.

5.1.3.2 POLIZA COLECTIVA Y DE GRUPO

5.1.3.2.1 GASTOS CUBIERTOS

La póliza de Gastos Médicos Mayores colectiva y de grupo cubre los mismos gastos que la póliza individual y/o familiar, y presenta únicamente unos cambios en cuanto a las enfermedades y tratamientos cubiertos con período de espera, las coberturas se mencionan a continuación:

- Los tratamientos, médicos o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales, hernias y eventraciones, padecimientos anorrectales, ginecológicos e insuficiencia del piso perineal se cubren cualquiera que sea su causa.
- Las reclamaciones consecuentes de amigdalitis y adenoiditis se pagan sin importar su causa.

5.1.3.2.2 EXCLUSIONES

En cuanto a las exclusiones, tanto la póliza de grupo como la colectiva excluyen los mismos conceptos que la póliza individual y/o familiar.

5.1.3.3 PADECIMIENTO PREEXISTENTES

Dentro de las exclusiones del seguro de gastos médicos mayores, es de suma importancia indicar con mucha claridad al asegurado, la que se refiere a padecimientos preexistentes, que pueden identificarse por ser aquéllos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura, aquéllos por los cuales se hayan erogado gastos, o bien, aquéllos de los cuales se haya realizado un diagnóstico que señale que dicho padecimiento tuvo inicio en fecha anterior a la contratación original de la póliza.

ESQUEMA DE PREEXISTENCIA

PRIMER SINTOMA O
SIGNO

PRIMER GASTO
EROGADO, O

PRIMER DIAGNOSTICO
QUE SEÑALE EL
PADECIMIENTO

INICIO DE
COBERTURA

PRIMER AÑO
DE POLIZA

5.1.4 EXTENSION TERRITORIAL DE LA COBERTURA

En términos generales, el seguro de gastos médicos mayores cubre erogaciones efectuadas, tanto dentro de la República Mexicana como en el extranjero.

Con el propósito de desalentar en el asegurado el uso de servicios médicos en otros países, las compañías han establecido en sus productos algunas restricciones para la indemnización de gastos en el extranjero.

En la mayoría de los casos, para los gastos médicos erogados fuera del país se aplica un coaseguro especial, que puede ser igual a dos veces el que opera para erogaciones efectuadas en territorio nacional, o bien como un extra-coaseguro expresado en puntos porcentuales adicionales al porcentaje de coaseguro especificado para los gastos médicos que se realizan en el país.

5.1.4.1 TIPOS DE COBERTURAS

Con objeto de llevar un mejor control de la frecuencia y monto de siniestralidad correspondiente a los servicios de salud requeridos en el territorio nacional y en el extranjero, las instituciones de seguros con mayor desarrollo en Gastos Médicos Mayores han identificado tres segmentos en la extensión territorial de la cobertura (cada compañía de seguros presenta una denominación distinta para estas coberturas):

Cobertura Básica. Cubre padecimientos cuyos síntomas y/o signos se presentan durante la residencia permanente del asegurado en México y sobre los cuales se realicen gastos médicos, dentro del país.

Cobertura de Emergencia en el Extranjero. Tiene por objeto cubrir padecimientos cuyos síntomas y/o signos se manifiesten mientras el asegurado se encuentre viajando en el extranjero y sobre los cuales, en función de su urgencia, se realicen gastos fuera del país.

Cobertura de Atención Médica en el Extranjero. Su finalidad es cubrir el tratamiento de padecimientos que desarrolle el asegurado durante la residencia permanente en México y para los cuales decida ir a atenderse en otro país.

Dentro de la cobertura de atención médica en el extranjero, se ha considerado conveniente desde el punto de vista técnico, hacer una diferenciación de tarifas, de acuerdo a la zona geográfica de residencia del asegurado dentro del propio territorio nacional. En la mayoría de los casos se particiona el territorio nacional de la siguiente manera:

ZONA A La franja que comprende los primeros 20 a 75 km., a partir de la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica.

ZONA B Consta de los estados fronterizos del norte, incluyendo Baja California Sur.

ZONA C incluye el resto de los estados del país.

La tarifa de la cobertura de Atención Médica en el extranjero, por lo regular se establece como un factor a aplicar a la tarifa de cobertura básica y es mayor en la medida en que el lugar de residencia permanente del asegurado se encuentra ubicado en una zona más próxima a la frontera con Estados Unidos de Norteamérica.

Existe un juego de tarifas diferenciales para cada una de las ciudades más importantes del país, en el cual se refleja que no necesariamente existe una función creciente que relacione de manera lineal la proximidad geográfica del lugar de residencia del asegurado con los Estados Unidos de Norteamérica y la incidencia con que éste decide atenderse en el extranjero. El reembolso del monto procedente en ningún caso se realiza en divisas extranjeras, sino que se lleva

a cabo con su equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio a la venta, vigente en la fecha en que el asegurado haya efectuado el pago de cada uno de los gastos.

Algunas compañías también limitan el pago de reclamaciones en el extranjero, reembolsando exclusivamente los gastos efectuados durante la vigencia de la póliza; es decir, ciertas empresas excluyen el pago de reclamaciones complementarias que correspondan a gastos realizados en el extranjero, tanto en el seguro individual, como en los de grupo y colectivo.

5.1.5. FUNCIONAMIENTO Y OPERACION

El seguro de Gastos Médicos Mayores cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto en el contrato.

Para que una enfermedad se considere cubierta por el seguro de Gastos Médicos Mayores, es requisito que su primera manifestación se presente cuando menos treinta días después de la fecha de contratación original de la póliza, respecto a cada asegurado. Este período de espera no aplica en las renovaciones de coberturas.

5.1.5.1 SUMA ASEGURADA

Dentro de la diversidad de coberturas de seguro que existen, en general, podemos encontrar algunas que determinan una suma asegurada fija por evento y otras que ofrecen un monto máximo indemnizable por período de cobertura.

En la mayor parte de los planes que existen en las operaciones de Accidentes y Enfermedades y Daños, pueden presentarse varios siniestros para un mismo riesgo durante la vigencia de la cobertura; por ello, la suma asegurada se determina como una cantidad máxima indemnizable en cada año de póliza.

Al establecerse un monto máximo indemnizable para todo el periodo de vigencia del seguro, puede presentarse una situación en la cual, al ocurrir un siniestro de gran magnitud agote el total de la suma asegurada, con anterioridad a término del plazo del seguro.

Como la suma asegurada se determinó como el monto máximo indemnizable en el periodo completo de vigencia, existirá un intervalo de tiempo durante el cual el riesgo carecerá de cobertura, acotado entre la fecha del siniestro que consumió dicho monto y la fecha de renovación de la póliza. Ante esta posible limitante, una alternativa para los productos de seguro en general que establecen un monto máximo indemnizable por periodo de cobertura, consiste en ofrecer la reinstalación de la suma asegurada, para nuevos siniestros que ocurran entre la fecha de agotamiento de la suma asegurada original y la fecha de renovación de la póliza.

En el caso de Gastos Médicos Mayores, el concepto de reinstalación de suma asegurada es fundamental, dada la inmensa gama de padecimientos y accidentes a los que está sujeto un individuo. En el mercado mexicano, aproximadamente el 90% de los productos de Gastos Médicos Mayores, operan con el principio de reinstalación de la suma asegurada.

La reinstalación de la suma asegurada puede operar mediante un costo adicional que debe cubrir el contratante de la póliza, o bien sin costo, dependiendo de la nota técnica que sustente a esta cláusula.

De acuerdo a la nota técnica para los seguros de grupo y colectivo de Gastos Médicos Mayores, la frecuencia relativa condicional con la que una persona que haya agotado su suma asegurada por algún siniestro, vuelve a presentar reclamaciones durante el mismo año póliza por concepto de un nuevo padecimiento o enfermedad, es prácticamente nula, por eso, se establece la factibilidad de ofrecer la cláusula de reinstalación de la suma asegurada en forma automática y sin costo para el asegurado.

Cabe agregar que aún cuando inicialmente la reinstalación automática de la suma asegurada se calculó sin costo para los seguros de Gastos Médicos Mayores de grupo y colectivo, posteriormente este beneficio se ha extendido a los planes de seguro individual y/o familiar bajo las mismas condiciones.

5.1.5.2 MODALIDADES DE INDEMNIZACION

La póliza de Gastos Médicos Mayores establece como única modalidad de indemnización el procedimiento de reembolso, el cual consiste en que los gastos incurridos, ya sea por enfermedad o accidente, sean liquidados a los prestadores de servicios médicos por el propio asegurado y, posteriormente, la compañía de seguros le reintegre dichos importes, una vez aceptada la reclamación y aplicados los límites del contrato y participación del asegurado.

Las compañías han incorporado nuevos servicios a sus clientes en estas pólizas; el más importante de ellos en la década anterior ha sido la introducción del concepto de pago directo, que es un endoso dentro de la póliza de Gastos Médicos Mayores.

En esta última modalidad de indemnización, la compañía de seguros liquida los gastos incurridos directamente al hospital y médico tratante, siempre y cuando estos prestadores de

servicios se encuentren bajo convenio con dicha aseguradora y una vez que haya sido aceptada la reclamación y aplicados los límites del contrato.

El uso del sistema de pago directo es voluntario para el asegurado, ya que en principio éste tiene derecho de optar por acudir a cualquiera de los prestadores de servicios médicos y hospitalarios debidamente autorizados. Sin embargo, el procedimiento de pago directo presenta ventajas para el tenedor de la póliza con respecto al reembolso, ya que para poder recibir tratamiento médico no es necesario que el asegurado realice de antemano un desembolso; además, como ya se ha mencionado, cuando el asegurado se atiende a través de la red de prestadores bajo convenio de pago directo, la aseguradora por lo general le exenta del pago de deducible y/o coaseguro.

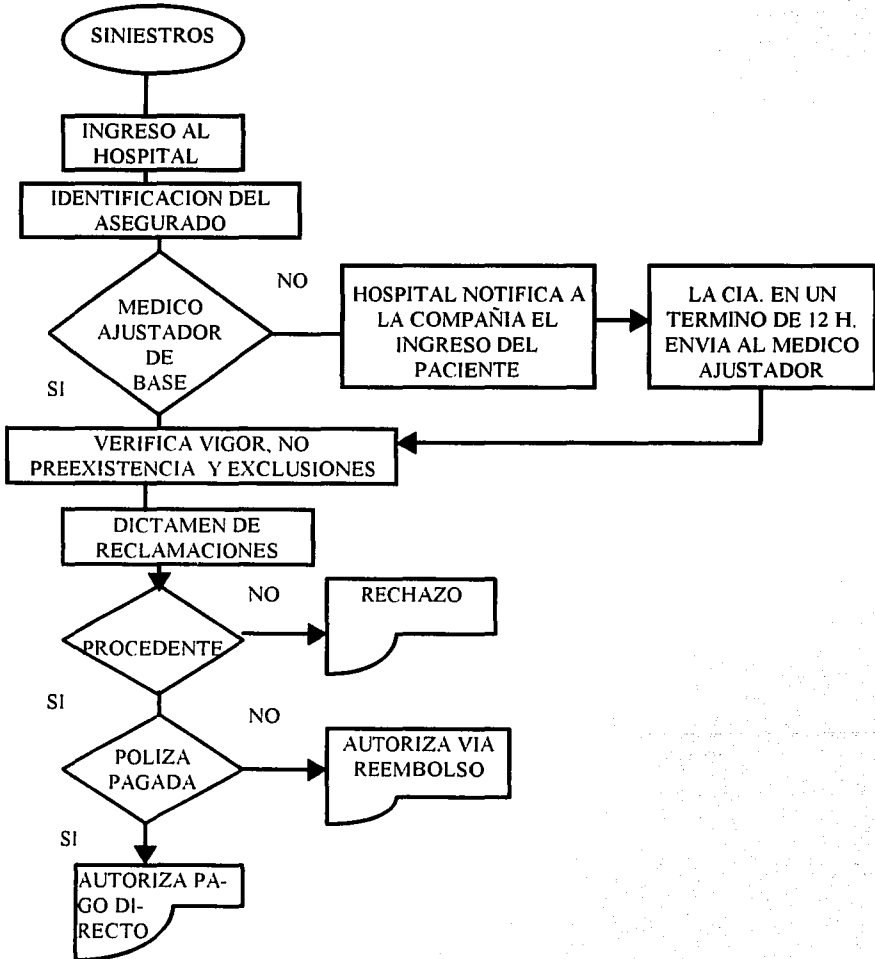
A la compañía de seguros, por su parte, le interesa que el asegurado acuda a atenderse con los médicos y hospitales bajo convenio, ya que de esta forma logra un mejor control de gastos, particularmente en lo que se refiere a honorarios médicos. Cabe mencionar que actualmente en México no existe un sistema que regule los honorarios médicos, por consulta o intervención quirúrgica, por lo que cada cirujano puede fijar libremente el monto de los mismos.

Las compañías de seguros utilizan el atractivo que brinda el pago directo para motivar al asegurado a realizar puntualmente el pago del seguro, puesto que una vez habiéndose dictaminado que la reclamación es procedente, el departamento de siniestros solamente autoriza el pago directo cuando no existen faltas de pago, en el denominado período de espera.

La figura del médico ajustador forma parte de los elementos de control de costos de siniestralidad, enfocados a la atención del siniestro. Su función básica es revisar, con base en el expediente y facturas, que todo tratamiento practicado vaya acorde con el padecimiento de que se trate.

El siguiente diagrama muestra la trayectoria que sigue un asegurado en caso de que ocurra un siniestro:

DIAGRAMA



Con objeto de contar con otra forma de control de costos por concepto de honorarios quirúrgicos, en el caso de reclamaciones vía reembolso se ha instrumentado el proceso denominado cirugía programada, que consiste en un anticipo que hace la aseguradora sobre el costo de dicha intervención quirúrgica. El beneficio para la aseguradora es que le permite conocer, previo a la realización de la intervención quirúrgica, un presupuesto sobre el costo estimado de la operación y, en un momento dado, buscar una negociación con el cirujano, respecto al importe definitivo del tratamiento.

Por ello, la mayor parte de las instituciones de seguros promueven, en los casos de reembolso, el uso de la cirugía programada e inclusive, algunas de ellas ofrecen a los asegurados el incentivo de exención del pago de deducible y coaseguro, cuando hacen uso de la misma.

En los seguros de Gastos Médicos Mayores, por lo general, las reclamaciones no se presentan en una sola exhibición, sino que tienen un desarrollo en el tiempo.

De acuerdo a una encuesta realizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas durante 1993, los siniestros ocurridos durante un año presentan una duración variable conforme a la siguiente distribución:

**PORCENTAJE DE ASEGURADOS DE ACUERDO
AL TIEMPO DE CONVALECENCIA**

DURACION	PORCENTAJE DE ASEGURADOS
1 A 30 DIAS	36%
1 A 4 MESES	18%
4 MESES A 1 AÑO	36%
1 AÑO A 2 AÑOS	10%
TOTAL	100%

FUENTE: CNSF, Encuesta la sector asegurador, 1993.

La encuesta a la que se hace referencia se levantó a 11 instituciones de seguros, que captaron el 94% del primaje del mercado mexicano de gastos médicos mayores.

Con base en la extensión estimada del siniestro en el tiempo, este tipo de planes se prevé un periodo máximo de indemnización para cada reclamación. En el esquema tradicional de indemnización se establece que, una vez iniciada la reclamación, el asegurado cuenta con 730 días o hasta el agotamiento de la suma asegurada, para presentar reclamaciones complementarias sobre gastos efectuados por el tratamiento de un mismo padecimiento, con independencia de la renovación del contrato. En caso de que la póliza no se renueve con la misma aseguradora, el periodo máximo de indemnización se reduce a 365 días. Sin embargo, las reclamaciones complementarias para un padecimiento dado pueden extenderse indefinidamente en el tiempo, hasta el agotamiento de la suma asegurada, siempre y cuando la póliza sea renovada en la misma compañía de seguros.

Hoy en día, prácticamente el total de las instituciones ha incorporado en sus contratos de seguro de grupo y colectivo esta nueva dinámica de indemnización.

6. BASES TECNICAS EN EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

El fundamento matemático es, sin lugar a dudas, el elemento más importante para la sana operación del seguro, éste bajo el principio de equidad garantiza la suficiencia de la prima, siempre que las circunstancias previstas en su cálculo se cumplan; en tales condiciones es necesario conocer las bases técnica que le respalde, por lo que a continuación se hace una breve referencia a los elementos que la sustentan.

6.1 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL RIESGO DE ENFERMEDAD

Al presentarse una enfermedad, la reacción del asegurado y la rapidez de su curación quedan frecuentemente influenciadas por factores tales como el medio ambiente en que vive, su educación, hábitos, etc. Por otro lado, el costo de la curación puede variar según el tratamiento en el tipo de enfermedad, así como por los efectos inflacionarios generales.

La póliza estipula que solamente los gastos que se incurran en exceso de una cantidad específica (deducible) serán pagaderos, siendo éste último el elemento esencial para la eliminación de reclamaciones pequeñas. Los gastos incurridos en exceso del deducible también se ven alterados mediante la aplicación de un porcentaje de contribución (coaseguro), cuyo propósito es hacer participe al asegurado del costo del siniestro, y así evitar gastos excesivos o innecesarios en los que se combina la mala fe o riesgo moral.

La práctica del deducible permite eliminar, desde el punto de vista del seguro, un gran número de eventos con un costo reducido que repercute en la frecuencia de reclamaciones desplazando su incidencia, de tal forma que la frecuencia máxima se observa en el límite en el que

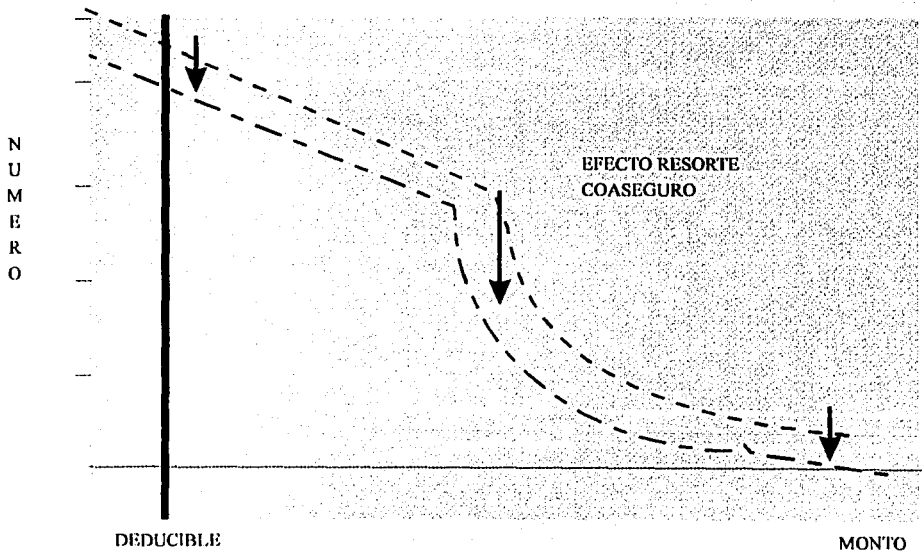
actúa el deducible. Por lo que se refiere al coaseguro, al hacer partícipe al asegurado del costo del siniestro, lo desmotiva a que éste actúe de manera negligente en cuanto al propio cuidado de la salud, erogación de gastos innecesarios, y aceptación de gastos médicos en exceso.

La combinación deducible-coaseguro permite que la frecuencia siniestrada tienda a su comportamiento natural, lo cual se conoce comúnmente como efecto resorte.

A continuación se presenta la gráfica que muestra el efecto resorte.

EFEECTO RESORTE

COMPORTAMIENTO GASTOS MEDICOS MAYORES
NUMERO Y MONTO DE SINIESTROS



Los elementos de mayor importancia para establecer provisiones acertadas en la creación de bases técnicas son: la frecuencia de siniestros, el monto máximo de los gastos de tratamiento y monto promedio esperado por siniestro y la evolución del costo de los servicios de salud en general.

Los muchos factores que influyen en la frecuencia de siniestralidad son entre otros la edad, el sexo, el medio ambiente en el cual vive y actúa el asegurado, su profesión u ocupación, sus ingresos, su solvencia moral, el atractivo de la cobertura, el monto asegurado, las restricciones de la póliza (deducible, coaseguro, período de espera), las exclusiones del contrato, así como su voluntad de recuperación.

El impacto del nivel de ingresos del asegurado sobre los resultados del seguro de gastos médicos mayores es evidente, pues una vez que sobreviene la enfermedad el costo del siniestro puede ser más alto para personas de ingresos superiores. Una razón de ello, es que los médicos, al saber que el paciente está en posibilidad de pagar más cuando está asegurado, tienden a elevar sus honorarios o bien sugerir al paciente tratamientos más sofisticados y exámenes innecesarios, pensando que éstos podrían ser cubiertos ya sea por el propio paciente o por el seguro que tenga contratado.

Otro elemento que se debe tener en cuenta es el desarrollo tecnológico de la medicina; así como la disminución progresiva de la mortalidad, debida en buena parte a los adelantos de la medicina, ya que gracias a la presencia de mejores y mayores recursos para la atención médica, la población vive más tiempo. Sin embargo, no obstante la aparición de nuevas enfermedades, se tienen recursos que permiten un tratamiento eficaz, en ocasiones a largo plazo, lo que implica un mayor costo. Se ha observado que tanto el número de siniestros como su duración ha aumentado en los últimos años. Tal situación tiene un efecto en el aumento de la frecuencia y el monto promedio de siniestralidad del seguro.

Por último, la inflación es otro de los componentes que repercute en el costo del seguro, haciendo necesario considerarla en la prima.

Los seguros de Gastos Médicos Mayores ofrecen grandes beneficios en función de los desembolsos por gastos médicos incurridos en caso de un padecimiento o lesión en particular, por eso es esencial que se determine en forma apropiada el riesgo involucrado, así como el cobro de una prima adecuada que sea equitativa dependiendo del tipo de póliza y las edades en que se encuentre. Desde un punto de vista práctico, se aspira en la mayoría de los casos, cobrar una prima uniforme o nivelada y no una creciente, aunque matemáticamente las dos formas de pago sean iguales, ya que son calculados bajo las mismas bases, con el mismo interés, las mismas tablas de morbilidad, e iguales gastos de adquisición y administración, pero la prima uniforme o nivelada tiene la ventaja de que por ser moderadas en cantidad e iguales año con año, le resultan al asegurado más cómodas y se acostumbra a su pago.

6.2 PRIMA DE RIESGO DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

La ley de los Grandes Números, mencionada en el capítulo I página 4, es parte esencial el fundamento matemático del seguro. Para inferir modelos de comportamiento apoyados en las leyes de probabilidad, el volumen de observaciones debe ser suficiente y en ese sentido, la fuente de información más confiable es, sin duda, la experiencia del propio asegurador, siempre y cuando cuente con una cartera considerablemente grande que sea representativa; de no ser así, podrá utilizar inicialmente la experiencia del mercado.

Para el cálculo de la prima de riesgo utilizan fundamentalmente la frecuencia de siniestralidad (definida como el número de siniestros entre el número de asegurados en un período determinado, que en general es de un año) y el costo esperado de los siniestros (que se determina

como el monto total pagado entre el número de siniestros en un período también de un año por lo regular).

Para poder establecer el nivel de responsabilidad de la compañía aseguradora, en primer término es necesario definir el nivel de participación del asegurado en la siniestralidad.

La selección de la función de densidad de probabilidad adecuada para expresar la forma de distribución de los siniestros, constituye el problema de mayor interés desde el punto de vista actuarial.

Distribuyendo los siniestros según el monto del daño se obtendrá directamente la función de distribución $F(x)$, y a partir de ésta la función de densidad de probabilidad $f(x)$.

La persona que toma la decisión de comprar una póliza de seguro de gastos médicos, como se mencionó anteriormente, participa en el monto del siniestro; la expresión matemática que refleja esta situación es la siguiente:

Sea $\Lambda(x)$ la función que representa la participación del asegurado en el contrato de la póliza del seguro de gastos médicos mayores.

$$A(x) = \begin{cases} x & x \leq d \\ d+(x-d)c & d < x \leq M \\ d+(M-d)c+(x-M) & x > M \end{cases}$$

Donde:

$x =$ la variable aleatoria de pérdida, es decir el monto del siniestro

$d =$ el deducible

$c =$ el coaseguro

$M =$ el monto máximo

Si el monto del siniestro es menor o igual que el deducible, el asegurado absorbe totalmente el costo del siniestro. Por otra parte, si el monto del siniestro se encuentra entre el deducible y el monto máximo asegurado, el asegurado pagará el deducible establecido en la póliza más el coaseguro, que se obtiene de multiplicar el porcentaje correspondiente por $(x-d)$, y por último, si el monto del siniestro es mayor que el beneficio máximo establecido en el contrato de seguro, dicho exceso $(x-M)$, el deducible y el porcentaje de coaseguro aplicable, estarán a cargo del asegurado.

Pensando en una colectividad de N riesgos de la cartera de seguros, en la cual los siniestros se distribuyan según la función $f(x)$, entonces el valor esperado de los siniestros $E(A(x))$, lo podemos representar:

$$E(A(x)) = \int_0^d x f(x) dx + \int_d^M [d+(x-d)c] f(x) dx + \int_M^{\infty} [d+(M-d)c+(x-M)] f(x) dx$$

En lo que respecta a la obligación de la compañía de seguros hacia el asegurado por concepto de reclamaciones por enfermedad, es decir la carga total financiera para el asegurador, estará definida por la función $I^e(x)$, de la siguiente manera:

$$I^e(x) = \begin{cases} 0 & x \leq d \\ (x-d)(1-c) & d < x \leq M \\ (M-d)(1-c) & x > M \end{cases}$$

El codominio de dicha función es $0 \leq I^e(x) \leq M$, de donde se puede decir que $E(I^e(x)) \leq E(M)$, ya que la compañía no pagará más allá del monto máximo del beneficio establecido en la póliza.

Por tanto $E(I^e(x))$ se puede expresar como:

$$\begin{aligned} E(I^e(x)) &= (1-c) \left[\int_0^d M_d (x-d) f(x) dx + \int_M^\infty (M-d) f(x) dx \right] \\ &= (1-c) \left[\int_0^d M_d x f(x) dx - d \int_0^d M_d f(x) dx \right. \\ &\quad \left. + M \int_M^\infty f(x) dx - d \int_M^\infty f(x) dx \right] \\ &= (1-c) \left[\int_0^d M_d x f(x) dx + M \int_M^\infty f(x) dx \right. \\ &\quad \left. - d \int_0^\infty f(x) dx \right] \end{aligned}$$

Sea $F^k(P)$ la función de distribución de la variable aleatoria de pérdida "x", asociada al riesgo k, donde $k = e$ para el riesgo de enfermedad y $k = a$ para el riesgo de accidente, cuando el monto máximo del siniestro está acotado por el límite "P".

Entonces:

$$M \int_M^\infty f(x)dx = M (1 - F^e(M)) ; y$$

$$d \int_d^\infty f(x)dx = d (1 - F^e(d))$$

Si $E^k(L)$ denota la esperanza de la variable aleatoria de pérdida "x", asociada al riesgo k, cuando el monto del siniestro está acotado superiormente por el límite "L", podemos reescribir la expresión anterior como:

$$E(I^e(x)) = (1-c)[E^e(M) - M(1-F^e(M)) - E^e(d) \\ + d(1-F^e(d) + M(1-F^e(M)) - d(1-F^e(d)))]$$

Por lo tanto:

$$E(I^e(x)) = (1-c)[E^e(M) - E^e(d)]$$

La obligación de la compañía de seguros hacia el asegurado por concepto de reclamaciones por accidente, estará dada por la función $I^a(x)$, definida de la siguiente manera:

$$I^a(x) = \begin{cases} x & x \leq M \\ M & x > M \end{cases}$$

El codominio de dicha función es $0 \leq I^a(x) \leq M$, de donde, como en el caso de enfermedad, se puede decir que $E(I^a(x)) \leq E^a(M)$, ya que la compañía no pagará más allá del monto máximo del beneficio establecido en la póliza.

Por tanto $E(I^a(x))$, se puede expresar como:

$$\begin{aligned} E(I^a(x)) &= \int_0^M x f(x) dx + M \int_M^{\infty} f(x) dx \\ &= E^a(M) - M(1 - F^a(M)) + M(1 - F^a(M)) \\ &= E^a(M) \end{aligned}$$

Para analizar la distribución de los siniestros, es conveniente graficar los datos estadísticos disponibles y buscar a continuación la curva teórica que ajuste mejor a los mismos. Finalmente se deben calcular los parámetros que se aplicarán a la función de la curva elegida con el fin de obtener la fórmula analítica adecuada.

La prima de riesgo de un seguro de gastos médicos mayores para una persona de sexo s, cuya edad se encuentra en el rango (a,b) con beneficio máximo igual a respectivamente, estará dada por la expresión:

$$P_{d,c,M_{s,(a,b)}} = (1-c)[E^c(M) - E^c(d)] + E^a(M)$$

Cabe hacer notar que la esperanza de la variable aleatoria de pérdida con límite M, $E^c(M)$ asociada al riesgo de enfermedad no necesariamente coincide con la esperanza de la variable de pérdida con límite M, $E^a(M)$, asociada al riesgo de accidente.

Las primas de riesgo del seguro de gastos médicos mayores se calculan por rangos de edad debido fundamentalmente a dos razones:

- Es más accesible la elaboración de las fuentes estadísticas de frecuencia y monto de siniestralidad, y
- Desde el punto de vista comercial es más práctico el manejo de tarifas por rangos de edad.

Es conveniente separar la siniestralidad por sexo, ya que, en general, en hombres es menor que en mujeres, particularmente en el intervalo de edad considerado de fertilidad en la mujer.

6.3 METODOLOGIA PARA EL CALCULO DE LA PRIMA DE RIESGO

Las compañías de seguros no cuentan actualmente, en general, con estadísticas que consideren la duración promedio de las reclamaciones observadas, ya sea por enfermedad o accidente y por rango de edad, por lo que se considera únicamente del número de siniestros entre expuestos por rango de edad y sexo, dándole el nombre de "tasa de morbilidad", aunque se trate únicamente de la "frecuencia de siniestralidad".

Dicha frecuencia de siniestralidad, denotada como $FS^s_{(a,b)}$ se obtiene al dividir el número de siniestros ocurridos en personas de sexo s y cuya edad se encuentra en el rango (a,b) (expresado como $NS^s_{(a,b)}$) entre el número de individuos expuestos en el rango (a,b) , de sexo s (el cual se denota por $I^s_{(a,b)}$):

$$FS^s_{(a,b)} = \frac{NS^s_{(a,b)}}{I^s_{(a,b)}}$$

Posteriormente, se determina α como la proporción que guarda el número de siniestros por enfermedad con respecto al total de siniestros ocurridos y β como la proporción que guarda el número de siniestros por accidente, con respecto al total de siniestros ocurridos.

Si denotamos como ${}^eFS^s_{(a,b)}$ la frecuencia de siniestralidad por enfermedad en el rango (a,b) y sexo s , y ${}^aFS^s_{(a,b)}$ la frecuencia de siniestralidad por accidente en el rango (a,b) y sexo s , respectivamente, se obtendrá:

$${}^e\text{FSS}_{(a,b)} = \alpha * \text{FSS}_{(a,b)}$$

y

$${}^a\text{FSS}_{(a,b)} = \beta * \text{FSS}_{(a,b)}$$

Cabe mencionar que de acuerdo a datos observados en el cartera de una empresa representativa del sector, los valores α y β se aproximan a 0.85 y 0.15, respectivamente.

En general, puesto que únicamente se identifica cuál es el deducible y el coaseguro aplicados a las reclamaciones en el promedio de la cartera, no se puede establecer una función explícita que represente la participación del asegurado en el contrato de la póliza de seguro de gastos médicos mayores.

Por cuanto a la participación de la compañía en el costo de la siniestralidad, se procede de la siguiente manera:

Se determina el monto total pagado para cada rango de edad (a,b) y sexo s, denotado como $\text{MTPS}_{(a,b)}$. Se determina el número de siniestros pagados por rango de edad (a,b) y sexo s denotado como $\text{NSPS}_{(a,b)}$. Por tanto, el monto promedio de reclamación por rango de edad (a,b) y sexo s denotado por $\text{MPRS}_{(a,b)}$ se calcula como:

$$\text{MPRS}_{(a,b)} = \frac{\text{MTPS}_{(a,b)}}{\text{NSPS}_{(a,b)}}$$

Se considera que el monto promedio de reclamación aplica indistintamente para accidentes y enfermedades y lo único que hace diferente la participación de la compañía en cada caso es la parte que asume el asegurado en el monto de la reclamación tratándose de siniestros por enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, en la metodología común de cálculo de la prima de riesgo de un seguro de gastos médicos mayores para una persona de sexo s , cuya edad se encuentra en el rango (a,b) , con suma asegurada igual a M , deducible y coaseguro exclusivamente por enfermedad iguales a d y c respectivamente, denotada como $Pr^{d,c,M}_{s,(a,b)}$, está dada por la expresión:

$$Pr^{d,c,M}_{s,(a,b)} = [{}^eFSS_{(a,b)} [(1-c)[MPR^s_{(a,b)} - d]] + {}^aFSS_{(a,b)} MPR^s_{(a,b)}](1+FI)$$

donde, FI es el factor de inflación acumulada desde el punto medio del ejercicio en el cual fueron obtenidas las observaciones de monto promedio de siniestralidad, hasta el punto medio del ejercicio durante el cual serán vigentes las primas de riesgo que se desea calcular, para lo cual, en caso necesario se incluirán tasas estimadas de inflación para períodos futuros.

En el caso de calcular la prima de riesgo basados en un año de observación se tiene una desventaja, ya que la frecuencia de la siniestralidad y el costo promedio de siniestralidad, no son representativos del comportamiento que ha tenido la cartera de seguros en los siniestros, lo cual puede hacer que la prima de riesgo sea insuficiente para hacer frente a las reclamaciones, o bien excesiva, lo que puede ocurrir debido a alguna desviación estadística que se pudiera presentar en el año de observación.

Existe una tendencia más o menos definida en el sentido de que en la medida en que aumenta la edad, se incrementan tanto la frecuencia como el monto promedio de siniestralidad. Sin embargo, ni la frecuencia ni el monto promedio de siniestralidad, vistas como función de la edad, son estrictamente crecientes. Pero como se ha mencionado arriba, en la práctica, se considera conveniente desde el punto de vista comercial presentar las tarifas en forma creciente de acuerdo a la edad, por ello se obtienen curvas de regresión que ajusten en forma creciente el comportamiento observado en la frecuencia y monto de siniestralidad.

También en el caso de los hombres, los datos tanto de frecuencia como del monto promedio de siniestralidad se acentúan entre las edades de 40 a 55 años; lo anterior puede atribuirse a la elevada incidencia que presentan los padecimientos cardiovasculares, del aparato digestivo y genitourinario, originados por la vida sedentaria y hábitos en general de la población masculina asegurada en dicho intervalo de edad. En el caso de la mujeres, se manifiesta un abrupto incremento en la frecuencia y monto de siniestralidad entre los 30 y 45 años, el cual está vinculado, como se había mencionado, al período de fertilidad.

6.4 REASEGURO

El reaseguro se considera como la parte del riesgo que se cede a otra compañía de seguros o a una compañía reaseguradora para poder cubrir todo la suma asegurada en caso de que ocurra un siniestro.

Los planes de reaseguro utilizados para los seguros de Accidentes y Enfermedades se pueden clasificar como CUOTA PARTE o EXCESO DE PERDIDA. Bajo el reaseguro por cuota parte o pro-rata, una parte específica de cada riesgo se reasegura. Puede ser aplicable para todas las pólizas, de cualquier tipo, o con ciertos beneficios. Puede considerarse como un coaseguro por parte de la reaseguradora.

Bajo la forma de reaseguro por exceso de pérdida, catástrofe o XL, el reasegurador no participa en cada pérdida. El reasegurador paga solamente cuando la cantidad de la pérdida excede cierta suma establecida.

En cada caso, el reaseguro de Gastos Médicos Mayores se puede otorgar de forma facultativa o automática.

7. MERCADO

En la actualidad el seguro de Gastos Médicos Mayores es ofrecido por un total de 22 compañías que representan el 60% del total de las instituciones de seguros en nuestro país.

Del total de primas que percibió la rama de Accidentes y Enfermedades, el 91% perteneció a Gastos Médicos Mayores y el 9% a Accidentes Personales.

Del total de primas directas, cabe resaltar que el 77.14% fue captado por las empresas de Nivel I, mientras que solamente el 22.86% restante se distribuyó entre las demás compañías que operan este seguro en nuestro mercado. Dentro de las empresas de Nivel I encontramos las siguientes compañías con su respectivo porcentaje de participación en el mercado.

PARTICIPACION EN EL MERCADO DE GASTOS MEDICOS MAYORES DE LAS PRINCIPALES COMPAÑIAS QUE LO MANEJAN

COMPAÑIAS	PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN EL MERCADO (%)
NACIONAL PROVINCIAL	31.95
COMERCIAL AMERICA	21.39
MONTERREY	10.39
ASEMEX	7.39
INBURSA	6.02
OTRAS	22.86
TOTAL	100.00

FUENTE: Estadísticas de Primas y Sinistros Directos Acumulados , AMIS, cuarto trimestre de 1993.

Por otra parte, el número de contratos del seguro de que se trata, incluyendo pólizas individuales, colectivas y de grupo, ha tenido un incremento promedio en los últimos seis años del 14.5%. Es necesario mencionar que en 1990 se observó un sobrerregistro de pólizas (gráfica página 15) por parte de Grupo Nacional Provincial que, es una de las empresas con mayor participación en la industria, sin embargo, a la fecha no ha sido posible corregir esta situación por parte de dicha compañía de seguros.

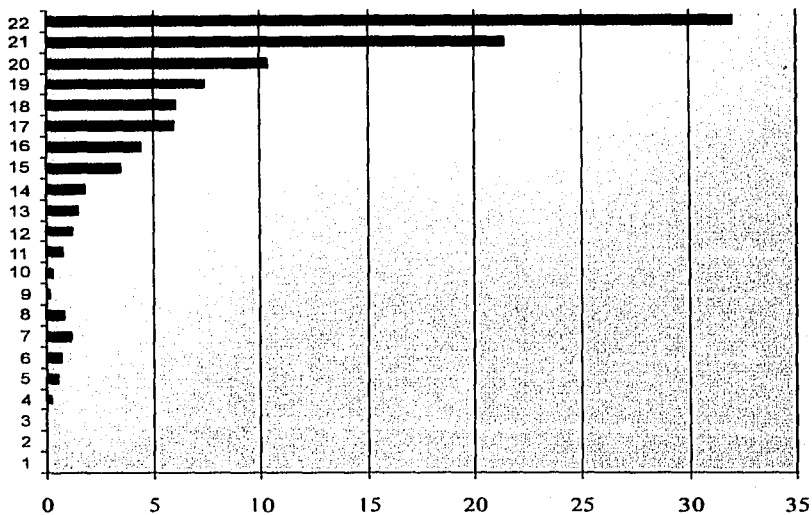
Ahora bien, al revisar la participación por instituciones de seguros en la producción de Gastos Médicos Mayores, encontramos que el primer lugar lo obtuvo Grupo Nacional Provincial, con una emisión equivalente al 29.93% de la prima directa total del mercado.

En segundo lugar se ubica Seguros Comercial América, que logró obtener el 21.65% de la prima emitida en esta línea de productos. Seguros Monterrey, ASEMEX y INBURSA ocuparon el tercero, cuarto y quinto lugar, respectivamente, como productores de prima directa de Gastos Médicos Mayores.

Es importante destacar que las cinco empresas con mayor participación en la emisión de primas directas del seguro de gastos médicos mayores coincidieron con las cinco instituciones de Nivel I.

**PARTICIPACION POR COMPAÑIA EN EL MERCADO
TOTAL DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES**

COMPAÑIA



%

NOMBRE Y NUMERO QUE CORRESPONDE A CADA COMPAÑIA

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 22. Grupo Nacional Provincial | 11. Banpais |
| 21. Comercial América | 10. Serfin |
| 20. Monterrey | 9. Obrera |
| 19. ASEMEX | 8. La Latinoamericana |
| 18. INBURSA | 7. Cigna |
| 17. Genesis | 6. Havre |
| 16. Tepeyac | 5. Anglo Mexicana |
| 15. Atlas | 4. La Territorial |
| 14. Interamericana | 3. La Peninsular |
| 13. Ineracciones | 2. Equitativa |
| 12. Cuauhtemoc | 1. Olmeca |

Otro elemento que resulta útil conocer, es el grado de especialización de las compañías de seguros en la producción de primas directas de Gastos Médicos Mayores.

Un indicador natural al respecto, puede obtenerse para cada institución, dividiendo las primas directas de gastos médicos mayores, contra el monto de las primas directas correspondiente al total de las operaciones de la propia institución de que se trate, durante el mismo ejercicio.

Seguros Génesis obtuvo el primer lugar de especialización, puesto que la prima directa de Gastos Médicos Mayores representó para esta compañía el 37.6% de su primaje total. En segundo lugar está La Latinoamericana, Seguros, cuyo primaje en la línea de productos que nos ocupa significó el 20.9% de su producción global. Seguros Cigna, Seguros Atlas y Seguros Azteca ocuparon el tercero, cuarto y quinto lugares, en cuanto especialización por primas, obteniendo porcentajes del 14.2%, 13.8% y 11.5% respectivamente.

Cabe mencionar que las empresas más especializadas en el seguro de gastos médicos mayores, en cuanto a prima directa emitida, no pertenecen a las empresas Nivel I.

En cuanto a las instituciones Nivel I, la que obtuvo un mayor grado de especialización en Gastos Médicos Mayores fue Grupo Nacional Provincial, seguida de Seguros Comercial América.

7.1 MODALIDADES PARA FINES DE COMPETENCIA

Dentro de los conceptos que se utilizan para fines de competencia, el más relevante es el que se refiere al deducible y al coaseguro. A continuación se mencionan algunas de las más importantes modalidades dentro de las compañías de seguros:

- Aplicación del deducible por padecimiento, es decir, el deducible opera solamente en reclamaciones iniciales y se exenta al asegurado del mismo, en el caso de reclamaciones complementarias.
- Aplicación del deducible por familia, por un accidente en el que resulten afectados varios miembros de la misma.
- Establecimiento de un tope máximo anual por concepto de coaseguro.
- Eliminación del deducible y coaseguro, en caso de que el asegurado haga uso de los hospitales y médicos que hayan celebrado convenios de pago directo con la aseguradora, o bien cuando el asegurado haga uso del procedimiento denominado "cirugía programada".

En cuanto a la modalidad de sistema de pago directo fue Seguros Tepeyac, en 1986, posteriormente, en 1987 Grupo Nacional Provincial adopta este mecanismo y, para fines de la década de los ochentas, prácticamente todas las compañías que operan Gastos Médicos Mayores contaban ya con esta modalidad de indemnización.

CAPITULO III

DETERMINACION DE CAUSAS AL PROBLEMA DE PERDIDAS FINANCIERAS DE LA POLIZA INDIVIDUAL Y SUS SOLUCIONES ALTERNAS.

1. INTRODUCCION

En la actualidad, el seguro privado de Gastos Médicos Mayores enfrenta una serie de problemas que impiden su óptimo desarrollo en nuestro país.

Durante mucho tiempo se ha considerado a las pólizas de seguros de Gastos Médicos Mayores como un tipo de contrato en el cual la obtención de resultados negativos por parte de las instituciones de seguros era algo natural y en cierta forma propio del diseño mismo de los productos¹. Los agentes y corredores de seguros ofrecían a los clientes, ya sea persona física o moral, un paquete de seguros que incluyera las coberturas personales de vida y Gastos Médicos Mayores, así como las coberturas patrimoniales de incendio con todos sus endosos, de automóviles, y de responsabilidad civil. De esta manera, las pérdidas que originaban las coberturas de Gastos Médicos Mayores y de automóviles, eran compensadas por las ganancias derivadas de las coberturas de vida, incendio, y responsabilidad civil.

La problemática que enfrenta el seguro de Gastos Médicos Mayores en México, independiente de la regulación del propio sector, está determinada por diversas circunstancias entre las que se encuentran:

- ° una alta siniestralidad en menoscabo de su rentabilidad;

¹ Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores, Documento de trabajo # 28, 1993, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

- ausencia de mecanismos eficientes que regulen el monto de los honorarios médicos y quirúrgicos o inflación en servicios médicos;
- complejidad de las condiciones generales de la póliza; y
- asimetría fiscal, que consiste en la no deducibilidad de la prima del seguro individual, en tanto que los gastos médicos directos sí son deducibles para efectos del Impuesto sobre la Renta.

Dentro de los factores de la problemática que enfrenta en la actualidad el seguro en estudio, vinculados con la regulación del sector, podemos encontrar:

- la falta de estadísticas que permitan una tarificación bajo principios de suficiencia, equidad y consistencia; y
- los diferentes criterios de una compañía a otra, para la aplicación del deducible y coaseguro, en combinación con la suma asegurada.

2. PROBLEMATICA DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES INDEPENDIENTE DEL SECTOR ASEGURADOR

2.1 INFLACION EN LOS SERVICIOS MEDICOS

Durante finales de la década de los ochentas, los costos por servicios médicos, se elevaron en una proporción de tres veces sobre la tasa de inflación general². Durante gran parte de este período, la proporción del incremento en los gastos médicos fue más alta que el incremento en los salarios. Los aumentos en los costos por servicios médicos fueron mayores que la tasa de inflación medida durante esos años. Estos costos incrementaron la prima tanto para los asegurados cubiertos como para los contratantes que otorgan estos seguros como prestaciones, pero esto no fue lo único que se afectó, también hubo pérdidas a causa de que los empleados se enfermaban o lesionaban, puesto que se deshabilitaban para trabajar.

Durante los años ochentas, los costos por servicios médicos incrementaron de forma alarmante (cabe mencionar que durante 1987 la inflación por servicios de salud fue aproximadamente 39% mayor a la inflación general). Esto fue el resultado de diversos factores entre los que están:

- a) Nueva tecnología desarrollada durante años que produce equipos caros, que permiten el efectuar nuevos procedimientos. Esta tecnología se implanta en los hospitales a través de incrementos en los cargos.

² Introduction to Life Insurance, capítulo 16, Black & Skipper, Ed. Prentice-Hall.

- b) Los hospitales compensan los costos no recuperados de la población no asegurada a través de la población asegurada.
- c) Los planes de gastos médicos surgidos de coberturas limitadas cambiaron a planes más extensos como los planes "razonables y habituales", incluyendo a aquellos que reducen los incentivos a los asegurados para mantener los costos bajos, un ejemplo de esto es que cuando los asegurados encuentran errores en sus cuentas de hospital y lo manifiestan, la cantidad resultante que se reembolse puede ser para éste.
- d) Con la amenaza de mala práctica que incrementaba, los doctores practicaban la "medicina defensiva" mediante el incremento en el número y la intensidad de los servicios que proporcionaban.

Al generalizar la operación de planes sin límite por intervención quirúrgica, tanto en individual y/o familiar como en grupo y colectivo, las compañías con mayor penetración en Gastos Médicos Mayores detectaron que un seguro con estas características estaba contribuyendo a fomentar una inflación en los servicios médicos y hospitalarios, y se determinó que el seguro de Gastos Médicos Mayores sin límite en su cobertura continuará reportando pérdidas indefinidamente.

Los tremendos adelantos en la ciencia médica han llevado a un incremento en los costos por servicios médicos. Ciertos factores como los nuevos descubrimientos médicos incrementan su utilización, los cuales junto con la inflación han hecho prácticamente imposible el predecir con algún margen razonable, los costos de los servicios médicos dentro de un futuro cercano. Consecuentemente, es esencial que las compañías de seguros se reserven el derecho de ajustar sus primas dependiendo de la experiencia de siniestros. De otro modo, los gastos médicos garantizados y renovables no podrán estar al alcance del público.

Puesto que la información por reclamaciones se ha analizado, las aseguradoras han sentido que existe un "grosor" en el sistema proporcionado por los servicios médicos, y que mediante la aplicación de incentivos y controles apropiados, el costo se puede reducir. El mayor blanco que surgió a la luz fue el de las admisiones innecesarias a los hospitales (cuando existen otras alternativas para los servicios médicos que se encuentran disponibles), estancias en los hospitales exageradamente largas, y abuso en ciertos procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo aunque no sean necesarios.

Cada vez es mayor la preocupación de las instituciones de seguros en México por operar con números negros en el seguro de Gastos Médicos Mayores; se considera que lo anterior se debe a que, mientras para las compañías de seguros medianas y pequeñas sigue siendo una estrategia aceptable los "subsídios cruzados" entre las diversas operaciones y ramos, las compañías grandes ya han comenzado a identificar su departamento de Gastos Médicos Mayores como un posible centro de resultados.

2.1.1 MEDIDAS PROPUESTAS PARA EL CONTROL DE PERDIDAS POR INFLACION EN LOS SERVICIOS MEDICOS

2.1.1.1 PROGRAMAS DE CONTENCION DE COSTOS PARA LA REDUCCION DE PÉRDIDAS EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Las medidas creadas para controlar esos blancos se conocen como "programas de contención de costos".

El término "contención de costos" incluye diferentes esfuerzos dirigidos al control de las pérdidas por parte de las compañías de seguros por los gastos médicos. Los planes varían en diversos aspectos como en el uso de altos deducibles, aumento en el porcentaje de coaseguro, y cantidades más altas con las que contribuye el asegurado, esto es lo que se considera a veces como "contención de costos".

Aunque estos aspectos pueden ayudar a detener los costos a través de que los asegurados conozcan el dinero que se gasta por los servicios médicos, una gran parte de lo que se ahorra puede surgir del hecho de que los asegurados revisen y tomen conciencia del importe por estos servicios. A lo anterior frecuentemente se le conoce como "transferencia de costos", más que como "contención de costos".

a) AUSENCIA DE MECANISMOS EFICIENTES QUE REGULEN EL MONTO DE LOS HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Este es uno de los aspectos que más preocupan a las instituciones de seguros, ya que el seguro de Gastos Médicos Mayores se ha convertido para los cirujanos en una oportunidad para incrementar sus ingresos.

Los representantes de las compañías de seguros consideran que existen médicos que al conocer que el paciente cuenta con una póliza de seguro médico, establecen un importe mayor para sus honorarios quirúrgicos del que cobrarían para la misma intervención, en caso de que el paciente no cuente con dicha cobertura.

Por ello, se han desarrollado diversos mecanismos y se han propuesto implantar algunas medidas más, para el control de los honorarios de los prestadores de servicios médicos, entre los cuales se encuentran:

- 1 Establecer convenios más claros con médicos reconocidos.
- 2 Aumentar la red de prestadores de servicios bajo convenio de pago directo.
- 3 Dar a conocer de antemano a los médicos el catálogo de intervenciones quirúrgicas, e incluso discutir con ellos a priori los límites por procedimiento que éste establece. (Cabe mencionar

que actualmente en México no existe un sistema que regule los honorarios médicos por consulta o intervención quirúrgica, por lo que cada cirujano puede fijar libremente el monto de los mismos. En Estados Unidos de Norteamérica, las autoridades de salud editan una guía de costos "Fee Guide", que establece cotas mínimas y máximas para los honorarios por Intervenciones Quirúrgicas, dependiendo de cada especialidad médica).

- 4 Crear un cuerpo de médicos ajustadores, también llamados médicos dictaminadores o médicos asesores.
- 5 Retomar el concepto de "gasto usual" o "costo razonable", para los honorarios médicos, dependiendo de la especialidad y prestigio de cada cirujano.
- 6 Proporcionar al asegurado una lista de médicos especialistas bajo convenio.
- 7 Utilizar varios niveles de catálogo de honorarios por intervención quirúrgica.
- 8 Elaborar un proyecto con las Autoridades para regular los honorarios médicos, que permita manejar, a nivel de mercado, una guía de costos por intervención quirúrgica (fee guide), con límites mínimo y máximo.
- 9 Establecer comunicación entre las propias instituciones de seguros, para identificar a aquellos médicos cuyos honorarios están fuera de los límites del seguro y negociar con ellos, a nivel sectorial, para lograr una reducción de costos.

Actualmente, la mayoría de las empresas del sector ya han puesto en marcha, en mayor o menor medida, los primeros siete puntos de la estrategia que se describe, con resultados positivos. De acuerdo a una encuesta al sector asegurador realizada en el tercer trimestre de 1993 a 11 instituciones

que captan el 94% del primaje del mercado de gastos médicos³, el 90% de las aseguradoras con mayor penetración en el seguro de Gastos Médicos Mayores emplean la figura del médico ajustador, el 55% de las mismas promueven el uso de la cirugía programada y un 30% recomiendan a sus asegurados la segunda opinión clínica, en caso de duda. Sin embargo, quedan pendientes aún las últimas dos acciones, cuya realización requiere del trabajo coordinado de todas las aseguradoras que operan el seguro de Gastos Médicos Mayores en nuestro país.

b) **PERFIL DEL SISTEMA DE CONTROL DE HONORARIOS**

Dentro de las medidas tomadas para el control de las pérdidas en el seguro de Gastos Médicos Mayores, el "sistema para el control de honorarios" es una alternativa para la contención de costos. Cuando los planes por servicios médicos empezaron a cambiar de los planes programados, que pagan al asegurado una cantidad máxima establecida en un catálogo por cada servicio cubierto, a planes "razonables y habituales", que pagan a los asegurados por un servicio cubierto una cantidad considerada "razonable y habitual", se estimó necesario definir el nivel de lo que significaba el concepto de "razonable y habitual". Las aseguradoras recolectaron información sobre las cantidades que cobraban los proveedores de los servicios médicos por procedimientos específicos, y analizaron la información por proveedor y por área. Los costos "razonables y habituales" de un procedimiento utilizado para determinar un pago por reclamación se puede establecer en un porcentaje como de 90% del total de los cargos hechos por ese procedimiento en un área específica. Los honorarios del médico se deben comparar con esta norma, y también con la historia de sus honorarios acostumbrados por esos procedimientos en otros pacientes ("la utilidad que obtenga").

³ Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, Documento de Trabajo # 28, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 1993.

c) ANÁLISIS O EXÁMENES DE PREAMISIÓN

Otra cuestión para la contención de costos es la duración de la estancia en el hospital. Durante un estudio de las admisiones que se realizan a los hospitales, se encontró que los médicos tienden a admitir a los pacientes, uno o más días antes de lo requerido por el procedimiento, para efectuar los análisis o exámenes de rutina que pudieron llevarse a cabo antes de la admisión al hospital en algún laboratorio o clínica. Esta práctica puede ser consecuencia, en parte, del hecho de que muchos planes de Gastos Médicos Mayores pagan al paciente el total de los servicios de hospital, mientras que si los servicios se proporcionan fuera del hospital se aplican costos compartidos mediante deducibles y coaseguro.

Como resultado, las aseguradoras pueden empezar a imponer exámenes de preadmisión pagando el 100% del importe en los planes de Gastos Médicos Mayores (no exigir deducibles y coaseguro) si estas pruebas se efectúan al menos una semana antes de la admisión. En ciertos casos, más que proporcionar incentivos financieros por exámenes voluntarios de preadmisión, el sector asegurador puede tomar una posición más estricta, al rehusar pagar por la habitación y los alimentos para esos días de estancia en el hospital que sirven únicamente para los análisis de rutina.

d) ADMISIONES EN FIN DE SEMANA

Este aspecto es similar a los exámenes de preadmisión. Las aseguradoras encuentran que muchos pacientes son admitidos durante los fines de semana para procedimientos quirúrgicos se realizan en Lunes. Para evitar el pago de estos días innecesarios, algunos planes deben establecer que no habrá retribuciones por la habitación y los alimentos durante los días del fin de semana (sábado y domingo) a menos que se realice un procedimiento médico no rutinario durante esos días.

e) SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Esta medida se dirige a la reducción en la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas, especialmente entre los procedimientos cuya frecuencia es más alta de lo que parecería médicamente necesario. Cuando a un paciente se le dice que se requiere cirugía, el plan puede pagar por una segunda opinión clínica, con la expectativa que la necesidad de la cirugía sea confirmada, o en el caso de que no se confirme, la intervención quirúrgica no se realice al paciente.

Con frecuencia, el plan puede pagar por una tercera opinión en el caso que la segunda opinión no confirme que la cirugía es necesaria. La mayoría de la veces, tanto la segunda como la tercera opinión se pueden pagar por completo (100% sin necesidad de deducible y coaseguro). Algunos planes pueden permitir que el paciente escoja cualquier doctor para la segunda opinión; otros pueden restringir la segunda opinión a un doctor designado por la aseguradora, o a un doctor que no vaya a efectuar la intervención quirúrgica.

Muchas aseguradoras han separado una lista de procedimientos que se consideran están sujetos a abusos y por ello, no debieran ser confirmados. Son estos procedimientos para los que una segunda opinión se puede requerir. Aunque las listas varían, una lista común puede incluir:

- Amígdalas y Adenoides
- Histerectomía
- Cirugía de la rodilla
- Hemorroides
- Varices
- Hernias

- **Cirugía de la columna o de los discos**
- **Remover las ampollas de bilis**
- **Próstata**

Los planes pueden diferir en cuanto a los programas de segunda opinión clínica, que varían desde estrictamente voluntarios (sin incentivos o penalizaciones), voluntarios con incentivos (como el pagar la intervención al 100% si se obtiene una segunda opinión, aunque confirme o no la necesidad de la cirugía), y obligatoria con penalización. Las reglas para un programa de segunda opinión "obligatoria con penalización" pueden ser:

1. Si una segunda opinión no es obtenida, el pago por la intervención puede ser de un porcentaje más bajo que el que normalmente se aplicaría para esos cargos dentro del plan, es decir 50% de importe en lugar de 80%.
2. Si una segunda opinión se obtiene, la retribución por la cirugía puede ser con el porcentaje usual (80%), pero únicamente si la segunda opinión confirma la primera.

Sin embargo, algunos programas pueden tomar una posición más estricta, en aquellos casos en que se realice el procedimiento quirúrgico sin la confirmación de una segunda o tercera opinión, por lo que se puede aplicar un porcentaje menor.

Una tercera variación en la medida de "segunda opinión clínica obligatoria con penalización" es una en que la sanción es una cantidad exacta en dinero en el caso de que no se obtenga una segunda opinión. Aunque estas penalizaciones no son excesivas si se comparan con una reducción del 80% al 50% de suma asegurada a pagar, algunas aseguradoras han descubierto que la reducción del porcentaje no es efectivo para motivar al asegurado a obtener una segunda opinión clínica. El sector asegurador

cree, que una sanción en dinero es más simple y más visible para el asegurado que la reducción en el porcentaje de la suma asegurada que se pagará.

Sin embargo, la última decisión la tiene el asegurado.

f) NEGOCIACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS

A pesar de que no se encuentre muy difundido, este programa para la contención de costos es esencialmente una rama de los programas de segunda opinión quirúrgica, pero antepone los costos a la necesidad médica. Mientras el paciente está buscando la segunda opinión médica, el asegurador manda formas a los cirujanos que sugirieron la intervención quirúrgica. Esta forma solicita los detalles del procedimiento y los honorarios esperados por el doctor. El asegurador determina la cantidad máxima que el plan pagará (generalmente establecido a un nivel que aproximadamente 80% de los cirujanos en el área aceptarían). En casos donde el cirujano no reduzca sus honorarios, el paciente puede arreglar la diferencia, encargándose de negociar el monto, o cambiando a los cirujanos. Algunos indicios de estos programas indican que en muchos casos el cirujano estará de acuerdo en reducir sus honorarios. Sin embargo, este resultado sería más común en áreas donde existe abundancia de médicos, por lo que el cirujano no desca perder el negocio.

g) CIRUGÍA AMBULATORIA

Ciertas intervenciones quirúrgicas que se realizan dentro del hospital, pueden ser llevadas a cabo con seguridad y confianza en otros lugares como las oficinas de los médicos, clínicas y centros quirúrgicos externos (sin necesidad de internarse en el hospital) lo que evitaría el pago por estancia en el hospital y por alimentos. Dentro de este programa, generalmente se puede tener una lista de

procedimientos quirúrgicos que pueden incluir:

- Amigdalitis
- Hernias
- Dilatación y curaciones
- Vasectomía
- Exámenes por endoscopia
- Cirugía de las articulaciones.

Al igual que con los programas de segunda opinión quirúrgica, los programas de cirugía ambulatoria pueden ser voluntarios, voluntarios con incentivos, u obligatorios con penalización, y la lista de procedimientos puede variar.

Un problema que se ha encontrado con los programas que promueven incentivos es el que algunos de los procedimientos catalogados se realizan rutinariamente hoy en día fuera del hospital, aún sin los programas de contención de costos. Por lo que, un plan con un programa de cirugía ambulatoria que proporciona incentivos puede pagar más de lo que se pagaría con la falta de esta medida.

h) COBERTURA DE SITIOS ALTERNATIVOS PARA LOS CUIDADOS DE LA SALUD

Muchos de los planes de Gastos Médicos Mayores no cubren la estancia en sitios para cuidados de la salud, clínicas, u hospicios. Evidentemente estos lugares alternativos pueden ser menos costosos de lo que es una estancia prolongada dentro de un hospital. Los planes de gastos médicos deberían incluir estas opciones como un "gasto cubierto". En algunos casos, estos sitios alternativos se

pueden retribuir con una tarifa mayor que la de la estancia dentro de los hospitales (100% en lugar de 80% de coaseguro), para promover su uso.

i) CERTIFICADOS DE PREADMISIÓN

Esta medida está dirigida tanto para reducir la incidencia de admisiones innecesarias al hospital así como para la disminución en la duración de la estancia en el hospital en el caso de admisiones necesarias.

Bajo un programa de certificados de admisión, el asegurado debe obtener una autorización antes de cualquier admisión al hospital, siempre que no sea por emergencia. El proceso de autorización es posible que empiece mediante el rendimiento de una forma de preautorización, que contiene información que deben proporcionar tanto el paciente como el médico, o en su defecto, que el paciente o el médico llame a un número telefónico en el caso de una posible admisión de no emergencia al hospital. Mediante las formas o las llamadas telefónicas, los examinadores obtienen información incluyendo el nombre del hospital y el médico, el día planeado de admisión, el diagnóstico y el tratamiento propuesto, y el número de días recomendados por el doctor.

La autorización generalmente se efectúa a través de las enfermeras. Sin embargo, en algunas situaciones la enfermera examinadora puede traspasar un caso más complicado a un médico para que lo revise. Los médicos examinadores evalúan la información médica obtenida del paciente y su médico para basarse en estándares establecidos de prácticas médicas actualizadas para así determinar si la hospitalización se requiere, o si el tratamiento puede llevarse a cabo en un lugar alternativo.

Si la admisión se aprueba, el consentimiento designará también el número de días que correrán por cuenta del paciente. Días adicionales se pueden autorizar durante la estancia, basados en un control del progreso del paciente.

Para admisiones de emergencia, usualmente se requiere que el paciente notifique a la aseguradora a lo más después de 48 o 72 horas de la admisión. El principal propósito de esta notificación es para llevar un control de la duración de la estancia en el hospital.

Los programas de certificados de preadmisión pueden ser obligatorios, con penalización en caso de no cumplirse generalmente en forma de reducción de suma asegurada, es decir 50% en lugar de 80% de coseguro. Algunos planes pueden utilizar un deducible que es pagadero únicamente en casos en que el certificado no se obtenga.

j) **REVISIONES CONCURRENTES**

El objetivo de la revisión concurrente es el continuo control de las necesidades médicas que se presenten durante las estancia en el hospital. Un temor es que los hospitales, cuando se enfrentan a un reducido número de admisiones, tratan de incrementar las ganancias mediante el incremento en el número de servicios auxiliares que se proporcionan durante la estancia, y con la prolongación de la permanencia cuando es posible. Bajo un programa de revisión de concurrencia, los historiales del paciente se revisan por la aseguradora o la organización examinadora durante la estancia en el hospital, para determinar que los procesos que se llevan a cabo son médicamente necesarios, y que existe necesidad de que el paciente continúe interno en el hospital. En algunas circunstancias, la aseguradora puede recomendar que el paciente sea movido del hospital y trasladado a un lugar menos caro para su cuidado, típicamente una clínica o una localidad donde se suministren los cuidados necesarios.

k) **ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE LARGA CONVALECENCIA**

Para ciertas enfermedades graves o catastróficas, la aseguradora puede trabajar con un médico para cambiar el sitio y el tipo de tratamiento. Esto puede ser una traba cuando el cuidado de un paciente

ha alcanzado cierta cantidad de dinero "elevada", o puede ser automático para ciertos diagnósticos que se sabe producen reclamaciones altas (lesiones cerebrales o de la columna, quemaduras severas, golpes, la enfermedad de Lou Gehrig). En estos casos, la aseguradora, el doctor y el paciente convendrán en un tratamiento, diseñado para mover al paciente fuera del hospital, a un sitio más eficiente respecto a los costos como su casa, o una lugar para tratamientos especiales. Frecuentemente, la aseguradora puede pagar por gastos normalmente no cubiertos bajo un plan de Gastos Médicos Mayores para así facilitar el tratamiento planeado. Por ejemplo, en el caso de una lesión de la columna, la aseguradora puede estar de acuerdo en pagar la construcción de una rampa en la casa del paciente.

1) LÍNEAS TELEFÓNICAS DE LA SALUD SIN COSTO

Estas son líneas telefónicas manejadas por personal médico. El asegurado puede llamar a la línea telefónica de la salud sin cargo alguno, en busca de información que le guíe en caso de una admisión al hospital pendiente, o un diagnóstico que involucre cirugía. La línea de la salud solo proporciona información, o puede influenciar en el paciente para buscar una segunda opinión clínica, o que se lleve a cabo la cirugía fuera del hospital. El programa puede ser voluntario, o puede ser obligatorio con una penalización financiera en caso de no cumplirse. La línea telefónica de la salud es algunas veces utilizada en lugar de una segunda opinión o de un programa de certificados de preadmisión. En un programa de líneas telefónicas de salud sin costo, se le puede solicitar al paciente que realice una llamada, pero usualmente no existe penalización si la sugerencia no se sigue. Por ejemplo, el grupo de líneas telefónicas de la salud puede recomendar que un procedimiento quirúrgico en particular se lleve a cabo fuera del hospital; sin embargo, a diferencia del programa de certificados de preadmisión, el procedimiento puede llevarse a cabo dentro del hospital sin reducción en el pago de la suma asegurada.

m) AUDITORÍAS EN LAS RECLAMACIONES

Las aseguradoras han encontrado evidencias de errores en las cuentas de hospitales. Esto ocurre cuando los hospitales cobran más de una vez por el mismo procedimiento, por servicios que no se realizaron, o cuando se cobra de más por el servicio. A menudo, el asegurado está en la mejor disposición para identificar estas formas de error.

En forma similar, las aseguradoras han combinado fuerzas para recolectar información sobre los proveedores de servicios médicos con la intención de localizar pruebas de cuentas fraudulentas (como servicios no ejecutados), y así procesar a esos proveedores de ser posible.

n) PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO

Muchas personas han llegado a la conclusión que la forma de vida es un factor significativo en los costos por Gastos Médicos Mayores. Se ha demostrado que tendencias como fumar, beber alcohol, usar drogas, sobrepeso, hipertensión, y la falta de ejercicio tienden a incrementar el uso de los servicios médicos.

Por lo que, tratar de evitar estas tendencias puede disminuir el uso de los servicios médicos, mediante una forma de vida más sana. Esta medida debe ser sugerida a los asegurados o a las empresas donde laboran los asegurados por las compañías de seguros.

o) CENTROS DE EXCELENCIA

Para ciertos procedimientos costosos como trasplantes de órganos, la aseguradora puede solicitar que el procedimiento se lleve a cabo en algunos de sus "centros de excelencia". Estos son

hospitales que se especializan en ciertos procedimientos, y con los cuales las aseguradoras pueden arreglar cargos reducidos.

p) ADMINISTRACIÓN DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

A pesar de que los planes médicos han incrementado sus coberturas a diversos tipos de gastos médicos a través de los años, éste no ha sido el caso de los gastos involucrados con los tratamientos psiquiátricos, especialmente si se manejan en consultorios. Como resultado, se ha encontrado que muchos pacientes se trataban dentro del hospital cuando el tratamiento se podía llevar a cabo fuera de él con un costo menor. Las aseguradoras están interviniendo para el desarrollo de "planes de tratamiento" que considere el tratamiento fuera del hospital.

De manera similar, cuando se llegase a cubrir el tratamiento bajo un plan médico, especialmente en casos donde no hay límites substanciales en los beneficios, podría existir una tendencia a que los pacientes permanecieran en tratamiento por un período más largo del que sea médicamente necesario. En años recientes esto se ha encaminado a través de algunos planes, mediante un acceso de preadmisión. Basados en el diagnóstico, el plan puede concordar en el pago de un número específico de visitas dependiendo de la evaluación.

2.1.1.2 AHORROS EN EL SEGURO GASTOS MEDICOS MAYORES

Existen muchas discusiones sobre si la aplicación de algún programa para la reducción de pérdidas financieras ahorra dinero, y la forma en que se determina la cantidad de lo ahorrado. En ciertos casos, existe evidencia de que la evolución de la práctica médica ha causado que ciertos programas ahorren menos que el hecho de que se anticipe o hasta se aumente el total de costos.

a) ANÁLISIS O PRUEBAS DE PREAMISIÓN

A pesar de que esta estipulación debe incitar a que los exámenes se realicen en laboratorios en vez de dentro del hospital, los hospitales a veces desarrollan como una rutina los análisis nuevamente cuando el paciente se encuentra interno. Como esto no es siempre evidente en la cuenta, la aseguradora posiblemente pague dos veces por el mismo procedimiento. Además, a pesar de que existan más programas que consideren las revisiones de preadmisión con un certificado de aprobación en la duración de la estancia, no debe haber días de permanencia para llevar a cabo los análisis de preadmisión. De este modo, los planes que pagan el 100% por esos análisis como incentivo pueden estar gastando dinero de más.

b) CIRUGÍA AMBULATORIA

La teoría detrás de la cirugía ambulatoria es el ofrecer incentivos para ciertas cirugías que se llevan a cabo en otros sitios diferentes al hospital. La existencia de estos incentivos ha llevado al crecimiento de centros quirúrgicos afiliados con los departamentos de los hospitales. Esto puede ser el motivo del incremento en el uso de estos lugares para procedimientos que pueden ser realizados en la oficina del médico o el consultorio médico a diferencia de los centros quirúrgicos, puesto que no tienen gastos por "cargos de estancia". Los centros quirúrgicos afiliados a los hospitales pueden lograr el incremento en los costos de estos centros en un intento por recuperar las ganancias perdidas por la disminución en las admisiones y la reducción en el tiempo de estancia por servicios médicos dentro del hospital. En algunos casos, se ha encontrado que del total de cargos por cirugía que se llevan a cabo en un centro quirúrgico excede al total de cargos por la misma cirugía realizada dentro del mismo hospital, pero como interno. Este fenómeno, junto con los planes que proporcionan incentivos financieros por

cirugías ambulatorias (como el incremento en las retribuciones) pueden implicar un incremento en los costos del plan.

c) SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

El inconveniente que puede presentar el programa de segunda opinión quirúrgica es, que en lugar de disminuir puede incrementar el número de cirugías realizadas, ya que los pacientes que pueden evitar la intervención quirúrgica en caso de no confirmar la opinión, se sienten más seguros después de obtener la segunda opinión clínica y eligen el ser intervenidos. Si el número en el incremento de las cirugías es mayor que aquellos que se refieren a las opiniones no confirmadas (para procedimientos comparables), los programas de segunda opinión costarían una cantidad mayor. Esto tendería a la verdad, más frecuentemente en programas voluntarios y en aquellos programas obligatorios que no requieren la confirmación de una segunda opinión.

Con el hecho de hacer que los programas de segunda opinión clínica reduzcan los costos, algunos planes deben requerir una segunda opinión sólo si los síntomas del paciente y las pruebas de diagnóstico resultan fallidas en el caso de criterios establecidos. Esta aproximación reduce los costos mediante la eliminación del pago por segunda opinión quirúrgica donde el índice de confirmación se espera sea alto.

d) SITIOS ALTERNATIVOS

Existen indicios sobre que el uso de sitios alternativos como centros de cuidados, hospicios, clínicas y lugares para cuidados de enfermedades larga duración no ahorran dinero, a menos que existan controles como en el caso de la "administración por casos". Con falta de un control, la cobertura de sitios alternativos puede representar un obstáculo adicional en los servicios médicos, en lugar de una

alternativa en cuanto a la necesidad de un sitio menos costoso. Además, mientras que el uso de sitios alternativos sea más aceptado dentro de las coberturas de seguro, esto puede conducir al incremento de los costos, como sucede con los hospitales y otras coberturas, en las cuales los planes incrementan sus niveles de retribución para esos servicios.

Las medidas que se pensaron podrían reducir la pérdidas financieras son aquellas relacionadas con las revisiones por utilización, como: los certificados de preadmisión, la revisión concurrente y la administración por casos. Sin embargo, hasta estas medidas deben ser reevaluadas y rediseñadas en tanto el mercado de Gastos Médicos Mayores cambie. Por ejemplo, el objetivo de la revisión por utilización puede cambiar para así ser efectivo. La revisión concurrente se enfoca principalmente a tratar de que los pacientes abandonen lo antes posible el hospital, es decir, que bajo un sistema de retribución, la mayoría de las veces el interés financiero del hospital radique en el hecho de sacar al paciente lo más pronto que se pueda. En estos casos, la revisión concurrente puede ser rediseñada para enfocarse en casos con duración de estancia extremadamente largos (para los cuales el hospital puede ser elegible para tener un pago adicional), o menos común para los de corta estancia (para la cual el hospital recibiría menos que el pago normal, a menos que la estancia se extienda lo suficiente como para lograr el importe normal).

2.1.1.3 EVALUACION DE LOS AHORROS CONSEGUIDOS EN EL SEGURO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Es difícil medir los resultados de los programas para contención de costos, ya que existen muchos factores que afectan los costos por servicios médicos. Los servicios médicos deben ser tomados no para concluir que los ahorros surgen de los programas, sino en el efecto, que puede basarse en otro fundamento.

a) RECUBRIMIENTOS

En planes que tienen muchas medidas de los programas para contener los costos puede ser difícil el atribuir la disminución de las pérdidas a un componente. Se debe poner atención y cuidado para evitar el doble conteo (o, a lo mejor, se puede decir que la existencia de ciertas medidas en el mismo plan se está duplicando innecesariamente). Por ejemplo, si un plan tiene certificados de preadmisión y una restricción de admisión en fin de semana, los ahorros pueden ocurrir solo una vez. Si la revisión de preadmisión prescribe un cierto número de días, es impreciso que la provisión de admisión en fin de semana cubra otros días.

b) EFFECTO EN EL CURSO POR UTILIZACIÓN Y PRÁCTICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Si en respuesta a otras causas, existe una disminución en las admisiones al hospital, en los días de estancia, o pequeños incrementos en los cargos por servicios médicos, esto puede dar la impresión de grandes ahorros por el uso de programas para contener los costos. Lo anterior puede suceder si hay una guía para medir los ahorros obtenidos por la disminución de dinero gastado por reclamaciones de gastos médicos, en lugar de por examinar las fuentes de los ahorros en términos de cambios verdaderos dentro del diseño de utilización del plan.

c) TRANSFERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EXTERNOS O AMBULATORIOS

A pesar de que puede haber reducción en el número de admisiones y tiempo de estancia, puede existir un incremento dramático en el costo de los servicios proporcionados fuera del hospital. Algunos de estos incrementos pueden deberse a las técnicas de los hospitales sobre los precios, que

transfieren costos a departamentos externos en un intento de recuperar los ingresos perdidos. Sin embargo, otros crecimientos pueden ser el resultado natural del hecho de que la contención de costos no ha sido fuerte en la parte de servicios médicos externos, ya que para evaluar los ahorros logrados, es necesario revisar el plan como un todo y no parte por parte.

2.1.1.4 MONITOREO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LOS PROGRAMAS DE CONTENCION DE COSTOS

Una de las principales funciones de los programas de contención de costos es la recolección de datos. Estos datos, si se reúnen apropiadamente, proporcionarían información que puede utilizarse para modificar los beneficios del plan, establecer el desarrollo de normas sobre la práctica médica, y destacar a los proveedores cuyos estándares de práctica están fuera de estas normas.

Con el fin de medir la eficiencia de algún programa, la recolección de datos debe ser con gran detalle. Algunos de los datos que deben ser reunidos en todas las reclamaciones incluyen:

- Código de diagnóstico
- Código del procedimiento
- Información del paciente (identificación, edad, sexo, dirección, etc.)
- Información del proveedor (identificación, dirección, etc.)
- Tipo de reclamación (médica, dental, hospital)

- **Días de tratamiento (o fecha de admisión y de salida)**
- **Cantidad cobrada**
- **Cantidad denegada y la razón**
- **Cantidad pagada**
- **Indicadores de contención de costos (por ejemplo, si se obtuvo segunda opinión quirúrgica obtenida, o tercera, o revisión de preadmisión; el número de días requeridos, el número de días aprobados, etc.)**

Con el fin de desarrollar cifras para utilización, la información por reclamaciones deben ser comparada con la información de la población. Aunque muchos administradores llevan buenos registros de las reclamaciones, se presenta frecuentemente el hecho de que la información correspondiente al censo para la población asegurada no se encuentra disponible.

La recolección de información en esta situación permitirá su análisis por diagnóstico o por procedimiento para la determinación de normas, y así comparar normas para las diferentes áreas. Esto facilitará la detección de la alta utilización, poco común, con el fin de realizar las correcciones necesarias. Similarmente, el análisis puede utilizarse para detectar el abuso de los proveedores (en el caso en que la frecuencia con que el proveedor realiza el procedimiento exceda la norma), y para crear honorarios adecuados para los proveedores.

A pesar de que el establecimiento real de los ahorros es complicado a consecuencia de otros factores, la metodología básica es simple. Por ejemplo, para medir los ahorros de un programa de segunda opinión clínica que intenta la reducción de los pagos al no haber confirmación de procedimientos establecidos, lo siguiente puede ser utilizado como parte de estos procedimientos:

SITUACION

AHORROS

(1) Cirugías sin doble
revisión

Beneficios normales por x
procedimiento. Reducción en el
porcentaje de los beneficios.

(2) Cirugías doble revisión,
no confirmada,
no llevada a cabo

Beneficios normales por
procedimiento.

(3) Cirugías doble revisión
no confirmada
realizada

Beneficios normales por x
procedimiento. Reducción en
porcentaje de beneficios.

Los resultados se suman a todos los procedimientos para obtener así, los ahorros. Cualquier costo por la administración del programa debe de restarse de los ahorros conseguidos.

Para la certificación de preadmisión, los ahorros deben ser medidos en términos de dinero reclamado que no se gastó a causa de reducción en las admisiones y la disminución en el tiempo de estancia, más los castigos fijados por el no-cumplimiento del programa, menos el costo de administración. Otras provisiones se manejan de manera similar.

2.2 ALTA SINIESTRALIDAD

El seguro de Gastos Médicos Mayores, al cual las compañías de seguros han visto tradicionalmente como un ramo de servicios (puesto que generalmente se vende junto con otros seguros como el de vida), ha tenido un crecimiento importante en el mercado, sin embargo la siniestralidad también ha crecido en forma importante.

El seguro de Gastos Médicos Mayores hasta 1986 tenía poca difusión, puesto que consistía generalmente de un plan limitado, por lo que para promover este campo, las compañías de seguros decidieron ofrecer planes con coberturas amplias. Bajo esta premisa se vendieron muchas pólizas individuales, lo que provocó atrasos administrativos, tanto en emisión como en siniestros, ya que no se contaba con suficientes elementos para realizar este exceso de trabajo.

Como se mencionó anteriormente, la siniestralidad aumentó considerablemente: por una parte por el abuso de los consumidores y por otra parte por el abuso de los médicos que cobran honorarios estratosféricos.

En 1987 la siniestralidad de la operación de Accidentes y Enfermedades alcanzó el nivel máximo que se haya registrado, con un 125.18%.

Para solucionar este problema se han previsto diversos mecanismos de control de siniestralidad, que se pueden clasificar en cinco categorías:

2.2.1 DE CARÁCTER TÉCNICO-ESTADÍSTICO

Consiste en incrementar la tarifa con base en resultados y mantenerla actualizada; aplicar deducibles y coaseguros específicos para algunos padecimientos; elaborar reportes periódicos de siniestralidad y restringir las pólizas abiertas a las ya existentes.

2.2.2 DE COMUNICACIÓN CON EL ASEGURADO

Consiste en explicar la póliza al asegurado a través del agente, dejando muy claras las limitaciones y exclusiones de la misma; realizar pláticas sobre la cobertura de este seguro, a los agentes y asegurados de pólizas empresariales; brindar asesoría personalizada al paciente asegurado y redactar una buena definición de preexistencia.

2.2.3 ENFOCADOS A LA SUSCRIPCIÓN

Establece el definir las exclusiones de primer año para padecimientos más frecuentes y aplicar períodos de espera estrictos; someter a examen médico a solicitantes de 50 años en adelante en los seguros individual y/o familiar; establecer comunicación formal entre compañías a través de la AMIS, relativa a negocios con riesgos subnormales.

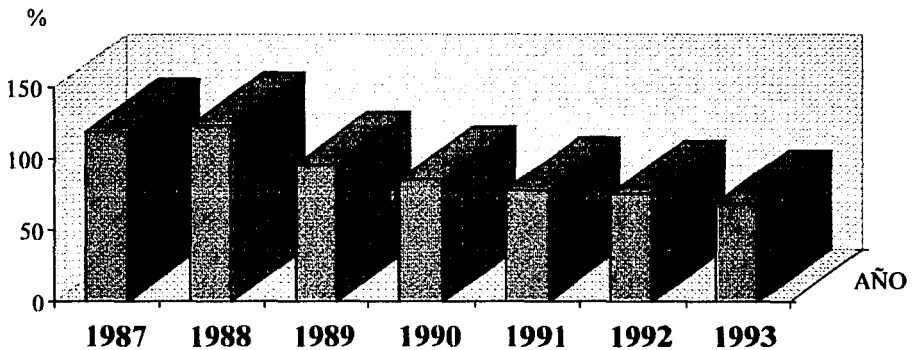
2.2.4 ENFOCADOS A LA ATENCIÓN DEL SINIESTRO

Consiste en establecer límites máximos por consulta médica; utilizar un tabulador o catálogo por intervención quirúrgica obligatorio; efectuar el pago de honorarios de los médicos en el hospital, avisando al asegurado los límites que, en su caso, hayan sido aplicados; utilizar la oficina informadora de impedimentos (O.I.I.) de AMIS, como apoyo para el dictamen de los siniestros; comparar las historias clínicas contra el informe del médico ajustador para determinar la procedencia de la reclamación, revisar con base en el expediente y facturas, que todo tratamiento practicado vaya acorde con el padecimiento; promover que los asegurados mismos soliciten el pago directo y busquen la atención del médico-ajustador a la aseguradora; así como promover en los casos de reembolso el uso de la cirugía programada mediante descuentos a los asegurados.

La siguiente gráfica muestra la evolución que ha tenido la siniestralidad de la operación de Accidentes y Enfermedades durante el periodo de 1987 a 1993, calculada con el cociente de siniestros de retención entre primas devengadas.

SINIESTRALIDAD DE LA OPERACION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

siniestros de retención/primas devengadas



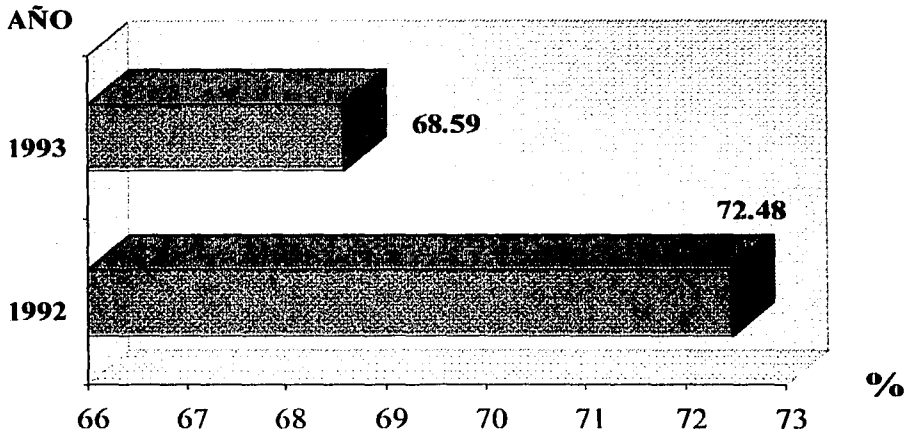
Fuente: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Como se puede apreciar, la siniestralidad de la operación de Accidentes y Enfermedades ha disminuido del 118.7% en 1987 al 68.6% en 1993. Cabe agregar que hasta ahora no es posible disponer de la información del seguro de Gastos Médicos Mayores, debido a la estructura actual del Sistema de Información Financiera. Sin embargo, existe ya la propuesta, a nivel mercado, de que las instituciones de seguros desglosen la información financiera que se señala, en lo que respecta a los seguros de Gastos Médicos Mayores y Accidentes Personales.

Dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades se presenta un efecto de neutralización de resultados, puesto que mientras que el seguro de Gastos Médicos Mayores es de los de más alta siniestralidad, el seguro de Accidentes Personales es uno de los más "nobles", ya que presenta índices muy favorables en la operación de Accidentes y Enfermedades.

COMPARACION ENTRE LA SINIESTRALIDAD ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

(1992-1993)



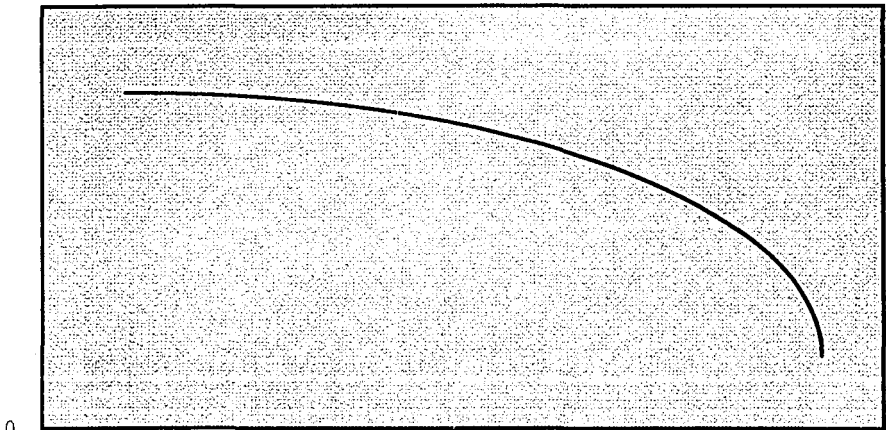
Fuente: AMIS. Cuarto trimestre de 1993.

2.3 TARIFA INSUFICIENTE

La prima no debe guardar técnicamente una relación de proporcionalidad con la suma asegurada, debido a que la frecuencia con la cual se presenta un siniestro disminuye en la medida en que su impacto económico es mayor.

RELACION DE FRECUENCIA VS. SEVERIDAD DE LOS SINIESTROS EN EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Número de Siniestros



Monto del Siniestro

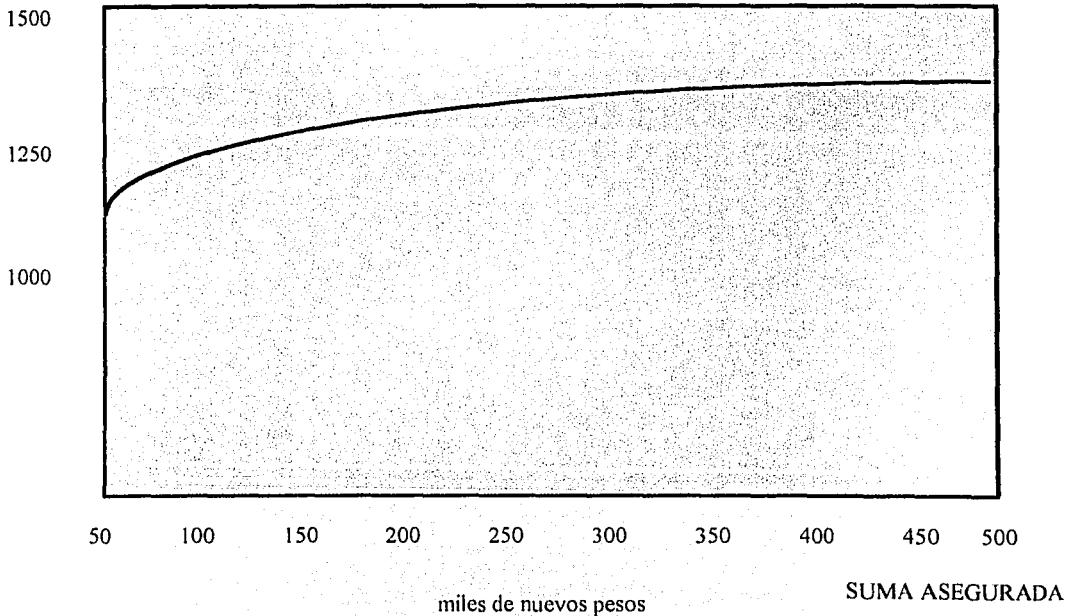
Fuente: CNSF, Encuesta al sector asegurador, julio 1993.

Como una consecuencia del comportamiento arriba descrito, se tiene que la prima de los seguros de Gastos Médicos Mayores no guarda una relación de proporcionalidad respecto a la suma asegurada cuando ésta se incrementa.

De acuerdo a un estudio elaborado por la AMIS, la prima del seguro de Gastos Médicos Mayores tiene un comportamiento logarítmico como función de la suma asegurada.

LA PRIMA DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES COMO FUNCION DE LA SUMA ASEGURADA

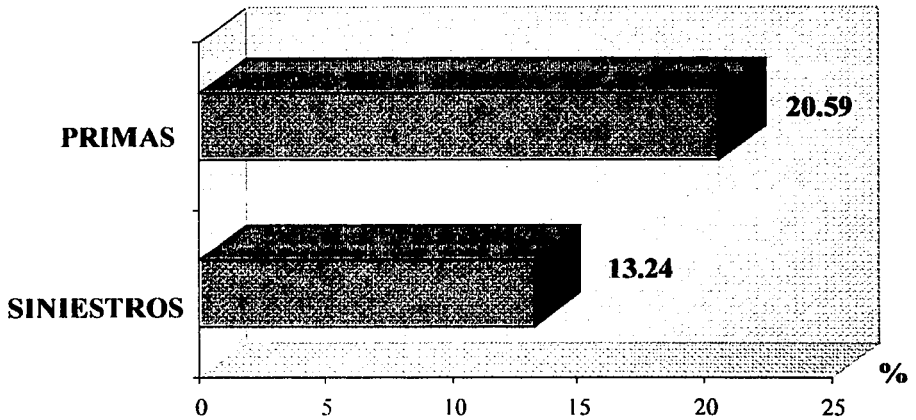
PRIMA (N\$)



Fuente: CNSF, Encuesta al sector asegurador, julio 1993.

Una compañía puede retener sus negocios hasta el momento en el que decida establecer la suficiencia de la prima, elevando el costo de la misma.

COMPARACION INCREMENTO DE PRIMAS CONTRA SINIESTROS



Fuente: AMIS, Cuarto trimestre de 1993.

2.4 COMPLEJIDAD DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA

La póliza del seguro de Gastos Médicos Mayores está compuesta, fundamentalmente, de las siguientes secciones:

- **Condiciones Generales.** En las cuales se especifican los componentes del contrato, primas, cobertura, condiciones de renovación, mecanismos para el pago de indemnizaciones, participación del asegurado en una reclamación y demás cláusulas de carácter general.
- **Definiciones.** Que, en términos generales, caracterizan a los agentes económicos involucrados en el contrato del seguro, como son el asegurado principal, los dependientes económicos y el contratante; asimismo, se da tanto la definición de accidente y enfermedad, los eventos que ampara la cobertura; así como de los conceptos de preexistencia, tabla de intervenciones quirúrgicas, deducible y coaseguro.
- **Coberturas.** En la cual se enlistan los gastos cubiertos por la póliza, así como algunos periodos de espera para los padecimientos más frecuentes.
- **Exclusiones.** En donde se señalan los padecimientos, tratamientos y gastos que no están amparados por la cobertura.
- **Cláusulas de ampliación de beneficios.** En las cuales, mediante una prima adicional, se pueden aumentar las condiciones originales de la cobertura, ya sea en cuanto a extensión territorial o en cuanto a suma asegurada.
- **Catálogo de intervenciones quirúrgicas.** En el que especifica un porcentaje a aplicar a la suma asegurada establecida para honorarios de médicos cirujanos, dependiendo de la operación que se requiera como parte del tratamiento.

- **Endosos de coberturas o exclusiones especiales.** En los endosos de coberturas especiales, mediante el cobro de una cuota adicional, la aseguradora asume el riesgo relativo a eventos que en condiciones normales la póliza no cubriría. Mientras que en los endosos de exclusiones especiales, la compañía de seguros advierte de manera expresa al asegurado la carencia de cobertura de determinados accidentes y enfermedades, a los cuales se encuentra éste particularmente expuesto en función de su ocupación, actividades o condiciones de salud, a la fecha de su ingreso a la póliza.

La complejidad de las condiciones generales de la póliza dificulta al asegurado una adecuada comprensión de los alcances y limitaciones de este contrato.

Por otra parte, la gran cantidad de términos médicos, técnicos y jurídicos que contiene la documentación que conforma el contrato de Gastos Médicos, dificulta su entendimiento al asegurado. Las aseguradoras, de acuerdo a su propia iniciativa, han emprendido acciones encaminadas a la comprensión de la póliza por parte del asegurado. A continuación se mencionan algunas de ellas:

1. Impresión en letras "**negrillas**" de la sección de exclusiones.
2. Entrega al asegurado de un instructivo de reclamación en caso de siniestro.
3. Capacitación al agente, para brindar una mejor asesoría a los contratantes y asegurados.
4. Servicio de información telefónica sobre nombre y ubicación de médicos y hospitales bajo convenio de pago directo.
5. Presentación a asegurados de empresas del interior de la República, sobre el programa de Gastos Médicos Mayores.
6. Impresión de las exclusiones al reverso de la solicitud.

7. **Clasificación de los padecimientos y tratamientos excluidos, en función de su frecuencia, la agravación del riesgo, su dependencia respecto de la decisión del asegurado, o su no reconocimiento como práctica médica científica.**
8. **Presentación de las secciones de coberturas y exclusiones en formato de preguntas y respuestas.**
9. **Resumen de padecimientos no cubiertos por el seguro, en orden alfabético, anexo a la póliza.**

Los puntos 1,2 y 3 se realizan en el total de las instituciones que operan el seguro médico en el mercado; la 4 fue introducida por las compañías "grandes" y se está generalizando al resto de las empresas del sector; la medida 5 es una iniciativa de Seguros América y La Latinoamericana, Seguros; la acción número 6 es también una aportación de Seguros Comercial América: Grupo Nacional Provincial incorporó la iniciativa 7; Seguros de México estableció para sus modelos de contrato la medida número 8 y Aseguradora Interacciones es la que implantó la acción número 9, seguida por Aseguradora Mexicana.

2.5 ASIMETRIA FISCAL

Consiste en la no deducibilidad de la prima del seguro individual de Gastos Médicos Mayores, en tanto que los gastos médicos directos sí son deducibles para efectos de pago del impuesto sobre la renta de las personas físicas.

La prima del seguro individual de Gastos Médicos Mayores, hasta la fecha, no es deducible de impuestos para las personas físicas que lo contratan, en tanto que la prima de este seguro en el caso de pólizas de grupo constituye un egreso para la empresa que lo contrata, por lo que goza del beneficio de deducibilidad.

En cuanto a la prima del seguro colectivo, la aportación de la empresa contratante es un

egreso deducible; sin embargo, la contribución al pago del seguro que realiza cada uno de los asegurados principales (empleados) no es deducible para ellos.

Lo anterior marca una asimetría, puesto que no aplica el mismo criterio para los causantes individuales que para las personas morales.

Cabe recordar que una persona física tiene derecho a hacer deducibles en su declaración para fines del impuesto sobre la renta los gastos médicos directos, lo cual hace aún más sensible la diferencia de criterios fiscales vigentes, para las personas físicas.

Las empresas, por su parte, tienen la posibilidad de hacer deducibles tanto los gastos médicos directos que efectúen como una prestación a su personal, como las primas que paguen por concepto de seguro de grupo o colectivo.

Por lo que respecta a la participación del asegurado en el monto del siniestro a través del deducible del seguro y del coaseguro, es conveniente señalar que para evaluar la procedencia y efectuar el pago de una reclamación, la compañía de seguros requiere que el asegurado le entregue las facturas originales que amparan los gastos efectuados por concepto de servicios médicos y hospitalarios. Por lo que el asegurado no retiene los comprobantes fiscales que debiera anexar a su declaración del impuesto sobre la renta, por el monto de la reclamación que le corresponde absorber (deducible).

Las instituciones de seguros proporcionan al asegurado un finiquito, en el que se desglose el monto reclamado en los conceptos de deducible del seguro, coaseguro y monto indemnizable.

El argumento de las aseguradoras es que el documento en el que se establece el desglose del finiquito es suficiente para realizar la deducción fiscal de la participación del asegurado en su declaración de impuestos correspondiente; sin embargo, en una estricta interpretación de la ley, actualmente la participación del asegurado en el monto del siniestro a través del deducible y coaseguro de una cobertura de Gastos Médicos Mayores, no es deducible de impuestos para las personas físicas.

3. PROBLEMATICA DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES VINCULADAS AL SECTOR ASEGURADOR

Dentro de la problemática que enfrenta en la actualidad el seguro de Gastos Médicos Mayores, los factores que se vinculan directamente con la regulación del propio sector son los siguientes:

- 1) Falta de estadísticas.
- 2) Diferencia en los criterios para aplicar deducibles y coseguros.

3.1 FALTA DE ESTADISTICAS

La falta de estadísticas conduce a que la tarificación no se realice bajo principios de suficiencia, equidad y consistencia.

Los recursos de información acerca de la siniestralidad del seguro de Gastos Médicos Mayores con que cuentan las instituciones del mercado y que utilizan para la elaboración de las tarifas de sus productos, corresponden en un 60% a la propia experiencia de cada una de las aseguradoras, el 24% de los casos recurren a experiencia de otras compañías o del mercado mexicano en general; y un 16% de la información utilizada proviene de la experiencia extranjera.

La situación anterior implica que el seguro de Gastos Médicos Mayores opera actualmente en el mercado mexicano con base en tarifas prácticamente experimentales.

A fin de que esta industria 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, la Comisión

Nacional de Seguros y Fianzas 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 (SESA).

La parte de SESA correspondiente a la operación de Accidentes y Enfermedades, que incluye al seguro de Gastos Médicos Mayores, se ha considerado entre las de mayor prioridad para ser incorporada en la primera etapa del propio sistema estadístico. Hasta el momento, se tienen definidos ya los formatos, el resumen de cuadros, el catálogo de variables e el instructivo del SESA en lo que respecta al seguro de Gastos Médicos Mayores.

Con el nuevo Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA) que se está implantando de manera gradual, se contará con la información relevante para el seguro de Gastos Médicos Mayores, a partir de 1995.

3.2 DIFERENCIA DE CRITERIOS PARA APLICAR DEDUCIBLES Y COASEGUROS

En la actualidad existen diferentes criterios para la aplicación del deducible y coaseguro en combinación con la suma asegurada.

Dentro de la diversidad de productos de Gastos Médicos Mayores que ofrecen las instituciones de seguros en México, existen dos criterios para la aplicación del deducible y coaseguro en combinación con la suma asegurada al momento de pagar un siniestro.

Esto significa que al presentarse una reclamación, las instituciones de seguros aplican el deducible, el coaseguro y la suma asegurada en secuencias distintas, dependiendo del diseño del producto.

Si se denota por contratos tipo X a aquellos contratos en los cuales al presentarse una reclamación, la compañía procede de la siguiente manera:

1. En primer lugar, aplica los límites establecidos, en su caso, para cada concepto de cobertura;
2. Enseguida descuenta el deducible correspondiente;
3. Posteriormente aplica el coaseguro; y
4. Compara la cifra resultante con la suma asegurada, y determina el monto indemnizable como la mínima entre ambas cantidades.

EJEMPLO:

Suma Asegurada = 1,000

Monto Reclamado = 1,500

Deducible = 100

Coaseguro = 10%

Contrato tipo X (1ª deducible, 2ª coaseguro, 3ª suma asegurada)

Monto reclamado

del siniestro		1,500
(deducible)	-	100
		<hr/>
		1,400
(coaseguro 10%)	-	140
		<hr/>
		1,260

Monto indemnizable

$$\text{Min}(1,260, 1,000) = 1,000$$

Por otra parte, denotemos a los contratos tipo Y, como aquellos en los que la aseguradora obtiene el monto procedente de una reclamación como se indica a continuación:

1. En primer lugar, aplica los límites establecidos para cada concepto de cobertura;
2. Compara este resultado con la suma asegurada y toma la menor de ambas cantidades.
3. Enseguida descuenta el deducible correspondiente; y

4. Posteriormente aplica el coaseguro y determina con la cantidad resultante el monto indemnizable.

Tomando el mismo ejemplo del contrato tipo X:

Suma Asegurada = 1,000

Monto Reclamado = 1,500

Deducible = 100

Coaseguro = 10%

Contrato tipo X (1ª suma asegurada, 2ª deducible, 3ª coaseguro)

Min (1,500,1,000) = 1,000

(deducible) - 100

900

(coaseguro 10%) - 90

Monto indemnizable 810

En el caso de que una reclamación exceda a la suma asegurada, los contratos tipo X proporcionan una mayor cobertura a los asegurados, con respecto a los que son de tipo Y, debido a que estos últimos, de antemano acotan a la suma asegurada por el monto reclamado y es a partir de esta cantidad que se descuentan el deducible y el coaseguro.

Actualmente el 73% de las compañías manejan los contratos tipo X, mientras que el 27% restante operan bajo contratos tipo Y.

La irregularidad de esta situación consiste en que hoy no es posible para el asegurado distinguir una póliza tipo X de otra tipo Y, a partir de la documentación contractual que recibe, pudiendo con esto originarse casos de controversia, en particular cuando una persona que haya tenido cobertura tipo X cambie su seguro a una compañía que maneje cobertura tipo Y. Para evitar lo anterior, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ha propuesto la emisión de una circular dirigida a las instituciones de seguros autorizadas para operar el seguro de Gastos Médicos Mayores, en la cual se indique la obligación de informar por escrito a los asegurados, como parte del contrato, el criterio de aplicación del deducible y coaseguro que utilizarán para el cálculo de la indemnización y sus consecuencias económicas.

CAPITULO IV

DETERMINACIÓN DE CAUSAS AL PROBLEMA DE PÉRDIDAS FINANCIERAS DE LAS PÓLIZAS COLECTIVA Y DE GRUPO Y SUS SOLUCIONES ALTERNAS

1. INTRODUCCION

Otra forma de proveer la protección que otorga el seguro de gastos médicos mayores se encuentra al alcance mediante los seguros colectivo y de grupo. El contratante, la asociación o la empresa pueden pagar totalmente la prima bajo el contrato por seguro de grupo, pero en muchos casos los individuos cubiertos contribuyen al pago de la prima por medio de deducibles en nómina o mediante deudas adicionales (contratos colectivos).

Los diversos programas de seguro de gastos médicos patrocinados por el contratante tuvieron su inicio con el fin de proveer a los hospitales y médicos con un método más eficiente de reembolso. Al principio, las coberturas ofrecidas por las compañías privadas eran muy limitadas, se basaban frecuentemente en una tabla ya fijada con beneficios limitados en el caso de largas estancias en los hospitales o grandes cuentas médicas.

Durante un período de tiempo, estos beneficios para la salud se expandieron, por una parte como resultado de un incremento en las demandas de los empleados y los sindicatos, y por otra debido al incremento en la competencia entre aseguradoras por vender sus productos. La cobertura de hospitalización aumentó de una tabla limitada de beneficios a un "plan básico", que cubría los gastos en el hospital sin deducible ni coaseguro.

La cobertura de gastos médicos mayores se expandió, los planes con tablas de beneficios fueron reemplazados con planes que cubrían cargos "razonables y habituales" hechos por los médicos. Los límites de deducibles y coaseguros, desde un aspecto estándar, eran bajos. Los planes extensos, que cubrían tanto los gastos de hospital como de médicos, se introdujeron después de que se pagaba un deducible.

Al inicio, todos los involucrados estaban felices con el arreglo. Los empleados tenían un beneficio de valor y no tenían ninguna razón para preocuparse sobre el nivel de los costos médicos, puesto que la mayoría de sus cuentas estaban cubiertas. El seguro de gastos médicos era todavía un costo mínimo para muchos contratantes, en relación a otros gastos. Los médicos y hospitales tenían en sus manos un vehículo que los ayudaba a asegurarse de sus retribuciones.

Sin embargo, durante los años sesentas y setentas los costos por servicios médicos se incrementaron más rápidamente que la inflación general. A causa de las retribuciones basados en cargos razonables y habituales junto a los bajos deducibles y costos fuera del bolsillo, los empleados estuvieron aislados de los aumentos de los costos por servicios médicos; pero los contratantes no fueron tan afortunados.

2. PROBLEMATICA RELACIONADA CON LA INFLACION EN LOS SERVICIOS MEDICOS

En años pasados, las aseguradoras y los administradores de las reclamaciones se enfocaban más en el pago rápido de los siniestros, en lugar de la forma de gasto del dinero reclamado. En el inicio de los grandes incrementos en las primas por seguro de gastos médicos de grupo, tanto las aseguradoras como los contratantes sintieron la necesidad de crear formas para controlar el alza en los costos por servicios médicos, por lo que los contratantes empezaron a buscar algunas formas para contener y controlar los costos de los programas para cuidados de la salud.

2.1 CONTENCION Y CONTROL DE COSTOS

En el desarrollo de programas para contener y controlar gastos futuros se deben primero identificar las razones para el incremento en los costos. Dentro de las causas se encuentran las siguientes:

2.1.1 PROBABLES CAUSAS

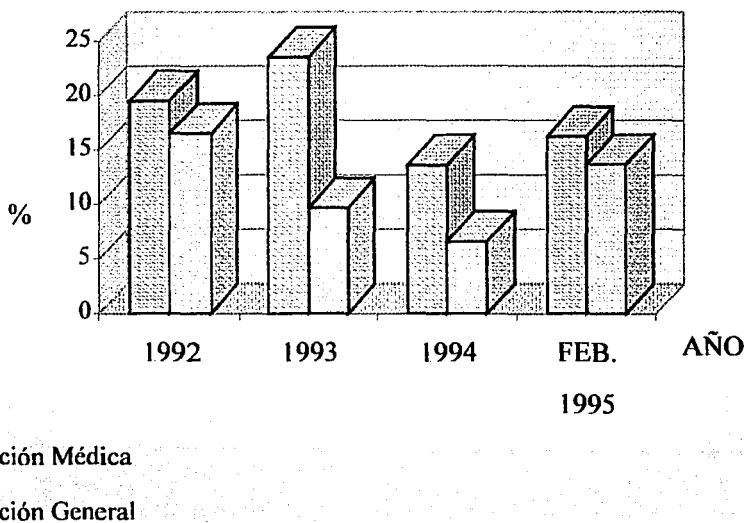
a) Cobertura de la Tercera Parte

El desarrollo de los planes médicos se ha procurado enfocar a un punto donde los usuarios de los servicios (empleados) estaban completamente aislados de los costos de esos servicios. Las terceras partes - contratantes y aseguradoras- financiaban todos los gastos, por lo que los empleados tenían muy poco incentivo para contener los costos.

b) Inflación

Como resultado de diversos sucesos la inflación general incrementó rápidamente durante los años setentas, alcanzando niveles inenarrables durante los años setentas y ochentas. Tan terrible como la inflación general, fue el incremento en los costos por servicios médicos, cuyo porcentaje aumentó aún mas rápido. La situación empeoró cuando se transfirieron los costos por gastos médicos de programas del gobierno a planes de grupo o colectivos, puesto que los médicos y prestadores de servicios médicos abusan por el cobro de sus servicios.

**COMPARACION ENTRE LA INFLACION MEDICA
Y LA INFLACION GENERAL**



Fuente : Indice de Precios, Banco de México, Marzo 1995.

c) Diseño del Plan

Puesto que los programas de seguros médicos pagan a los hospitales y médicos por casi cualquier cosa, con cantidades que estos no tienen al alcance de sus bolsillos, tratando de evitar quejas por parte de los asegurados, no existen incentivos financieros para los hospitales y los médicos especialistas para contener los costos.

d) Utilización

La utilización de los servicios médicos incrementó al igual que la inflación por gastos médicos. En parte, este incremento se debió a disponibilidad de coberturas por terceras partes (contratante y aseguradora). Sin embargo, la abundancia de proveedores médicos ofreciendo sus servicios en ciertas áreas pudieron ser causantes de la alta utilización del seguro de gastos médicos.

e) Tecnología

Las nueva y avanzada tecnología para los tratamientos médicos ha sido y está siendo desarrollada. Aunque benefician a la sociedad, muchos de estos avances tienen un alto costo. Los hospitales, con la mentalidad de "estar al día", compran equipos y expanden sus instalaciones de acuerdo a lo que se necesite. Incrementos en los costos por gastos médicos se requieren para pagar estos progresos médicos.

f) Falta de Compensaciones

Los servicios médicos no eran tomados en cuenta en la típica curva económica de oferta-demanda durante los años sesentas y setentas, puesto que los cuidados médicos no son servicios "comprados" por la gente. Los empleados y las personas esperan el mejor y más actualizado tratamiento sin considerar el costo, especialmente porque alguien más, es quien paga la cuenta por los gastos.

2.1.2 CONTENCION DE GASTOS

Como resultado de los problemas descritos anteriormente, se pueden establecer programas para intentar contener estos costos. Los diversos esfuerzos para la contención de los costos se pueden catalogar en tres amplios grupos:

1. distribución de costos
2. reducción de costos
3. administración de costos

La **distribución de costos** se refiere al incremento en la parte con la que contribuyen los empleados (seguro colectivo). Esto da al empleado un incentivo para tomar más conciencia sobre los costos, y así tener una mejor educación sobre los cuidados de la salud. Un programa de contención de costos puede ser una forma rápida de ahorrar mediante la repartición de los costos con los empleados.

La programas de **reducción de costos** se implantan para alentar a un mejor rendimiento de los costos en el caso de beneficios por servicios médicos. Algunos aspectos intentan contener los futuros

costos mediante el impulso de la salud de la población empleada. Los programas de reducción de costos también intentan reducir el nivel de los costos por servicios de salud para identificar y eliminar servicios innecesarios y establecer arreglos de costos financieros más efectivos.

El grupo final para la contención de costos en cuanto a los cuidados de la salud concierne a la **administración de costos**. Estos programas establecen controles administrativos y de capital para contener los costos por gastos médicos mayores.

2.1.2.1 DISTRIBUCION DE COSTOS (Caso del Seguro Colectivo)

Los esfuerzos iniciales de muchos contratantes para controlar los costos por gastos médicos han sido el transferir o traspasar algunos de estos costos a los empleados. Esta transferencia de costos puede ayudar de cierto modo a detener los incrementos en los costos por gastos médicos, haciendo partícipes activos a los empleados en el financiamiento de los servicios médicos. La transferencia de costos puede hacer que el empleado se conciente más y se interese por la cantidad y los costos de los servicios suministrados.

a) Suplementos del plan

Los suplementos del plan resultantes de compartir los costos con los empleados incluyen el incrementar el deducible, el coaseguro y las contribuciones del empleado. Cada vez más contratantes están cambiando sus programas de beneficios por servicios médicos de un plan básico de hospitalización y servicios médicos que cubre el 100% de los gastos a un programa extenso pero con deducibles y coaseguro.

Sin embargo, aunque muchos contratantes aumentan el nivel de distribución de costos con los empleados, este incremento generalmente no mantiene el paso de la rápida escalada de los costos por servicios médicos.

Las contribuciones por parte de los empleados por los cuidados de la salud son muy comunes hoy en día, particularmente para las coberturas relacionadas con sus dependientes económicos. Las contribuciones de los empleados resultan un ahorro directo para los contratantes y aumenta el interés del empleado por conocer el plan. Cuando existe una cobertura doble, el hecho de que los empleados realicen contribuciones puede resultar como una mejor selección por parte del "consumidor", puesto que los empleados rechazan las coberturas innecesarias. Sin embargo, la antiselección puede equilibrar algunos de estos ahorros, ya que los empleados no saludables están más a favor de retener la cobertura. El incremento en los costos administrativos y las reacciones negativas de los empleados son otros asuntos que preocupan al contratante en cuanto a las contribuciones que se les pudieran solicitar a los empleados.

b) Límites y exclusiones de los beneficios

Otra forma de distribución de costos es el uso de exclusiones o el establecimiento de límites en las retribuciones. Una exclusión típica es el costo incurrido por el tratamiento de drogadicción y alcoholismo. Sin embargo por lo serio de estas enfermedades, los programas de los seguros podrían cubrir estas enfermedades mediante el implante de algunas limitaciones para extender la cobertura. Algunos suplementos pueden incluir el establecimiento de un límite en el número de visitas realizadas al especialista durante un año, o el establecer la cantidad máxima de retribución por visita o por los servicios en el año.

Otra exclusión comúnmente utilizada es el eliminar las coberturas por tratamientos experimentales, como trasplantes de órganos, que son de un valor incierto y frecuentemente muy caras.

c) Programas de beneficios flexibles

Aunque exista desacuerdo en cuanto a si los planes con beneficios flexibles en realidad ayudan a controlar el alza de los costos de los beneficios suministrados, este es a pesar de todo, un objetivo de muchos de los programas flexibles de beneficios. Un plan flexible de beneficios intenta crear un ajuste por el cual se puedan controlar todos los desembolsos realizados por gastos médicos, mediante la intervención de los empleados en la estructuración de un plan de beneficios individualizado pero con presupuesto definido. Además, la habilidad de los empleados para elegir planes que se deduzcan de impuestos en lugar de planes no deducibles provee de mayor seguridad en lo que concierne al compartir los costos con los empleados. El uso de planes flexibles de beneficios puede llegar a reducir el impacto de la transferencia de costos en cuanto al ingreso neto para gastos del empleado.

2.1.2.2 REDUCCION DE COSTOS

La reducción de costos intenta no solo transferir los gastos por servicios médicos de los contratantes a los empleados, sino en realidad reducir el uso de servicios médicos innecesarios, ahorrando costos tanto para los contratantes como para los empleados. Algunos de estos programas pueden tener un mejor resultado también para los empleados.

a) Segunda opinión quirúrgica

El disminuir el número de cirugías a únicamente las requeridas fue uno de los objetivos iniciales de la contención de costos para los contratantes. El primer y más común acercamiento a este objetivo es un programa voluntario de segunda opinión clínica.

Bajo un programa voluntario, en caso de que el médico recomiende cirugía el paciente puede buscar una segunda opinión y ser retribuido por el costo de esa opinión. Frecuentemente el costo de la

segunda opinión se paga completamente sin necesidad de deducible o coaseguro, aunque exista una retribución máxima establecida para esa situación. En caso de que las dos opiniones no estén de acuerdo, algunos planes cubren también una tercera opinión. Usualmente la decisión final de si habrá intervención quirúrgica, la da el paciente. Si el paciente no obtiene una segunda opinión no se aplica sanción alguna. Otros planes otorgan un incentivo para que se obtenga una segunda opinión, otorgando una mayor retribución para la cirugía a pesar de que la segunda opinión no concuerde con la primera.

El segundo tipo de programa sobre segunda opinión quirúrgica es un programa obligatorio. Este programa requiere que una segunda opinión se obtenga para una lista específica de procedimientos quirúrgicos, usualmente elegibles y servicios no urgentes. El costo por la segunda opinión, y algunas veces la tercera opinión, se pagan en 100%. Si una segunda opinión no es obtenida para una cirugía enlistada, los beneficios usualmente se reducen hasta un 50%.

La eficacia de los programas de segunda opinión médica, especialmente los voluntarios, puede ser cuestionada. El costo de cubrir una segunda y tercera opinión pueden exceder la cantidad ahorrada de las cirugías que no se llevan a cabo. También, algunas cirugías pueden ser pospuestas únicamente a una fecha posterior con la posibilidad de que aumenten durante el inter los costos por servicios médicos. Estos programas pueden también ser redundantes si el plan médico tiene una revisión por utilización de hospitales.

Un aspecto positivo de estos programas es el "efecto centinela". La existencia de un programa de segunda opinión en primer lugar puede influir en el médico con respecto a no recomendar una operación innecesaria o cuestionable.

b) Revisión por utilización de hospitales

Los costos de hospital representan normalmente entre el 50% y el 60% de las cuentas para los contratantes por servicios médicos.

Debido a los altos niveles por gastos médicos, los costos de hospitales son probablemente el área primordial a la que se enfocan la mayoría de los esfuerzos por parte de los contratantes para contener los costos. Algunos estudios también han indicado que al menos 25% de todas las admisiones y servicios dentro del hospital no son médicamente necesarios. Los programas de revisión por utilización de hospitales han sido desarrollados para reducir el nivel de los gastos y así eliminar servicios innecesarios, siempre que se asegure que el paciente recibe cuidados apropiados.

Los programas de revisión por utilización del hospital pueden tener hasta tres componentes: revisión de preadmisión, revisión de la concurrencia en los días de estancia y una revisión retrospectiva. Virtualmente todos los programas incluyen la revisión de preadmisión, mientras que los otros dos componentes son menos comunes.

Bajo un programa de revisión de la preadmisión, el individuo asegurado debe obtener una aprobación antes de ser admitido en cualquier hospital. Típicamente, una vez que el doctor del asegurado ha recomendado la admisión al hospital, el asegurado o su doctor debe contactar a los administradores del programa de revisión. Después de la revisión del diagnóstico y de recomendar el curso del tratamiento, el administrador del programa de revisión aprobará o desaprobará la admisión. Si la admisión es aprobada, el programa de revisión también usualmente autorizará el período de estancia. Si la admisión se extiende más del período de estancia autorizado, una aprobación futura será requerida.

Si la admisión al hospital no es aprobada, existe usualmente un proceso de apelación que se puede seguir.

Si el proceso de revisión no se sigue, muchos programas de revisión de la preadmisión sancionarán al asegurado mediante la reducción de niveles de cobertura del seguro. Por ejemplo, si la cobertura del seguro normalmente cubre los gastos del hospital en un 80%, la sanción podría ser una disminución de la cobertura de hasta 50%.

El segundo componente de muchos programas de revisión es la revisión de concurrencia. Los programas de concurrencia monitorean la necesidad de cuidados una vez que el individuo está en el

hospital, para asegurar que tanto el nivel como la duración de los servicios sean apropiados. Algunos de estos programas también trabajan con el paciente y el doctor en común acuerdo para trasladar al paciente a un centro de tratamiento alternativo, ya que un mejor y más efectivo costo puede resultar en esa localidad.

El componente final de algunos programas es la revisión retrospectiva. Estos programas revisan el curso del tratamiento y el nivel de cargos después de la estancia en el hospital y que el tratamiento ha sido completado. Posibles ajustes pueden ser hechos a la cantidad de gastos cubiertos si se proporcionan servicios inapropiados o se encuentran errores.

Aunque la revisión del programa por utilización del hospital es bastante común, especialmente para grandes contratantes, existen varios inconvenientes con este programa. Una cuestión son las relaciones laborales. Estos programas no son usualmente bien recibidos por los empleados. Los contratantes también deben tener una buena comunicación para que este concepto y sus requerimientos sean completamente entendidos por los empleados.

Los contratantes se interesan también sobre los posibles asuntos legales puesto que estos programas podrían afectar de forma adversa la relación paciente-doctor y la calidad de los servicios.

Finalmente, todavía no se tiene la certeza de si estos programas producen el nivel de reducción de costos que se requiere o se necesita para compensar los gastos que se producen al administrar el programa y las posibles reacciones adversas de los empleados.

c) Administración por caso

La administración por caso se utiliza con bases limitadas para reclamaciones catastróficas como nacimientos prematuros, lesiones de la columna, SIDA y víctimas de quemaduras severas. Bajo estos programas al "administrador del caso" se le asigna que trabaje junto con el médico para obtener el

tratamiento con el mejor y más efectivo costo para el paciente. Los límites en los beneficios contractuales pueden ser abandonados en manos del administrador del caso, para así se obtener un resultado con el mejor y más efectivo costo para esos servicios.

d) Admisiones en fin de semana

Una costumbre relativamente común de algunos de los médicos es el admitir pacientes al hospital en viernes o sábado para ser intervenidos durante la mañana del lunes. A pesar de que existen algunos beneficios para el paciente con esta admisión temprana, es médicamente innecesario la mayoría de las veces y muchos de los planes médicos no retribuyen los cargos por este tipo de cuidados. Los programas de utilización son típicamente usados para monitorear esta área, aunque las admisiones de fin de semana pueden ser revisadas fuera de estos programas.

e) Cirugía Externa o fuera del hospital

Los programas de cirugía fuera del hospital o ambulatoria representan otro esfuerzo para atender a los asegurados fuera del escenario llamado "hospital". Los programas inicialmente son de una naturaleza voluntaria y típicamente se ofrecen al asegurado un nivel de retribución mayor si la cirugía se desarrollaba fuera del hospital o en la oficina del doctor. Muchos programas pueden cubrir todos los gastos después de pagar el deducible, ya que de ninguna manera el ahorro de costos en un hospital excedería el incremento en los costos por cirugía ambulatoria. Otros programas solo eliminan el deducible o pagan por los servicios pagados a un 90% en lugar del 80%.

Al igual que con los programas de segunda opinión quirúrgica, algunos programas de cirugía ambulatoria pueden ser obligatorios. Para una lista específica de procedimientos, las personas cubiertas deberán obtener tratamientos en base de cirugía ambulatoria para obtener la cobertura completa. Si el

procedimiento se obtiene dentro del hospital, la cobertura se reduce a nivel de aproximadamente 50% en lugar de 80%.

La efectividad de los programas de cirugía ambulatoria puede ser cuestionada. El costo de los servicios fuera del hospital puede crecer dramáticamente para muchas clínicas, y algunos médicos pueden expandir sus servicios fuera del hospital. Algunos contratantes pagan el costo por completo por estos servicios que se desarrollan rutinariamente fuera del hospital. Finalmente, hay muy poco control por utilización o en los costos por servicios ambulatorios; por eso es necesario que se desarrolle un programa de revisión por utilización para los servicios ambulatorios, de la misma forma que para los servicios dentro del hospital.

f) Exámenes de Preadmisión

Los exámenes de preadmisión es otro concepto de la contención de costos cuyo principal objetivo es el mantener a los asegurados fuera del hospital lo más posible. Típicamente estos programas cubren las pruebas de preadmisión del hospital por completo.

Durante el desarrollo del suplemento de exámenes de preadmisión, la mayoría de los planes pactados por los contratantes han tenido como intención el cubrir todos los servicios de hospital por completo, mientras que las retribuciones por servicios ambulatorios han sido limitadas. Las personas cubiertas tienen un financiamiento mayor si obtienen los servicios dentro del hospital. Mediante la cobertura completa de los análisis y rayos-X para la determinación de un diagnóstico basados en la preadmisión, los pacientes pueden desalentarse de ingresar al hospital antes de lo necesario.

Como muchos de los planes no cubren completamente los servicios de hospital, la efectividad sobre el concepto de exámenes de preadmisión tiende a disminuir, y puede que no se contengan costos al cubrir estos análisis al 100% si se considera que la mayoría de los otros servicios están sujetos a deducibles y coaseguros.

Otra cuestión es la de que muchos hospitales, en parte debido a aspectos de malos manejos, no aceptan que los exámenes de preadmisión sean realizados en otras localidades. Algunos hospitales realizan automáticamente algunas pruebas en todos los pacientes. Las cuentas de hospital pueden no especificar estas pruebas, teniendo como resultado que el responsable del plan ni siquiera sepa si se realizaron análisis repetidos. Por lo anterior, los servicios y cuidados deben de ser tomados en cuenta cuando se diseñen estos programas para asegurar que no se está pagando por los mismos exámenes tanto en la preadmisión como dentro del hospital.

g) Localidades alternativas para los tratamientos

Algunas localidades alternativas para tratamientos pueden utilizarse también para reducir los costos de hospital. Debido al abuso potencial y a la poco clara definición de los servicios necesarios, algunas personas responsables, se están moviendo con cautela en esta área. Algunos ejemplos de localidades incluyen:

- Localidades de servicios médicos ambulatorios o externos
- Hospicios
- Centros de natalidad
- Dispensarios (casas para cuidados médicos)
- Clínicas

h) Líneas Telefónicas sin costo para el asegurado

Estas son líneas telefónicas manejadas por personal médico. En algunos casos al contratante le gustaría guiar a los empleados hacia un servicio con un costo más eficiente por lo que más que las líneas telefónicas, al contratante le conviene más un programa obligatorio, y de ser necesario con una penalización. Sin embargo, las líneas telefónicas pueden ser una alternativa para animar al paciente a ser intervenido quirúrgicamente o en obtener una segunda opinión.

i) Medicinas prescritas

Una creciente población y una industria farmacéutica competitiva, que desarrolla nuevos y caros tratamientos médicos han ayudado a elevar los costos de las medicinas. Los costos han aumentado más rápidamente que cualquier otro componente involucrado en los costos médicos.

Las acciones de los contratantes al respecto incluyen el aumento en la participación de los empleados en los costos y el crear incentivos para usar medicinas comunes, y ordenarlas por correo.

Las prescripciones médicas son bastante comunes y un beneficio valuable para los empleados. Típicamente estas prescripciones permiten a un asegurado el obtenerla en alguna farmacia con poco costo o sin costo alguno. Sin embargo, la cantidad con la que participa el empleado puede aumentar para ayudar a disminuir estos costos incrementados y así reducir la posible sobre utilización de estas recetas.

Los responsables del plan deben tratar de alentar también al uso de medicinas comunes mediante la incorporación de una menor cantidad que pagar.

Para las personas cubiertas en condiciones crónicas y que requieren un suministro de medicinas por largo tiempo, se pueden establecer programas de medicinas por correo. Bajo estos programas las personas cubiertas (en el caso de colectivo o el contratante en el caso de seguro de grupo) pagan solamente un deducible y reciben una provisión regular de 30 o más días de medicinas.

j) Bono de efectivo para el empleado

Para incitar a la efectiva utilización de los planes médicos, se han establecido programas de incentivos que devuelven a los empleados cualquier cantidad que se haya ahorrado de los costos esperados en el año. Es decir, la cantidad que no se gastó se divide proporcionalmente entre todos o algunos de los participantes (contratante, empleado, asegurador) en el plan.

k) Programas de Bienestar

Los programas de bienestar pueden ser los mejores programas y de más larga duración para contener los costos. Mediante la práctica de la medicina preventiva, los problemas relacionados con la salud y sus costos se pueden contener si se previenen antes de que sucedan. Entre los factores que se considera están relacionados con el modo de vida y que usualmente se consideran en los programas de bienestar se encuentran: el fumar; el peso; la presión sanguínea; la falta de ejercicio; el consumo de alcohol; los niveles de colesterol; y la falta de uso de los cinturones de seguridad en los autos.

Para asumir este problema, los contratantes pueden proporcionar "Programas de Bienestar", que ofrezcan a los empleados incentivos para cambiar sus malos hábitos, con la esperanza que los cambios en el modo de vida de los empleados disminuyan los costos por servicios médicos.

Los "Programas de Bienestar" pueden tener diversas formas. La primera es en la que el contratante puede buscar la manera de ayudar a los empleados a identificar estos malos comportamientos a través de la educación (propaganda, periódicos, seminarios), de exámenes físicos periódicos o solicitudes, es decir el monitoreo dirigido a cuestiones específicas (hipertensión, glaucoma), o cuestionarios sobre la salud. Cuando comportamientos de alto riesgo son identificados, los contratantes pueden animar a los empleados a tener buenos hábitos mediante incentivos financieros. Los contratantes pueden pagar por acudir a cesiones clínicas de fumadores, clínicas para reducir de peso, o clínicas para tratamientos de la tensión. Esto puede acompañarse por un departamento de

"Bienestar" dentro de la compañía, a través de acuerdos firmados con gente de fuera, o por acuerdos para reembolsar al empleado. Los contratantes pueden también ofrecer "bonos" a los empleados que dejen de fumar o que pierdan peso.

Un arreglo que frecuentemente surge bajo los ideales de los programas de "bienestar" es el programa de asistencia de empleados (PAE). Estos comienzan principalmente en el área de programas de alcoholismo, pero pueden enfocarse para proveerse un soporte en otras áreas que puedan afectar el desarrollo del empleado y su salud, y que pueden guiarlo a costos por desórdenes psiquiátricos. Este programa generalmente se enfoca a conceptos como el abuso en droga y alcohol, así como problemas legales, emocionales o familiares. El empleado puede voluntariamente usar el PAE¹, o su supervisor puede recomendar que ingrese en él (quizás en sustitución de una acción disciplinaria). El PAE puede hacer referencias a sujetos externos para ayudar al empleado con su problema. En ocasiones, para controlar posibles futuros costos, el contratante puede requerir que el empleado use el PAE para así recibir su retribución (esto puede ser más común para reclamaciones psiquiátricas).

Como los ahorros obtenidos por los programas de bienestar deben experimentarse usualmente por un largo periodo de tiempo, los contratantes deben tomar con calma las acciones dentro de esta área debido a los costos que se producen al establecer estos programas.

1) Negociaciones directas del contratante

Algunos grandes empresarios han negociado la reducción de tarifas directamente con los proveedores como los hospitales y los doctores. Coaliciones de contratantes se han reunido en algunos puntos con el mismo propósito, en caso de que un empresario sólo no sea lo suficientemente grande para negociar un arreglo de tarifas.

¹ Así denotado, para efectos del presente trabajo, por el acrónimo PAE.

2.1.2.3 ADMINISTRACION DE COSTOS

a) Auditorías en las cuentas del hospital

Para asegurar que las cuentas del hospital en realidad reflejen los servicios recibidos, los encargados de los planes deben hacer una revisión regular a algunas o todas las cuentas de hospitales. Bajo algunos programas, las cuentas de hospital que excedan cierta cantidad son completamente repasadas para una mayor seguridad.

Bajo algunos programas se les puede conceder a los empleados un incentivo para revisar sus cuentas de hospital. Si un empleado encuentra un error en el importe, éste comparte la diferencia con el responsable del plan, es decir como un incentivo para los empleados para encontrar errores en las cuentas del hospital, el empleado puede recibir una parte de la cantidad cobrada por error. El mismo procedimiento puede aplicarse a las auditorías hechas por los empleados a las cuentas de los médicos.

b) Auditorías por reclamaciones

Los administradores del plan deben examinar lo acertado del plan y el tiempo del proceso de reclamación para revisar si es correcto.

c) Análisis de la utilización de estadísticas

Una revisión de las estadísticas por utilización de servicios médicos en relación con los empleados y sus familias pueden frecuentemente ayudar a identificar problemas de especial atención. Este tipo de revisión es particularmente importante antes de considerar la implementación de los programas de contención de costos.

d) Descuentos por pronto pago

Algunos proveedores de servicios médicos pueden otorgar descuentos cuando se paguen las cuentas de hospital durante un corto periodo de tiempo. Por ejemplo, un hospital puede ofrecer descuento si el importe se paga antes de 30 días.

2.1.2.4 COMUNICACION LABORAL

Los empresarios o contratantes normalmente han dado poca prioridad y un bajo valor a la comunicación con los empleados de los beneficios que se otorgan en el plan. Sin embargo, debido a su complejidad, los suplementos que benefician la contención de costos aumentan enormemente la necesidad de crear relaciones laborales efectivas. Para que el proyecto de contención de costos obtenga los resultados deseados, los trabajadores deben de conocerlos y ser educados sobre su uso. Esto es particularmente cierto para aspectos como la segunda opinión quirúrgica o la revisión por utilización, que pueden requerir que los empleados tomen acciones específicas para evitar penalizaciones.

2.1.3 FUNCIONAMIENTO DE LA CONTENCIÓN DE COSTOS

Durante los ochentas muchos contratantes experimentaron una gran disminución en los incrementos de los costos de sus planes médicos, al menos comparando con los turbulentos periodos de alta inflación de años anteriores. Sin embargo, a finales de los ochentas más y más contratantes experimentaron un repunte en sus costos por servicios médicos.

Las posibles razones para el retomo del rápido incremento en costos por servicios médicos son tan numerosas como el número de empresarios que experimentan incrementos de dos dígitos en sus costos. Algunas de las razones más importantes pueden incluir las siguientes:

- Los ahorros logrados pueden ser el resultado de una menor inflación general en relación con los esfuerzos hechos por los empresarios para contrarrestar la alta inflación en los costos por servicios médicos. Es decir, los costos por cuidados médicos pueden incrementarse al doble que la inflación general. Los contratantes y aseguradores pueden ser muy optimistas en los ahorros proyectados que quieren obtenerse mediante los esfuerzos por contención de costos, con los primeros ahorros resultantes más favorecedores que los reales.
- Puede existir una mayor transferencia en los servicios médicos de un hospital a una localidad diferente de ésta (la oficina del médico o clínica). Muchos contratantes proporcionan el 100% de la cobertura si se utilizan los servicios médicos ambulatorios. Esta explosión en los servicios ambulatorios puede ayudar a incrementar otra vez los costos por servicios médicos más rápidamente que los costos en general. La situación de esta transferencia de sitios se agrava más si se considera que los servicios ambulatorios generalmente no se sujetan al mismo control que los servicios realizados en un hospital.
- Los costos de hospital incrementan de forma rápida. El éxito de reducir el número de admisiones a los hospital puede resultar en pocos pacientes entre los cuales se pueden extender los costos establecidos. Un alto porcentaje de pacientes que se admiten están críticamente enfermos, y requieren de tratamientos especiales. Los costos de hospital no han sido los únicos que pueden incrementar sino que también pueden aumentar los costos laborales (especialmente enfermeras), equipo caro y nuevo y los malos manejos en los costos del seguro.
- Los costos elevados de la moderna tecnología médica y medicinas nuevas.
- El envejecimiento de la población y el incremento en los costos de los beneficios por retiro.
- Los costos incrementados por los malos manejos del seguro y el efecto de amenaza de los malos manejos pueden incrementar la utilización de hospitales y los análisis por parte de los médicos.

El contener los gastos médicos puede ser comparado con comprimir un globo. Si el exceso de costos se comprime en una área, éstos se pandean hacia otra. Sin embargo, el presente incremento en los costos de los servicios médicos se manifestará en un mayor interés por parte de los empleados en lo que respecta a la contención de costos siempre que los contratantes continúen en la búsqueda de caminos para dejar libre un poco de aire del globo de los costos por servicios médicos, en lugar de transferir o comprimir estos costos a otras áreas.

2.2 CONSIDERACIONES PRACTICAS

2.2.1 Perspectiva del Contratante

Cuando un programa para la contención de costos se implemente en una compañía, el contratante debe de hacer un balance entre un posible ahorro en los costos por servicios médicos y una posible mala relación con los empleados.

- a) **Acceso voluntario vs. acceso obligatorio.** Muchos de los suplementos para la contención de costos mencionadas anteriormente pueden diseñarse para ser voluntarias con o sin incentivos, u obligatorias con penalización. El acceso voluntario frecuentemente puede precisar de un coaseguro alto (generalmente de 100% después del deducible) por el cumplimiento de los suplementos, mientras que el acceso obligatorio puede reducir el coaseguro de un 80% a un 50% o presentar una cantidad establecida por el no cumplimiento.

Los planes voluntarios, aún con incentivos, pueden ser generalmente menos efectivos que los planes con penalización. Sin embargo, un contratante puede elegir un acceso con incentivo para contener los costos porque puede considerarse que es menos hostil que un plan con

penalización. Aunque los accesos con penalización puede presentar un gravamen financiero significativo para los empleados que no cumplan, éste tiende a ser más efectivo. Sin embargo, un acceso con penalización puede crear confusión y mala voluntad si se implementa y los empleados no están completamente conscientes de las consecuencias. Estos puntos crean la necesidad de una buena comunicación sobre el programa, antes de ser instalado.

- b) **Comunicación con los empleados.** Cuando se introduce un programa de contención de costos, debe existir material escrito que explique completamente cada suplemento del programa, y debe resaltar todos los requerimientos y posibles castigos. También puede haber juntas o reuniones en donde el programa se explique y los empleados puedan formular preguntas para aclarar sus dudas.

Frecuentemente con la instalación del programa, a pesar de las juntas, catálogos, y otros esfuerzos para comunicar el programa, el empleado cuando se enfrenta con una situación real de cirugía o de admisión al hospital, puede olvidar seguir los pasos y no evitar la penalización. En algunos planes, los contratantes o la aseguradora puede dejar pasar el castigo la primera vez que un empleado o beneficiario no cumpla, especialmente al principio del programa, puesto que no es la intención del empleado causar un gravamen al contratante, por lo que se le alenta a ser un consumidor más cuidadoso.

Además de la instrucción a los empleados sobre las nuevas reglas, la buena comunicación puede servir para presentar el programa como una situación positiva. En el catálogo típico del empleado que introduce a los programas de contención de costos, el programa puede describirse como un medio de proveer la misma calidad en los servicios médicos pero de manera que el costo sea más efectivo, y posiblemente ahorrar al empleado o su beneficiario un gasto innecesario por internarse en el hospital. Frecuentemente, cuando una línea telefónica sin costo se incluye, se considera un beneficio, puesto que existe alguien disponible para guiar a los empleados y sus familias a la toma de decisiones sobre aspectos de cuidados de la salud.

- c) **Reacciones de los empleados y sindicatos.** A pesar de los esfuerzos por comunicar el programa de contención de costos de manera positiva, puede haber reacciones negativas hacia el programa, especialmente para aquellos donde existe una penalización. El empleado puede sentir que su anterior libertad de elegir se limita con estos suplementos. Aunque la penalización no se aplique, los programas de contención de costos pueden ser vistos como una reducción en los beneficios, puesto que existe la posibilidad de un pago menor si hay un programa para contener los costos, como ejemplo un coaseguro reducido, o días denegados en el hospital. El empleado puede sentir también que el contratante interfiere con la relación paciente-doctor, al requerir una segunda opinión clínica, puesto que se puede negar la admisión al hospital que el doctor recomendó, o mediante la prescripción sobre el tiempo de su estancia en el hospital.

En planes colectivos o de grupo, la reacción de los sindicatos debe ser también considerada. En algunos casos, los sindicatos o uniones pueden tomar la posición de que la implementación de un programa para contención de costos es una reducción de beneficios. En otros casos, pueden apoyar el programa. De todos modos, los sindicatos frecuentemente comprenden el efecto en el alza de los costos por servicios médicos, y si este aumento puede ser controlado, quedaría dinero para beneficios adicionales como un incremento en los salarios, etc. Es más, también cuando los fondos del sindicato pagan por parte del paquete de beneficios, el sindicato tiene un interés particular para controlar los costos. En algunos casos, los sindicatos pueden trabajar junto con el contratante para el diseño y la instalación de programas de contención de costos.

- d) **Costos.** En algunos casos, una aseguradora puede reunir paquetes de suplementos para contener los costos con sus planes de grupo para la salud, y puede cobrar primas menores que por un plan comparable sin contención de costos, porque existen ahorros anticipados. En estos casos, el contratante debe considerar la opción de potenciales costos menores para el plan de gastos médicos contra las posibles reacciones adversas de los empleados al implementar un programa de contención de costos.

En otros casos, la aseguradora o tercera parte puede "vender" un programa de contención de costos (junto con su administración) a un costo adicional para el contratante (esto en el caso de que un contratante quiera un programa de contención de costos pero no lo pueda administrar). Como esto significa un costo de prima adicional, el contratante debe considerar si los ahorros que espera en dinero reclamado garantizan el costo adicional del programa, unido a la posibilidad de reacciones adversas de los empleados. Cuando los sindicatos se involucran, la distribución de la prima adicional tiene que ser justificada en términos de dinero ahorrado que se esperaba gastar en mejoramiento de los beneficios.

2.2.2 Perspectiva de la Compañía de Seguros

- a) **Complicaciones del sistema.** Con el propósito de hacer trabajar un programa de contención de costos, el administrador (aseguradora) debe ser apto para llevar a cabo los suplementos del programa. Además, cuando se realice el proceso de pago por reclamación, la persona que aprueba la reclamación debe de ser apto para determinar si los requerimientos del programa de contención de costos se han cumplido, si debe de aplicarse alguna penalización, etc., es decir, debe existir una unión entre los sistemas manual y electrónico que apoyan al proceso reclamación-pago, y los sistemas que contienen información sobre el programa de contención de costos. Por ejemplo, para cualquier reclamación quirúrgica, la persona que aprueba debe ser apto para determinar si la segunda opinión se ha obtenido; en el caso de hospitalización, las evidencias del certificado de preadmisión deben estar disponibles para que la persona que aprueba la reclamación determine el número de días que serán cubiertos.

Es más, con el fin de administrar ciertos suplementos como la revisión de preadmisión y la revisión concurrente, puede ser necesario la recolección de información sobre la utilización, y al unir ésta con la información demográfica de los asegurados se pueden determinar normas de práctica para ser aplicadas, y así poder detectar en donde se encuentran los abusos. El administrador puede también necesitar sistemas que midan los resultados de varios programas para contener los costos, puesto que los compradores de los programas de contención de costos pueden requerir reportes sobre los ahorros, para convencerse que los cambios administrativos se justifican.

- b) **Costos vs. Beneficios.** La introducción e implantación de los programas de contención de costos no se realizan con la ausencia de costos administrativos. Con el fin de administrar estos programas para contener los costos, las aseguradoras deben tener un departamento dedicado a funciones como la revisión de preadmisión, o en su defecto debe contactar administradores especializados. Además, pueden existir costos relacionados con la modificación de los sistemas de cómputo existentes de pagos por reclamación que sustentan los mecanismos para la contención de costos, y la recolección de información para analizar los resultados.

La aseguradora puede esperar que estos costos administrativos se compensen con los ahorros obtenidos por las cantidades reclamadas. Con la expectativa de que los ahorros anticipados se reflejan en las reducciones de tarifas prospectivas, puede haber una pérdida si los ahorros no se materializan en la gran dimensión con que se proyectaron. Sin embargo, si lo anterior causa alzas en años futuros, y los grupos se enfocan a otros medios, la aseguradora puede tener una base más pequeña para esparcir los gastos de administración.

Para las aseguradoras que cobren por servicios administrativos para contener los gastos, los costos deben ser menos que los ahorros proyectados en dinero reclamado, con el fin de hacer el programa atractivo para los contratantes. Recalcando, si los ahorros anticipados no se realizan, los contratantes pueden buscar otra vía, dejando una menor área para el esparcimiento de los costos por departamento y por sistemas.

2.3 PROPUESTAS DE SOLUCION

Algunas áreas en las cuales operar para un posible control de costos en el futuro incluyen:

- **Aumentar el control y la administración de los médicos y especialistas que proveen servicios médicos, particularmente para moderar la sobre utilización de estos servicios.**
- **Implementar esfuerzos para controlar la utilización de servicios médicos ambulatorios (oficinas de médicos).**
- **Incremento en el uso de técnicas de administración por cada caso para aplicar los servicios médicos a empleados.**
- **Un mayor interés por parte de los contratantes en los esfuerzos para contener los gastos médicos relacionados con los beneficios por retiro.**
- **Un mayor interés por parte de los contratantes en programas de beneficios flexibles para contener costos, mejor utilización en los límites que se aplican a las suma asegurada y un incremento en el conocimiento de los beneficios y de los costos por parte de los empleados.**

Los contratantes se deben dar cuenta de que no existe una simple panacea sobre el problema de la alza en los costos por servicios de la salud. Aunque un primer acercamiento a la contención de costos sea exitoso, el cambio sólo puede recaer en un menor nivel de costos, que estarán sujetos a una alza en el futuro. Por ejemplo, aunque exista un ahorro en costos por transferir los servicios de un hospital a un servicio ambulatorio, esos ahorros sólo se pueden generar una vez. Para producir ahorros adicionales, los contratantes deben realizar acciones futuras.

Algunos aspectos para la contención de costos aquí mencionados pueden resultar en favor del control de costos, mientras que otros pueden fallar.

2.4 EVALUACION DEL CONTROL DE PERDIDAS

a) Falta de Control de los Grupos

Generalmente en los estudios estadísticos, los datos obtenidos sobre el control de grupos (que no participan en lo que se prueba) son utilizados como una norma para la medida de resultados. En general, los programas de contención de costos para un grupo se instituyen a través de un consejo, por lo que no es posible saber, para un grupo en particular, como serán los resultados con la falta de un programa para contener los costos.

3. TARIFICACION POR EXPERIENCIA PROPIA Y METODOS DE FONDEO

El seguro de grupo de gastos médicos mayores se divide en seguros de experiencia global y en seguros de experiencia propia. El seguro de experiencia propia es aquel cuyo precio se determina conforme a su experiencia de siniestralidad, debido al tamaño de la mutualidad cubierta en el contrato.

A pesar de que el seguro de grupo por experiencia propia necesita de un determinado número de personas para poder obtener su tarificación, este puede ser una opción para tratar de evitar las posibles pérdidas propias del seguro de gastos médicos mayores de grupo, siempre que se unan a los métodos para la creación de fondos.

La tarificación por experiencia es un proceso mediante el cual a un contratante se le da el beneficio financiero de, o se mantiene financieramente responsable por, su experiencia pasada por reclamación dentro de los cálculos para la tarificación del seguro.

Los cálculos para la tarificación prospectiva son la evaluación de una probable experiencia para realizar la tarificación de un período en el futuro, conduciendo a la prima de tarifa que se cobrará. En caso de que no haya tarificación por experiencia, las tarifas se basan en tarifas de manual o de la comunidad, que son tarifas prospectivas basadas en características similares de otro seguro o en características demográficas del grupo, pero no en su propia y específica experiencia por reclamaciones.

Los cálculos retrospectivos son la evaluación y la medida de la experiencia financiera de un período de tiempo en el pasado, utilizados para determinar el costo de proveer el seguro por ese período para el contratante. El contratante se considera financieramente responsable por ese costo, más que por el costo prospectivo solamente.

a) RAZONES PARA APLICAR LA TARIFICACIÓN POR EXPERIENCIA PROPIA

Existen numerosas razones para el uso de la tarificación por experiencia propia. Los contratantes frecuentemente prefieren pagar una prima basada en la experiencia única de su propio grupo, más que el tener su experiencia fusionada con otros grupos.

Fusionar la experiencia es, de alguna forma, lo opuesto de la tarificación por experiencia propia - un número de grupos promedian su experiencia con el propósito de realizar la tarificación, dentro de una experiencia "incorporada" (fusión o pool²). Algunos grupos dentro de la fusión tendrán más reclamaciones que el promedio, por lo que si la tarifa de su prima se basara en su propia experiencia, tendrían que pagar una prima más alta que la promedio. Esto entonces significa que grupos con menos reclamaciones que el promedio deben pagar primas más altas que las dictadas por su experiencia, que se pueden ver como una suministración de fondos a grupos con un mayor número de reclamaciones.

La aseguradora, por otro lado, generalmente le gustaría cotizar y cobrar primas que sean tan competitivas como sea posible, pero considerando el objetivo de obtener una utilidad. Si un grupo requiere una cotización por parte del asegurador, y el asegurador verdaderamente cree que el grupo tiene una menor expectativa de reclamación que la promedio, el asegurador preferirá basarse para cotizar en las características propias de ese grupo, más que en una expectativa por reclamaciones promedio. Sin embargo, el asegurador no puede cobrar al grupo con menor reclamación que el promedio, una prima menor a la promedio sin equiparar ésta, mediante el cargo de una mayor prima a los grupos con mayores reclamaciones. El asegurador no debe confirmar a un grupo con su propia experiencia cuando no está teóricamente justificado, puesto que esto requeriría una confirmación paralela de una mala e injustificada experiencia de otros grupos. La presión de la competencia, sin embargo, puede causar que esto suceda a pesar de la justificación teórica.

² Palabra en inglés que se refiere al hecho de juntar la experiencia de un grupo expuesto al mismo riesgo, en este caso al riesgo de enfermarse o accidentarse.

El establecimiento del nivel para la experiencia por reclamaciones pasada que se considera estadísticamente creíble normalmente involucra un balance entre las consideraciones teóricas y las prácticas. En el desarrollo de modelos teóricos de las reclamaciones de grupo, una suposición comúnmente hecha es la independencia estocástica de las reclamaciones. Esto significa que la existencia y el tamaño de las reclamaciones en un período dado (como un año póliza por venir) es independiente de las reclamaciones que ocurrieron en el período previo. Esto puede ser más o menos cierto para algunas coberturas, como muerte por accidente no ocupacional. Y es definitivamente no cierto con otros, como las coberturas por gastos médicos mayores. Por esta razón, muchos de los modelos teóricos que se usan para desarrollar niveles de confiabilidad pueden representar una relación de la experiencia pasada. Este hecho puede de algún modo justificar las fórmulas de tarificación por experiencia basada en la competencia que se usan hoy en día. Si un asegurador erróneamente une la experiencia de grupos que en realidad tienen su propia experiencia estadísticamente válida, los grupos con expectativas de reclamación más altas que el promedio se subsidian por los grupos con expectativas de reclamación menores que el promedio. Si las aseguradoras de la competencia no hacen el mismo error, ellos cotizarán válidamente primas bajas para los grupos de baja reclamación, induciendo a esos grupos a emigrar de la fusión de la aseguradora. Los grupos con reclamación alta se quedarán en la fusión, donde ya no habrá los grupos de baja reclamación que los subsidien, causando que las reclamaciones promedio en la fusión incrementen. Esta antiselección es una razón importante de porque un asegurador no puede fusionar grupos con experiencia creíble. El contratante pueden creer que su experiencia es creíble cuando ésta no lo es, y por eso pueden cambiar su cobertura a bases donde el costo esté basado en reclamaciones reales, como en un plan manejado por ellos mismos. Desafortunadamente, cuando una gran reclamación ocasionalmente ocurre, el contratante puede entender el valor de la fusión.

b) APLICACIONES, COBERTURAS Y TAMAÑO DEL GRUPO

La tarificación por experiencia puede aplicarse a cualquier cobertura donde existen razones para creer que los individuos pertenecientes al grupo, cuyo tamaño es mayor que aquel del nivel

seleccionado, tienden a tener características que hacen que el grupo tenga expectativas de reclamación seguramente diferentes a las del promedio. Estas características pueden ser demográficas, de modo de vida, de ingreso promedio, industriales y otras.

El tamaño mínimo seleccionado para la tarificación por experiencia es una expresión de mínima confiabilidad de porque el asegurador elige el reconocerla, ya sea por razones prácticas o teóricas. Algunas de las consideraciones teóricas que entran para la elección del tamaño mínimo del grupo para la tarificación por experiencia propia son:

- Las coberturas con menor frecuencia de reclamación son más volátiles, puesto que requieren de una mayor exposición para un nivel de confiabilidad dado, a diferencia de las coberturas con una alta frecuencia de reclamación.
- Las coberturas con tamaño de reclamaciones variables tienden a ser volátiles, ya que no se sabe si se debe esperar una reclamación poco considerable o una reclamación de relevancia.
- El intervalo de confianza estadístico seleccionado por el asegurador puede pensarse como un nivel de confiabilidad donde se puede estar X% seguro que el nivel de reclamación caerá en a lo más en Y% de los valores observados (cuando se establece explícitamente un "X%" se puede elegir que sea 90% o 95%).
- La porción de experiencia propia de la fluctuación estadística varía inversamente a la raíz cuadrada del número de reclamaciones o vidas expuestas, es decir, la exposición debe tomar 4 veces para doblar la confiabilidad.
- La típica medida de la confiabilidad es el número de personas cubiertas.

Estas consideraciones teóricas deben examinarse junto con las consideraciones prácticas, como:

- La presión de la competencia.
- Las áreas administrativas y directivas dentro de la compañía, y su habilidad para equilibrarse con la tarificación por experiencia propia.
- El balance entre el costo agregado de aplicar la tarificación por experiencia propia y las posibles ganancias agregadas por el volumen y la calidad del nuevo negocio.
- El efecto en cualquier negocio existente por el cambio en el nivel de confiabilidad.
- La filosofía administrativa con respecto a la tarificación por experiencia propia.
- La necesidad de autoconsistencia interna entre las clases de negocios.

Estos factores deben sintetizarse por el asegurador del grupo a través de un acercamiento unificado hacia la tarificación por experiencia propia, tanto prospectiva como retrospectiva, uno que refleje la comprensión de las consideraciones tanto teóricas como prácticas.

3.1 TARIFICACION POR EXPERIENCIA PROSPECTIVA

El establecimiento de tarifas de primas prospectivas para grupos individuales (no incorporaciones), basado en la propia experiencia del grupo, puede considerarse una parte del proceso de asegurar, el proceso de evaluar y cuantificar el riesgo asociado a casos particulares. La herramienta más valorada y apreciada por el actuario para este propósito en la tarificación prospectiva es la evaluación de la experiencia pasada del grupo. Esta evaluación de la experiencia pasada para la tarificación prospectiva generalmente tiene lugar sin considerar si se aplicará la tarificación por experiencia retrospectiva.

3.1.1 DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA POR RECLAMACIÓN

El punto de partida para la tarificación por experiencia prospectiva es la experiencia pasada por reclamación del grupo.

La mayoría de la información relacionada con las reclamaciones empieza con la cantidad de dinero pagada por estas reclamaciones durante el año de la experiencia. Como un ejemplo, considérese el año de la experiencia para un grupo muestra cuyo contrato cubra el período 1/1/Z hasta 31/12/Z. Los datos de pago entonces serían todas las reclamaciones pagadas en este período. Como algunas de las reclamaciones pagadas en el año Z en realidad se realizaron en Z-1 o antes, y puesto que algunos de las reclamaciones realizadas en Z no han sido pagadas ni en 31/12/Z (o tal vez ni reportadas), es necesario hacer un ajuste en las reclamaciones pagadas para quitar las reclamaciones pagadas en Z pero realizadas antes de Z, y para incluir una estimación para las reclamaciones realizadas en Z pero aún no pagadas. El proceso de ajuste resulta en las "reclamaciones incurridas" que representa (al menos teóricamente) todos los pagos por reclamaciones, sin importar cuando se pagaron, lo que se convierte en riesgos durante el período de experiencia.

Puesto que las tarifas de primas deben, como un aspecto práctico, ser conocidas antes del aniversario de la póliza, procede que la experiencia del año inmediatamente precedente al año póliza no está disponible en el momento del proceso de tarificación. El año de experiencia usado debe de esta manera terminar normalmente algunos meses antes del día de renovación.

La fórmula común para reclamaciones incurridas es:

$$\begin{aligned} \text{Reclamaciones incurridas} &= \text{Reclamaciones pagadas} \\ &+ \text{Reserva terminal} \\ &- \text{reserva inicial} \\ &= \text{Reclamaciones pagadas} \\ &+ \text{incremento en la reserva (que puede ser negativo)}. \end{aligned}$$

En muchos casos de grupos asegurados, pueden existir pólizas de conversión a asegurados que dejan el grupo, que son aquellos que pierden la cobertura del grupo. Esta póliza de conversión tiende a no ser autosuficiente, frecuentemente por las regulaciones, creando una responsabilidad sin fondos para el asegurador fuera de la conversión. Cuando este es el caso, o cuando existen casos similares, como exposiciones periódicas fuera del contrato de la aseguradora, estas exposiciones o responsabilidades deben de incluirse en las reclamaciones incurridas. Lo que importa es que esos cargos se incluyan en alguna parte de los cálculos para la tarificación.

3.1.2 MÉTODOS DE FUSIÓN

El asegurador frecuentemente puede aplicar algunas técnicas que pueden abatir las casuales fluctuaciones estadísticas que pueden causar que la experiencia particular de un grupo sea poco usual. Estas técnicas se conocen como "métodos de fusión", y son métodos algebraicos en los cuales la experiencia del grupo se combina con aquella de otros grupos en un proceso para promediar. El propósito de este procedimiento es el desarrollar las tarifas de las primas que se cobraran en el futuro. El objetivo principal del asegurador es el escoger los métodos que harán las tarifas resultantes del ejercicio tan atractivas como sean posible para el contratante, siempre que no se pierdan los objetivos del asegurador relacionados con la corporación.

Es importante recordar que el cargo por fusión incluido en el análisis de la experiencia debe ser suficiente para igualar las modificaciones del costo promedio por reclamaciones hecho a través del proceso de fusión.

a) **FUSIÓN DE RECLAMACIONES CATASTRÓFICAS**

Este método de fusión típicamente toma el concepto de "perdonar" reclamaciones excepcionalmente altas de individuos dentro del grupo. Esto se efectúa removiendo la porción de reclamaciones pagadas o incurridas arriba de cierto límite propio de reclamaciones individuales (estas reclamaciones frecuentemente se llaman "catastróficas", "suspensión de pérdida" o "interrupción de pérdida"). Un cargo promedio se hace a todos los grupos que participan en esta condición, sin considerar si un grupo en particular en realidad tuvo una reclamación catastrófica.

Teóricamente, se trata de dos distribuciones de reclamaciones esperadas:

- (1) Una distribución para reclamaciones individuales, como en la distribución de reclamaciones por gastos médicos mayores, y
- (2) Una distribución del total de reclamaciones esperadas por un grupo cuyos individuos están sujetos cada uno a la distribución por reclamaciones individuales. Esta es la variable aleatoria en la cual la tarificación por experiencia propia se basa, y que puede modificarse por varios métodos de fusión.

En seguros de incapacidad permanente, el límite de las reclamaciones catastróficas frecuentemente toman la forma de "reclamaciones que continúan por más de X años", mientras que en seguro médico se expresa generalmente como una cantidad específica.

b) **PESO DE LA CONFIABILIDAD**

El peso de la confiabilidad se efectúa introduciendo grupos en cada una de las varias categorías de tamaño mediante un factor de confiabilidad. Este factor puede ser:

- **cero:** equivalente a no tener confiabilidad, lo que significa que la propia experiencia del grupo no es creíble del todo.
- **uno:** lo que significa que la experiencia del grupo es totalmente creíble, y por tanto no se fusionará por este método, o
- **algún valor entre cero y uno.**

La fórmula base usada en este método es:

$$\begin{aligned} \text{Reclamaciones incurridas} &= (C)(\text{reclamaciones después de fusionarse incurridas antes de la fusión}) \\ &+ (1-C)(\text{reclamaciones incurridas esperadas}) \end{aligned}$$

"C" es el factor de confiabilidad, y las "reclamaciones incurridas esperadas" son las reclamaciones que pudieron ocurrir si el grupo hubiera experimentado reclamaciones al nivel promedio de la fusión.

El método de fusión es frecuentemente expresado como el peso de confiabilidad por razones de pérdida, más que por las reclamaciones incurridas. Esto puede verse fácilmente si se dividen ambos lados de la ecuación arriba mencionada por la prima ganada.

$$\begin{aligned} \text{Razón de pérdida} &= (C)(\text{Razón de pérdida antes de la fusión}) \\ &+ (1-C)(\text{Razón de pérdida fusionada}) \end{aligned}$$

c) PROMEDIO VARIOS-AÑOS

Otro método de fusión, que puede ser usado como una modificación para otros métodos o por sí misma, es el combinar muchos años de experiencia, con el fin de uniformar las fluctuaciones estadísticas inherentes a la experiencia de un sólo año. Esto frecuentemente toma la forma de peso promedio, como:

$$\begin{aligned} \text{Razón de pérdida fusionada} &= ([5 \text{ (la razón no fusionada de Z en el año Y)}] \\ &+ [3 \text{ (Z-1)}] \\ &+ [1 \text{ (Z-2)}]) / 9 \end{aligned}$$

Este método puede ser menos útil cuando existen muchos cambios (vueltas) en el grupo, así como en casos donde la vieja experiencia es de uso limitado, como en el caso del seguro médico.

3.1.3 DESPUÉS DE LA FUSIÓN

Puesto que muchos aseguradores tienen portafolios de grupos con fechas de renovación esparcidas durante el año, la tarificación por experiencia prospectiva es un proceso continuo, y es muy difícil el mirar la experiencia agregada de una sola fusión al mismo tiempo. Muchos aseguradores por ello asumen la experiencia a través de las tarifas del manual para representar la experiencia agregada de la fusión, y realizan fechas actualizadas a las tarifas de los manuales para mantenerse al día con la experiencia fusionada.

Si el nivel de reclamaciones fusionado o del manual (o razón de pérdida) se establece correctamente al nivel promedio de la fusión completa, el resultado agregado de aplicar una fórmula a todos los grupos será que el total de todas las reclamaciones "pos-fusionadas" incurridas, incluyendo los cargos por fusión, será igual al total de las reclamaciones "pre-fusionadas" incurridas. Si el nivel del manual se establece incorrectamente a un nivel no equivalente al verdadero promedio, el resultado de fusionar será las reclamaciones fusionadas o razones de pérdida que promedien en algún momento entre el promedio verdadero y el nivel del manual. Resultados similares ocurren con los otros métodos de fusión cuando el valor de las reclamaciones fusionadas no se estima correctamente. El resultado del proceso de fusión es significativo en el caso retrospectivo, donde existe un cargo verdadero junto a un reembolso o dividendo; en el caso prospectivo el cargo está en contra de primas futuras que son contingentes por parte del contratante que acepta y paga las tarifas.

Como en muchos análisis actuariales de la experiencia, es necesario considerar las bases de exposición que corresponden a los cargos por reclamación. Este puede, ya sea la prima ganada o una medida del número de personas cubiertas.

Una vez que las reclamaciones y la exposición se han identificado mediante bases consistentes, su razón proporciona un costo unitario, el costo por unidad de exposición. Este histórico costo unitario es el punto de partida para los costos unitarios proyectados.

El siguiente paso en el proceso de tarificación por experiencia es el trasladar la experiencia histórica, la cual es representativa de los negocios en el periodo de tarificación proyectado, a la experiencia futura esperada. Esto involucra el "comportamiento" de la experiencia, tomando en cuenta posibles cambios en los costos por reclamación debido al tiempo. Algunos de los factores que pueden influir en los costos esperados en el periodo de tarificación prospectivo son:

- Cambios en programas del gobierno, puesto que afectan el costo de los beneficios creados para su suplemento,
- Comportamientos cíclicos en las remuneraciones por incapacidad o tiempo de inhabilitación,

- Comportamiento en la mortalidad
- Comportamiento de la utilización y de los costos por los servicios médicos, incluyendo las consecuencias por los cambios en los acuerdos negociados con los proveedores,
- Cambios en las características demográficas de los grupos analizados,
- Cambios en los beneficios del mismo plan,
- Oportunidades de antiselección por parte de los asegurados, que continúen, debido a cambios en los beneficios o las primas, o debido a cambios en el medio asegurador, como incremento en la competencia por alta cantidad de opciones,
- Otros cambios en el medio asegurador, económico o financiero, y
- Cualquier otro factor que se pueda esperar tenga algún efecto en los costos esperados del grupo.

Los puntos finales son por lo general los puntos medios del período de la experiencia y el período de tarificación futuro, sin embargo esto puede no ser la mejor elección, por ejemplo:

- En el caso de que un grupo crezca rápido durante el período de la experiencia, el día de exposición promedio sería apropiado en el punto medio del período de experiencia.

El resultado de este proceso de comportamiento es el costo esperado en el período de tarificación del grupo, por unidad expuesta. Esto es comúnmente llamado costo por reclamación o prima neta (aseguradoras privadas), y representa el costo esperado por reclamación en el período de tarificación.

Muchas veces las aseguradoras o los corredores llevan a cabo los cálculos descritos en un nivel agregado, es decir sin dividir la exposición; lo que simplifica algunos de los cálculos, y hacen otros complicados. Si se realiza correctamente, los cálculos son equivalentes, y deben resultar en el mismo nivel agregado de "ingreso necesario", que es el producto de los costos por reclamación esperados (tal vez con un incremento por retención) y la exposición esperada. Un asunto importante en la selección de que método utilizar es el relativo manejo de los métodos dependiendo de la situación del mercado. Las exhibiciones para la venta a los contratantes generalmente se comprenden mejor si se maneja de forma agregada (conjunta), en vez de por costo unitario.

3.1.4 CÁLCULO DE LA PRIMA DE TARIFA OBTENIDA DE LA PRIMA NETA

Las primas de tarifa, las primas que se cobran en realidad, deben contar con las reclamaciones esperadas así como con otros aspectos. Esos aspectos son referidos como incorporaciones a la prima neta. Algunos de los aspectos más comunes son:

- Incorporación de gastos. Es la mayor parte de los gastos, y generalmente se incluye como un número de cargos separados. Los gastos pueden expresarse como un porcentaje de la prima neta o de la prima de tarifa, pueden ser por contrato, por reclamación esperada, por unidad de cobertura, o por el total de la prima. Cada compañía asocia los gastos dependiendo del giro del negocio, y así cada giro desarrolla gastos por unidad, expresados de una o más formas de las mencionadas arriba, a niveles que teóricamente reproducen los gastos completos por giro cuando se aplican a todo en negocio.
- Cargo para recuperación del déficit. Si un contratante ha incurrido en pérdidas en años anteriores y no se han recuperado, el asegurador puede incluir un cargo para recuperación del déficit creado para restituir las pérdidas pasadas durante un periodo razonable de tiempo. Esos cargos incrementan la prima, y por tanto incrementa la opción de que las tarifas sean no competitivas.

- Cargo por terminación de riesgo. Algunas veces, un contratante que tiene un déficit termina su contrato, dejando al asegurador sin forma alguna de recuperar las pérdidas de ese contratante. Por esta razón, un cargo de riesgo se hace antes a todos los contratantes para financiar este posible riesgo.
- Cargos por fusión. Generalmente estos cargos están incluidos en el desarrollo de la prima neta, pero en caso de que no, se deben de incluir como un aspecto separado.
- Cargo por utilidad. Esta es la utilidad que el asegurador elige incluir en su fórmula para cobrar, generalmente no incluida, sin embargo existe también utilidad que proviene de las inversiones del capital. Es importante que el actuario comprenda el nivel y el efecto de márgenes que consideren una utilidad explícita.
- Inversión. Muchos aseguradores proporcionan la creación de una inversión en la reserva, y tratan este ingreso como una forma de equilibrar los otros gastos incorporados a la prima neta. La inversión obtenida generalmente es libre de costo de administración, y puede ser libre de impuestos, si estos impuestos no se incluyen en los gastos. La inversión puede ser negativa, lo que crea un cargo por inversión, en caso de que el contratante tenga un balance de fondos negativo. Puede ser también por la inversión pérdida por las primas pagadas durante el periodo de gracia.
- Margen explícito. Muchas veces el asegurador incluye un margen específico en el cálculo de los gastos, lo que reduce el riesgo del asegurado, ya que reduce la probabilidad de que un contratante tenga un déficit durante el año de contrato.

Una vez que los gastos se han identificado, el asegurador puede limitar el tamaño de los gastos a un porcentaje en particular. Se debe considerar que esta limitación acarrea una reducción en la utilidad esperada, lo que debe estimarse en la fórmula.

En algunas coberturas, una garantía en las tarifas por períodos mayores a un año puede ocurrir. Cuando existe esta garantía, el actuario debe de estar seguro que tomó en consideración los cambios en la naturaleza del riesgo que ocurren por la garantía. Estos incluyen:

- Riesgo de subestimación. Puesto que el asegurador concluye tarifas para un período largo, el impacto potencial de subestimar cualquiera de los costos del contrato (reclamación, gasto o riesgo) es relativamente mayor que la de un año de garantía para un grupo dado. Esto implica el agregar un margen mayor y/o un cargo por riesgo mayor.
- Riesgo por comportamiento. Dentro de éste existe un aspecto específico, el comportamiento de las reclamaciones para la tarificación, que es de particular cuidado por dos razones: (1) el efecto del comportamiento crece durante el tiempo, como el efecto de subestimar el comportamiento, y (2) mientras más largo sea la estimación del comportamiento en el futuro, mayor es el riesgo de que haya inexactitud debido a las condiciones cambiantes.

3.1.5 AJUSTES FINALES

Pueden existir algunas razones por las cuales el asegurador desee hacer un ajuste final en las tarifas que no tienen nada que ver con el arreglo de las primas. Sin embargo, cualquiera que sea la razón, esta decisión no debe hacerse sin tomar consideraciones y medidas de su posible impacto financiero en la compañía.

3.1.6 CONSIDERACIONES PARA GRUPOS PEQUEÑOS

La utilización de la tarificación por experiencia prospectiva para grupos pequeños presenta otro conjunto de problemas (en gastos médicos mayores al menos 50 asegurados).

Dentro del mercado médico para grupos pequeños, se puede encontrar necesario el aceptar la experiencia de un grupo pequeño de forma prospectiva. El método usado puede ser una fórmula base o asegurar caso por caso en la renovación. Cada grupo es asignado a una categoría, basados inicialmente en la evaluación del riesgo, y después en su propia experiencia. Esta categoría será revisada en cada aniversario de la póliza, y se cambiará a otra categoría en caso de que la experiencia reciente se desvíe por más de una cantidad establecida para la categoría a la que pertenece. El número de años de experiencia utilizados, y el establecimiento de la "cantidad específica" depende de la cobertura, del tamaño del grupo, y el número de años de la experiencia disponibles.

El método de fórmula base no se basa en teoría rigurosa, sino en las fuerzas del mercado y en la necesidad de retener buenos riesgos con soporte en las prácticas comerciales. Cuando se deban aplicar estas fórmulas, deben ser usadas sólo para grupos mayores a un tamaño establecido.

El método de asegurar caso por caso consiste en examinar las causas de la experiencia de un caso individual. Para los corredores o aseguradores con un gran número de negocios, esto es poco práctico a menos que se utilice de manera selecta, generalmente con esos casos con la razón más alta de la razón de pérdida esperada.

La efectividad del costo de estas actividades es una cuestión significativa, y debe ser analizada antes de invertir fuentes considerables en su implantación.

3.2 TARIFICACION POR EXPERIENCIA RETROSPECTIVA

Cuando los corredores o aseguradores cubren grupos de tamaño considerable, se ha convertido en algo común el reflejar el nivel de reclamaciones producidas por las características de riesgo propias del grupo para la tarificación en años futuros (tarificación por experiencia prospectiva). También se ha vuelto común el dar al grupo el beneficio financiero de una buena experiencia, y

retenerlos financieramente contables por una mala experiencia, en el año que esa experiencia surgió del contrato. Esta práctica se llama tarificación por experiencia retrospectiva.

Cuando la experiencia resulta ser mejor de lo que se esperaba en las suposiciones de la tarificación por experiencia prospectiva, el exceso se puede acumular a cuenta del contratante o puede ser reembolsado. Si se acumula en una cuenta, la cuenta puede llamarse "reserva de estabilización de primas", "reserva por fluctuación de reclamación" o "reserva contingente". Si se reembolsa, se puede llamar "dividendo" o "reembolso por tarificación por experiencia". En todos los casos, el cálculo involucra una evaluación de la experiencia histórica de la póliza, en formas similares a los métodos de tarificación por experiencia prospectiva.

3.2.1 FÓRMULA TÍPICA DE REEMBOLSO POR EXPERIENCIA

Cuando una fórmula de reembolso se aplica a un contratante, la cantidad del reembolso será un balance positivo, si existe, resultante de la fórmula. Si un arreglo de primas retrospectivas se lleva a efecto, la cantidad de la prima adicional devengada será toda o parte de la fórmula de balance negativo.

Las fórmulas retrospectivas de reembolso se componen de todos o parte de los elementos que se muestran en la fórmula base que sigue:

$$\begin{aligned} \text{Fórmula de Balance} &= (\text{Fórmula del balance anterior llevada a valor presente}) \\ &+ (\text{Primas}) \\ &+ (\text{ganancias por inversión del dinero retenido}) \\ &- (\text{Reclamaciones cobradas}) \\ &- (\text{Gastos cobrados}) \\ &- (\text{Cargo por riesgo}) \\ &- (\text{aumento en la reserva para estabilización de tarifas}) \\ &- (\text{Utilidad}) \end{aligned}$$

Cada elemento de la fórmula de balance se examinará individualmente.

3.2.2 FÓRMULA DEL BALANCE ANTERIOR LLEVADA A VALOR PRESENTE

Si la fórmula de balance del año anterior no ha sido eliminada, el balance restante generalmente se lleva a valor presente en la fórmula del año siguiente.

Un balance positivo puede ser eliminado ya sea mediante el pago del balance como reembolso o dividendo. Un balance negativo puede ser eliminado por el pago de prima retrospectiva, sin embargo, el balance negativo se lleva a valor presente que puede ser equiparado por un posible futuro rendimiento.

El balance final en los cálculos de un año deben ajustarse por esas adiciones y subtracciones a la cuenta del contratante antes de ser llevados a valor presente en los cálculos de la fórmula del siguiente año.

3.2.3 PRIMAS

La figura de la prima es por lo general la prima pagada por el contratante por el año de contrato, posiblemente ajustada con intereses y créditos por el tiempo del pago de la prima.

3.2.4 GANANCIAS POR INVERSIÓN DEL DINERO RETENIDO

Cuando un balance significativo es retenido por el asegurador, como las reservas por reclamación, el crédito de las ganancias obtenidas por la inversión de esos balances necesitan ser

consideradas. Mientras más grande y más sofisticado sea el contratante, existe una mayor presión de acreditar el ingreso por la inversión que refleja el efectivo circulante, y la cantidad retenida para contratante.

La inversión se acredita de una de dos formas: usando el método por portafolio o el método de inversión anual. El método de inversión anual considera el tiempo en que el efectivo circulante está dentro o fuera de la cuenta del asegurado, y da crédito por las ganancias obtenidas a raíz del capital alcanzado o despojado en el momento en que se obtuvo el efectivo circulante. El método del portafolio no considera el tiempo de efectivo circulante, y esencialmente tira el efectivo en una gran cuenta, usando un interés promedio.

Puesto que el tiempo de depósito de primas está bajo el control del contratante, está también sujeta al uso inteligente del tiempo de inversión.

Generalmente, la cantidad acreditada está dada por:

$$\text{cantidad acreditada} = r \times \text{FC}$$

donde r es la tasa de retorno, y FC es el fondo creado durante el período, normalmente se toma como un promedio de las cantidades del fondo iniciales y finales durante el mes o el año.

La tasa de retorno puede ser pre o post impuesto sobre ingresos, dependiendo si los corredores pagan impuestos por la inversión. Esto depende de la naturaleza del fondo que se retiene, y de las leyes de impuestos.

3.2.5 RECLAMACIONES COBRADAS

El desarrollo de este elemento de la fórmula involucra varios pasos:

Determinación de la Experiencia Histórica por Reclamación. Así como en el caso de la tarificación por experiencia prospectiva, es necesario saber la experiencia por reclamación utilizada. Aunque estas aproximaciones pueden ser útiles para la tarificación prospectiva, esto es menos común y peligroso en la situación retrospectiva. El peligro radica del hecho de que los cálculos retrospectivos se consideran como cuentas finales por el año, y cualquier reembolso hecho puede ser no recuperado si la aproximación se prueba que es errónea.

Puesto que los cálculos retrospectivos no involucran proyecciones de futuros resultados, el contratante y el asegurador están ambos interesados en el verdadero objetivo - el dinero de ganancia o pérdida que se obtiene. Por estas razones, los cálculos de reclamaciones retrospectivas se hace con bases agregadas, en vez de por unidad de exposición.

Las coberturas médicas causan ciertas consideraciones en los cálculos retrospectivos. Frecuentemente, desviaciones de la verdadera utilización con la esperada es un riesgo que no toma ni el contratante ni el asegurado. En cambio, lo toma el proveedor de los servicios mediante un acuerdo de empadronamiento, tal vez con reembolso por experiencia pagaderas al proveedor después de que el año de contrato se cierra, como un incentivo para mantener la utilización baja. Frecuentemente, esos reembolsos representan un porcentaje de los ahorros obtenidos por la utilización, con el remanente en manos del asegurador. Estos reembolsos no pueden pagarse al contratante, por lo que se pagan a los proveedores.

Así como en la situación prospectiva, las reclamaciones incurridas forman la base para el proceso de tarificación, y el cálculo de la reserva de reclamaciones es necesaria para determinar las reclamaciones incurridas. Sin embargo, las reservas para los cálculos retrospectivos tienden a incluir márgenes más grandes que para los cálculos prospectivos. Esto es verdad por un numerosas de razones:

- La presión de la competencia en la tarificación prospectiva es menor en los cálculos retrospectivos.
- Para contratantes que continúan, cualquier aspecto conservador resultante del dinero retenido se desprenderá en cálculos retrospectivos futuros, por lo que existirán menos averiguaciones del nivel de la reserva por parte de los contratantes.
- Para contratantes que terminan, los aspectos conservadores se traducen en un margen agregado de comodidad para el asegurado, ya que las reclamaciones del contratante se pueden pagar del dinero del contratante. El exceso puede convertirse en una fuente más de utilidad para el asegurado.

Modificaciones a la Experiencia por Reclamación. Las garantías administrativas o contractuales hechas a los contratantes deben reflejarse, y generalmente se tratan como ajustes a las reclamaciones incurridas. Estos ajustes toman numerosas formas:

- Reclamaciones específicas para la interrupción de pérdidas se quitan de la experiencia. La parte de reclamaciones individuales en exceso del nivel de fusión (ya sea en dinero en el caso de seguro de gastos médicos mayores) se substraen de las reclamaciones incurridas.
- Las reclamaciones incurridas en exceso del nivel de fusión agregado de la interrupción de pérdidas se quitan de las reclamaciones incurridas, después del ajuste por la interrupción de pérdidas específicas.
- El cargo por fusión de la interrupción de pérdida, que representa el costo promedio esperado de reclamaciones en exceso de los límites de la interrupción de pérdidas, se agrega a las reclamaciones incurridas, aunque puede ser tan fácil como un cargo separado en la fórmula de tarificación retrospectiva.

- Si el asegurador provee privilegios de conversión a asegurados dejando el grupo, el exceso de costo por reclamación normalmente experimentada en esas situaciones se pasa al contratante del grupo. Esto se hace por medio de otro ajuste a las reclamaciones incurridas. Los cargos por conversión en el seguro de enfermedad pueden basarse en un cargo promedio hecho a todos los contratantes o por cargos preconversión basadas en la edad del empleado, aunque hay bases teóricas para hacerlo.

Cualquier otra cláusula de la póliza o práctica administrativa que afecta al forma en que un empleado retiene el riesgo por los efectos financieros de las reclamaciones incurridas deben reflejarse en este punto. El resultado son las "reclamaciones cobradas", que se refieren a las reclamaciones por las que al contratante se le cobraran los cálculos retrospectivos.

La fórmula por los reclamaciones cobradas es:

$$\begin{aligned}
 \text{Reclamaciones cobradas} &= \text{(reclamaciones pagadas)} \\
 &+ \text{(Incremento en la reserva de reclamaciones)} \\
 &- \text{(reclamaciones fusionadas)} \\
 &+ \text{(cargos por fusión)} \\
 &+ \text{(cargos por conversión)} \\
 &+ \text{(margen de reclamación, si existen)}
 \end{aligned}$$

3.2.6 GASTOS COBRADOS

El cargo de los gastos obtenidos por un contratante en particular depende del tamaño y la sofisticación de los contratantes, así como la habilidad de los corredores.

Los gastos para una compañía de seguros dependen del giro del negocio, basadas en el estudio de los gastos. Cada giro del negocio elige gastos unitarios tratan de reflejar los costos atribuibles a esos giros. Estos gastos unitarios pueden variar por la cobertura, el tamaño del contratante, u otros factores. Estos son normalmente expresadas como una combinación del porcentaje de la prima, porcentaje de las reclamaciones incurridas o pagadas, por póliza o por certificado.

Los cargos por los gastos pueden distribuirse en varios niveles como las comisiones a los agentes, cargos por conversión (sino se han incluido en las reclamaciones cobradas), servicios corporativos, administración de siniestros, cargos por riesgo, cargos por fusión y otros. También se encuentran algunos gastos que separados no tienen justificación.

Los gastos en el primer año, o los primeros años pueden ser más altos que en los años de renovación, ya que reflejan los costos iniciales de adquisición. Se cobran generalmente usando factores que varían en cada año de la póliza. También pueden promediar los factores que no varíen por la duración, aunque esto incremente el riesgo de terminación al asegurador.

3.2.7 CARGO POR RIESGO

Este es un término que se puede usarse para cubrir cargos por múltiples riesgos. Se refiere al cargo hecho por el asegurador para cubrir el riesgo de que el contratante cancele o no renueve el contrato antes de que la aseguradora tenga la oportunidad de recuperar cualquier déficit contable que exista.

El desarrollo de los cargos por riesgo toman en cuenta la varianza estadística esperada de un grupo de igual tamaño al del contratante, así como el tamaño de los déficits existentes. También considera cualquier dinero depositado que puede usarse para equiparar las pérdidas, como es una "reserva contingente" que sirve para disminuir la probabilidad de un déficit.

3.2.8 AUMENTO EN LA RESERVA PARA LA ESTABILIZACIÓN DE TARIFAS

Muchas aseguradoras tratan de reducir el riesgo de un déficit mediante la acumulación de una parte de retribución del contratante en una reserva que puede ser usada para equiparar las fluctuaciones de la experiencia. La relación entre el tamaño de la reserva y el riesgo de la aseguradora se refleja en el tamaño del cargo por riesgo. Esta relación no es muy bien cuantificada en el caso de seguro médico, debido a la existencia y relativa importancia de los riesgos de salud que son difíciles de separar del riesgo estadístico.

En algunos casos pueden existir dos reservas para el contratante - una obligatoria requerida por la aseguradora, y una opcional creada por solicitud del contratante para reducir los cargos por riesgo y las fluctuaciones en las primas.

3.2.9 UTILIDAD

Muchos corredores o aseguradores no gustan de mostrar un cargo por utilidad explícito en las experiencias que se muestran a los contratantes. En cambio, márgenes de utilidad frecuentemente se construyen bajo otras suposiciones, como los gastos, cargos por riesgo, o hasta reclamaciones pagadas.

3.2.10 APLICACIONES

Las fórmulas para la tarificación por experiencia retrospectiva no se aplican a todos los contratantes. Su aplicación depende de un número de aspectos:

- **Tamaño del Grupo.** Un cierto número de recursos se necesitan para compilar, analizar y comunicar la experiencia específica a un contratante en particular. Esto se atribuye a que existe un cierto número inferior de personas para los cuales no existe efectividad en el costo, por el cual no debe aplicarse esta fórmula.

Un tamaño mínimo se necesita para obtener algún grado de confiabilidad estadística en principio. De otra forma, existe un riesgo de grandes oscilaciones en la experiencia año con año.

Mientras que la tarificación por experiencia prospectiva es frecuentemente utilizada como una herramienta para la administración de un conjunto de negocios, la tarificación por experiencia retrospectiva requiere que un asegurador ponga su dinero donde hay una fórmula de confiabilidad, y tome el riesgo financiero relacionado con esos cálculos.

Por estas razones, las fórmulas retrospectivas se aplican a grupos de un tamaño mínimo mayor al de los grupos de experiencia prospectiva.

- **Cláusulas del contrato con respecto a arreglos de fondos.** La elección del método para la creación de fondos tiene impacto en cuanto a si se aplica la fórmula retrospectiva. Un arreglo de prima retrospectiva substancialmente cambia los riesgos bajo un contrato de seguro, y este arreglo puede reemplazar la fórmula de tarificación por experiencia utilizada.
- **Prácticas y Pólizas de las Compañías.** Las prácticas y pólizas de un corredor o asegurador son un factor sobresaliente. Algunos corredores sólo proveen reembolsos en circunstancias especiales. Otros, generalmente deben tener un contrato con cláusulas que proporcionan la participación de casi todos los contratantes.
- **Situación Financiera de la Compañía.** A menos de que una fórmula de reembolso se garantice por los términos del contrato, lo cual es raro, la situación de la compañía es un factor sobresaliente en el aspecto de reembolsos. Este puede ser un asunto de poca importancia para

las compañías con bases sólidas, pero puede ser un asunto significativo para aquéllos con pocas retribuciones.

Los grupos pequeños, para los que la fórmula retrospectiva no aplica, deben por tanto vivir o morir con las tarifas prospectivas, puesto que deben pagar primas por adelantado, que no pueden juzgar de inadecuadas. Grupos grandes generalmente tienen tanto la fórmula prospectiva como la retrospectiva para ser aplicadas.

3.3 ARREGLOS ESPECIALES DE FONDEO (CREACION DE FONDOS)

El término "arreglos especiales de fondeo" o "arreglos alternativos de fondeo" se utiliza para describir contratos, o corredores que modifican contratos, los cuales crean arreglos financieros especiales fuera de los arreglos clásicos del seguro como la tarificación prospectiva y la tarificación retrospectiva. También se refiere al flujo del dinero en el tiempo, o a la transferencia del riesgo financiero entre la aseguradora y el contratante.

3.3.1 PLANES SIN RESERVA

En años recientes, los contratantes empezaron a preocuparse sobre que la reserva para reclamaciones en manos de la aseguradora podía ser invertida de mejor forma por los contratantes hasta que se requiriera realmente tener fondos para pagos por reclamaciones al final del contrato. Como respuesta a las inquietudes de los contratantes, las aseguradoras empezaron a buscar caminos para que ese dinero pudiera ser regresado a los contratantes sin crear un riesgo indebido para las compañías.

En un convenio sin reserva común, la aseguradora cede los pagos por prima hasta un nivel específico con la intención de igualar parte o por completo la reserva para reclamaciones, como servicio por una promesa contractual realizada por el contratante sobre que se pagará la cantidad requerida

siempre y cuando el contrato se termine, es decir una "prima final o terminal". Esto crea un riesgo agregado para la aseguradora, en cuanto a si el contratante será incapaz de pagar la prima cuando ocurra el adeudo. Por esta razón, se sugiere que la aseguradora corra el riesgo financiero de inversión para asegurar que se tendrá la capacidad de pagar la prima final.

El convenio sin reserva algunas veces se estructura para pagos de primas rezagados, es decir que los primas mensuales se realiza con periodos de gracia de 90 a 120 días. Cuando se termina la póliza, todas las primas no pagadas inmediatamente son devengadas.

Si en cambio, el contratante establece su propia reserva para la prima terminal, las opciones de inversión disponibles para esos fondos pueden ser elevadas. Estas inversiones no serán restringidas por los límites de inversión de las compañías aseguradoras, sino por las reglas de los planes de beneficios creados por el gobierno, lo que en ciertas ocasiones se percibe como una ventaja para los grandes contratantes.

Puesto que la aseguradora debe instituir una reserva para reclamaciones como una obligación financiera, debido a la obligación legal de pagar las reclamaciones incurridas pero aún no pagadas a la finalización del contrato, debe existir un fondo financiero de compensación. Esto se cumple mediante el establecimiento en el contrato de que la prima final "devengada y no pagada" debe realizarse en días establecidos.

3.3.2 PLANES ASEGURADOS POR COMPLETO

En un plan asegurado por completo, todo el dinero erogado por el contratante se paga a la aseguradora, y se trata como prima. Las reclamaciones pagadas por la aseguradora se pagan de la cuenta de la compañía aseguradora, con el dinero de la aseguradora. Este tipo de planes pueden o no ser sin reserva.

Algunas consideraciones que deben hacerse cuando se utiliza este tipo de convenio son:

- La aseguradora soporta el riesgo inmediato de una mala experiencia, así como la posible utilidad de una experiencia favorable.
- Los asegurados tienen la seguridad de que la aseguradora es una garantía en caso de reclamación.
- El impuesto por prima debe ser pagado en dinero corriente a la aseguradora.
- Las aseguradoras normalmente modificarán sus contratos cuando sea imprescindible por necesidades del contratante, pero no están obligados a realizarlo, a menos que sea bajo su propio interés.

Este es el tradicional y clásico método de fondeo de las coberturas de seguros, y por tanto no es estrictamente un método "alternativo".

3.3.3 PLANES DE AUTOSEGURO

Algunas veces el contratante puede elegir la creación de un plan de autoseguro, y asumir el puesto de tomador principal del riesgo. Los pagos por reclamación y todos los gastos relacionados con el plan se convierten en responsabilidad del contratante, y los pagos por beneficios no están garantizados por una compañía de seguros.

El vehículo normal de fondeo para este plan es un depósito, creado para ese propósito. Las contribuciones del contratante y de los empleados (seguros colectivos) se depositan a este fondo, y los beneficios se pagan de él.

A pesar de que algunos contratantes grandes pueden administrar los beneficios ellos mismos, la mayoría de los planes de autoseguro deben contratar con una compañía de seguros o un administrador independiente que conduzca el plan. Los servicios proporcionados deben incluir la inscripción, la elegibilidad, las reclamaciones, y otros servicios administrativos, así como algunas veces consultas sobre el diseño del plan, servicios actuariales y financieros, u otros. Puesto que la aseguradora no corre riesgo, no existen cargos por riesgos dentro de los gastos.

El convenio puede ser frecuentemente modificado para proporcionar contratos individuales de conversión de beneficios a través de la aseguradora, como intercambio entre los cargos realizados a un contratante que representan parte o todo el exceso de la mortalidad o la morbilidad esperada bajo un contrato de conversión, lo cual es común en las coberturas médicas.

El contratante debe procurar asegurarse contra fluctuaciones inusuales de reclamación, y un contrato con una aseguradora puede hacerlo. Este seguro se conoce como cobertura de "suspensión de pérdidas" (stop-loss), y puede cubrir el exceso de reclamaciones de los individuos. Las primas pagadas por esas coberturas son el equivalente a fusionarse por suspensión de pérdida dentro de una compañía de seguros.

Algunas de las consideraciones al elegir un plan de autoseguro son:

- El impuesto por prima se evita a través del plan, ya que no se canaliza a través de una aseguradora, y por tanto no se considera una prima.
- Las leyes para contratos de seguros no aplican puesto que no se considera un contrato de seguros, sino de servicios administrativos.
- El plan del contratante se convierte en el único apoyo sobre los riesgos que cubre un seguro, a menos de que exista una cobertura por suspensión de pérdida o, en el caso de un plan médico, empadronamiento o convenios similares con los proveedores. Esto se refiere a que el

encargado del plan debe evaluar cuidadosamente su habilidad de absorber las fluctuaciones por reclamación cuando se planean los mecanismos de fondeo.

- Las diversas coberturas requieren grados variables de experiencia en cada área de especialización para administrarlas exitosamente. El costo efectivo de ello, depende obviamente del tamaño del plan, y es una importante (pero frecuentemente vigilada) consideración.

3.3.4 CONTRATOS DE PRIMA MINIMA

A un híbrido entre los planes de seguros y los de autoseguro se le conoce como plan de "prima mínima". En este convenio, una prima mínima se instala en un contrato completo de seguros, la cual modifica el mecanismo de fondeo que se maneja a través de depositar la porción de la prima que se espera pagar por todas o casi todas las reclamaciones esperadas en un fondo en manos del contratante. Las reclamaciones que se tienen se pagan de este fondo hasta la máxima cantidad que se posee, y los pagos se realizan a través de la aseguradora. Las aseguradoras generalmente pagan las reclamaciones de las pólizas directamente del fondo, por lo que el monto de primas se convierte en la prima completa del seguro descontando la porción con que se contribuyó al fondo.

En caso de que las reclamaciones excedan la cantidad esperada, la aseguradora se responsabiliza por la cantidad en exceso, sujetándose a algún arreglo retrospectivo de prima que pudiera existir.

La mayor ventaja de este convenio es que el impuesto por prima se evita al realizarse contribuciones al fondo.

3.3.5 CONTRATOS PARA LA SUSPENSION DE PERDIDAS (STOP-LOSS)

Los contratos de Stop-loss, que se pueden utilizar con los planes de autoseguro, cubren por el exceso de reclamaciones a un nivel en particular que normalmente es el exceso en el nivel de

reclamaciones esperadas. El límite elegido al cual sobrepasan las reclamaciones aseguradas se conoce generalmente como "punto de enlace".

La suspensión de pérdidas o stop-loss asegura las reclamaciones de los individuos cubiertos por el contrato. Los puntos de enlace generalmente se establecen como cantidad específica, la cual es mayor para planes más grandes puesto que es más apto de absorber una reclamación considerable a diferencia de un plan chico, por todo lo demás son iguales.

Los puntos de enlace de la suspensión de pérdidas agregada se expresan normalmente en términos de un múltiplo de las pérdidas esperadas. El costo neto de este beneficio (o prima bruta o costo por reclamación) se basa en el valor esperado y en la varianza de las reclamaciones agregadas del grupo. Como los grupos se componen (relativamente) de reclamaciones independientes de los individuos que lo componen, los grupos grandes tendrán una menor probabilidad de reclamaciones agregadas que sobrepasen el punto de enlace. Otra forma de decirlo, es que los grupos grandes tienen reclamaciones más predecibles y constantes que los grupos pequeños, por lo que el costo teórico de los seguros de suspensión de costos son relativamente bajos.

Cuando se combina el seguro de suspensión de costos específico con el seguro de suspensión de costos agregado, primero se aplica la cobertura específica, por lo que de esta manera se espera que las reclamaciones agregadas sean potencialmente bajas, y por tanto el costo del seguro agregado.

El seguro de suspensión de pérdidas puede ser adquirido ya sea en bases "incurridas" o en bases "pagadas". Dentro de las bases incurridas, las reclamaciones que se cometieron durante el período del contrato serán cubiertas, sin importar cuando serán pagadas.

Dentro de las bases pagadas, la aseguradora puede aplicar el punto de enlace para reclamaciones pagadas durante el período de contrato. Por ejemplo, supongáse que un asegurado es hospitalizado por un período largo, y alcanza el punto de enlace antes de terminar el período de contrato. El plan del contratante debe de nuevo empezar a pagar al principio del nuevo período de contrato, y por tanto podría alcanzar otra vez el punto de enlace antes de que el seguro de suspensión

de pérdidas aplique la reclamación. Una variante de la base pagada es la base "incurrida y pagada", en donde solamente las reclamaciones que han sido tanto incurridas como pagadas durante el período del contrato son cubiertas, de esta manera se excluyen pagos por reclamaciones incurridas anteriormente.

Un peligro del seguro de suspensión de pérdidas bajo bases pagadas es que un plan de autoseguro puede ir a la bancarota, ya que las reclamaciones que ocurrieron durante la vigencia del contrato pueden ser cubiertas por la aseguradora si se pagan antes de finalizar la vigencia, pero pueden existir reclamaciones pagaderas idénticas que pueden no ser pagadas inclusive después de terminada la vigencia.

Algunas compañías aseguradoras pueden considerar que el seguro de suspensión de pérdidas o stop-loss cubre los riesgos del plan del contratante, en vez de los beneficios por pérdida de la salud, y por tal razón debe seguir las leyes, reglas y reglamentación que regulan a los diversos riesgos que cubren los seguros.

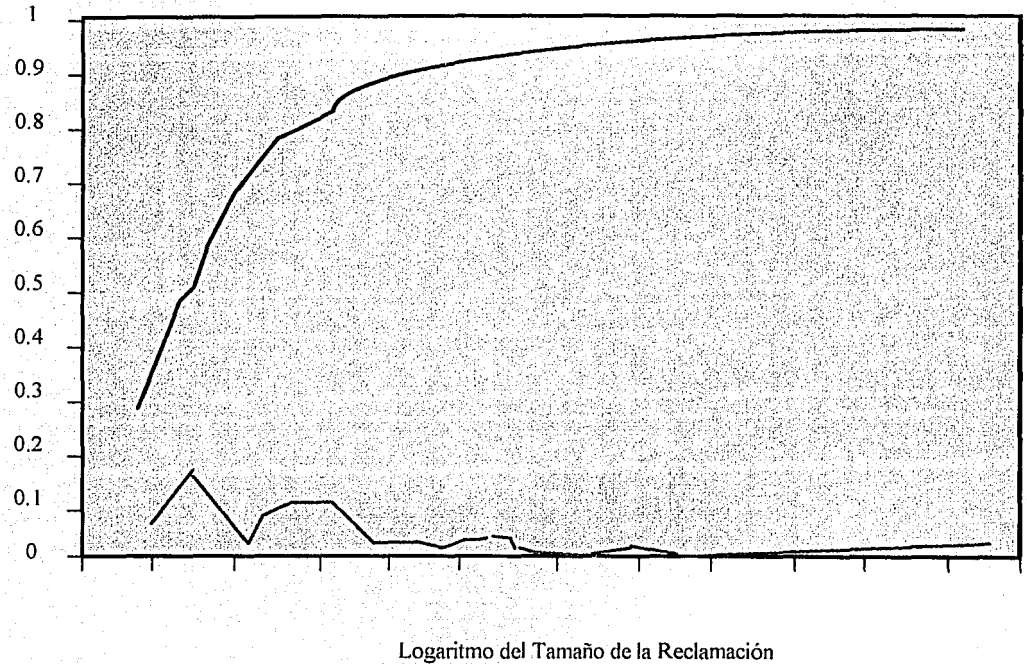
Un aspecto relevante que debe observarse al calificar las coberturas por suspensión de pérdida (así como las fusión por suspensión de pérdida) es el riesgo de estimar mal las reclamaciones esperadas. Las proyecciones acertadas y los márgenes apropiados pueden ser de mayor importancia que en una situación normal de seguros, ya que el riesgo de subestimar las reclamaciones puede incrementar si no se pone cuidado para estimar con certeza las reservas para reclamaciones en el período de experiencia, a pesar de que el contrato sea sobre la base pagada.

Otro peligro, único de las coberturas de suspensión de pérdida tanto específico como agregado, es el efecto que influye en el comportamiento de las direcciones. El concepto es similar a influenciar la dirección que se lleva mediante deducibles, pero es crítico en las situaciones de suspensión de pérdidas por ser más bajas el costo de las primas, es decir, la curva de densidad de probabilidad para la distribución de una reclamación individual puede creerse que es elástica.

Distribución de Reclamaciones Esperadas

FRECUENCIA

Gastos Médicos Mayores



■ Distribución Acumulativa

■ Densidad de Frecuencia

La inclinación en el costo de las reclamaciones alarga la curva horizontalmente a la derecha, con el punto final izquierdo de la curva establecido en cero. Si todos los valores determinados relacionados con la cobertura, como los puntos de enlace, se extienden con la curva, entonces el costo de las reclamaciones bajo la curva incrementará proporcionalmente hacia esa dirección. Si el punto de enlace permanece como una cantidad establecida, como en el caso de la suspensión de pérdida

específica, entonces la curva se extenderá pero el punto de enlace no, causando que una parte mayor de la curva exceda el punto de enlace. Esto ocasiona que la inclinación del costo efectivo de las reclamaciones sea mayor que el costo bajo el comportamiento de la inclinación. (Los puntos de enlace de la suspensión de pérdida agregada se expresan normalmente como un porcentaje de las reclamaciones esperadas, y por tanto se alargaran con la curva, eliminando los efectos de influencia).

Si interpretamos la teoría en forma práctica, se puede pensar en el efecto de influencia formado por dos componentes, es decir supongáse que se tiene un punto de enlace hipotético llamado A, la cantidad de dinero esperada de la distribución individual sin dirección que excede al punto A llamado C, y la dirección o inclinación que ocurrirá a la distribución llamado t. Si se aplica t a un año, entonces todas las reclamaciones en la distribución que sean A/t o mayores antes de aplicarles la inclinación serán entonces iguales a A o mayores. De esta manera, existirán nuevas reclamaciones que alcancen el punto de enlace y que no lo alcanzaron antes de aplicar t. Este es el primer componente de influencia. El segundo componente es el efecto de t en las reclamaciones que ya excedían a A. Puesto que la cobertura pago sólo por la parte de reclamaciones que excede A, los pagos esperados para la cobertura son $x-A$ para una cantidad de reclamaciones agregada x. Cuando se aplica t, la nueva cantidad de reclamaciones será $tx-A$, que es mayor a sólo aplicar t a $(x-A)$. Matemáticamente, las reclamaciones esperadas que sobrepasan A se representan por la integral de $(x-A)$ bajo la curva de densidad, desde A hasta infinito.

$$\int_A^{\infty} (x-A)dx$$

El efecto de influencia debate por la importancia de las suposiciones sobre la dirección o inclinación exactas y conservadoras para el de la cobertura de suspensión de pérdidas, aunque la dirección utilizada en la proyección asociada del total de reclamaciones no sea conservadora. Un efecto de influencia similar, ocurre si el nivel inicial estimado no es correcto.

Algunos cambios específicos en los cuidados de la salud y otros factores del medio ambiente deben tomarse en cuenta cuando se utilice la cobertura de suspensión de pérdidas. Como ejemplo, algunos factores pueden ser:

- El aumento en los casos de SIDA con indicios fatales para el futuro, y
- La reclasificación de un número de trasplantes de órganos como no experimentales.

VI. CONVENIOS DE PRIMA RETROSPECTIVA

En los convenios de prima retrospectiva, el contratante asume parte o todo el riesgo por reclamaciones, como intercambio por gastos de riesgo reducidos y frecuentemente bajan los pagos de primas. Por ejemplo, un contratante y un corredor pueden acordar que el contratante pueda pagar 90% de la prima que normalmente se aplicaría en la forma acostumbrada. Después de concluir la experiencia del año, si la experiencia es peor a la esperada con anticipación, existirá una prima adicional devengada (que puede pagarse en efectivo o de la reserva calculada de compensación del contratante) no mayor a una cantidad establecida y acordada entre ambos. Esta cantidad limitada es conceptualmente similar a la suspensión de pérdidas agregada, con la diferencia del tiempo de pago de primas y el no pago del riesgo.

Si la experiencia es mejor a la esperada, puede existir un reembolso pagadero al contratante, a la reserva calculada de compensación (bajo un cambio en la fórmula de tarificación por experiencia propia), o el contratante puede únicamente mantener la reducción inicial del 10%.

El actuario debe ser cuidadoso en la evaluación de los cargos por riesgo y de las primas en los convenios retrospectivos, asegurándose que la prima cobrada para el convenio es suficiente para cubrir las reclamaciones esperadas, tomando en cuenta la influencia. Si los reembolsos se realizan de las

cantidades de reclamaciones menores a las esperadas, el dinero no estará disponible para cubrir cantidades mayores de reclamaciones a otros grupos.

El convenio retrospectivo puede utilizarse por algunos corredores como un medio de protección contra la creación de planes sin reserva. Cuando un convenio retrospectivo está en marcha, puede ser difícil para un corredor el reunir la reserva de contingencia o reserva esperada de compensación. Esto debe considerarse en el momento de establecer niveles de retención.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Desde algunos puntos de vista, la elección de los mecanismos de fondeo depende de varias situaciones, que incluyen:

- El efecto en los elementos de retención, incluyendo gastos (impuestos, administración de siniestros, y otros), cargos por riesgo y los cargos por utilidad.
- La habilidad de desenlazar aspectos relacionados con los convenios financieros y de seguros, y el potencial de adquirir servicios y coberturas.
- La naturaleza y el tamaño de los riesgos asegurables asumidos por cada parte.
- La posible disposición del contratante y de la aseguradora sobre algún posible método de fondeo.

El uso de cualquier método de fondeo sugiere que se tomen consideraciones de cuidado sobre el riesgo involucrado, y la habilidad para absorberlo de cada parte.

4. PROBLEMATICA EN GENERAL

A pesar de que la inflación en los servicios médicos es una de los principales conflictos, debido al abuso por parte de los doctores y asegurados, para el óptimo desarrollo del seguro de gastos médicos mayores de Grupo y Colectivo, así como para aminorar las pérdidas causadas por ello, existen otros factores por los cuales encuentra dificultades el seguro en cuestión.

Las causas son varias entre las que destacan:

1. Preexistencia e Insuficiencia de Primas
2. El seguro de gastos médicos como producto gancho
3. La selección de riesgos
4. El comportamiento de las reclamaciones

4.1 PREEXISTENCIA E INSUFICIENCIA DE PRIMAS

El seguro de grupo experiencia propia presenta un alto índice de rotación de pólizas y pérdidas técnicas para las compañías que los venden. Para algunos asegurados el alto índice ha traído como consecuencia la pérdida del beneficio del seguro, daa la cláusula de preexistencia que contienen los contratos.

Algunas empresas del mercado sugieren que la problemática anterior se debe a un tipo de competencia depredatoria, originada por la existencia de reclamaciones complementarias o "colas", que son las indemnizaciones que una aseguradora realiza de reclamaciones bajo la vigencia de un contrato cuyo periodo término.

Para enfrentar la problemática anterior, estas empresas han planteado a las autoridades reguladoras, la posibilidad de incluir una cláusula que limite su responsabilidad en reclamaciones complementarias en caso de cancelación del contrato.

Debido a la problemática arriba descrita, se expone la factibilidad de que la cláusula propuesta disminuya la rotación de pólizas y propicie las condiciones necesarias para que se establezca un equilibrio en el mercado con suficiencia de primas, y se describen los efectos que ésta podría traer en el bienestar de los agentes económicos involucrados.

Se presenta que solo bajo ciertas condiciones la apreciación de las aseguradoras es correcta, y que bajo otras la cláusula propuesta puede constituirse en una forma de limitar la competencia en el mercado.

La cotización de los seguros de gastos médicos experiencia propia se realiza tomando en cuenta el monto de los siniestros pagados durante la vigencia anterior, con independencia de la edad y sexo de cada asegurado; la inflación esperada en los servicios de salud que cubre el seguro; y los gastos de administración y adquisición.

En el mercado mexicano existen dos criterios para determinar el comienzo de una reclamación de gastos médicos mayores: la fecha de los primeros gastos; o la fecha de los primeros signos o síntomas. También existen dos esquemas de indemnización: uno mediante el cual un asegurado recibe cobertura por 730 días o hasta agotar la suma asegurada, lo que suceda primero; y otro mediante el cual recibe cobertura por 365 días o hasta agotar la suma asegurada, lo que suceda primero. La indemnización se otorga sin tener en cuenta la renovación del contrato.

4.1.1 RECLAMACIONES COMPLEMENTARIAS O COLAS

Las reclamaciones complementarias o colas, son las indemnizaciones que una aseguradora

efectúa sobre reclamaciones iniciadas bajo la vigencia de un contrato cuyo periodo de terminó, ya sea por tratamientos que se prolongan en el tiempo, o por siniestros ocurridos pero no reportados.

De acuerdo a algunas instituciones que operan el seguro de grupo de gastos médicos mayores, la existencia de colas y el hecho de que el asegurado no sea el contratante del seguro, ha traído como consecuencia un elevado índice de rotación de pólizas de Seguro de Gastos Médicos Experiencia Propia (SGMEP).

Afirman que la existencia de colas permite que una aseguradora le pueda quitar el negocio a otra, al estar en posición de ofrecer una tarifa menor por el monto esperado de las reclamaciones complementarias. De esta forma, la institución que adquiere el negocio mediante la reducción de precio podría cubrir los siniestros del período con la prima cobrada en el mismo, con la esperanza de incrementarla el siguiente período para establecer su suficiencia.

Sin embargo, las instituciones anticipan el comportamiento de los rivales y antes de perder el negocio reducen el precio en el monto de las colas, y la rotación se presenta en cuanto alguna institución modifica su estrategia y eleva la tarifa de renovación con el propósito de establecer una prima suficiente.

De acuerdo a lo anterior, el equilibrio que se observa en el mercado implica una pérdida técnica para las instituciones, y por consiguiente una transferencia de recursos de éstas a los patrones que contratan el seguro. Los asegurados no se benefician de la reducción en el precio del seguro originado por la competencia y en caso de rotación del negocio están expuestos a perder cobertura por la cláusula de preexistencia, de acuerdo a la cual una institución no cubre padecimientos anteriores a la vigencia del contrato.

La insuficiencia de primas que enfrentan las aseguradoras en el tiempo, debe ser cubierta con productos financieros y/o con transferencias de recursos de otros ramos que opera la empresa; es decir, con menores utilidades de otras operaciones y/o recargos extra normales a asegurados de otras mutualidades.

Lo anterior significa que las empresas no se retiran del negocio de SGMEP, a pesar de enfrentar pérdidas técnicas, debido a que la venta de este tipo de seguros representa para las empresas la oportunidad de vender otros productos a sus clientes ("ventas en paquete o producto gancho"), lo que les permite un beneficio positivo para la totalidad de los seguros vendidos. De no ser correcto lo anterior, tendríamos que concluir que los encargados del ramo de gastos médicos no actúan en el mejor interés de los directores de las empresas o de sus accionistas.

Para evitar la rotación de pólizas por la existencia de reclamaciones complementarias, las compañías que operan el seguro de gastos médicos mayores solicitaron a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas autorización para incluir en pólizas de grupo con experiencia propia, la siguiente cláusula:

"La compañía Aseguradora pagará todos los gastos efectuados hasta agotar la suma aseguradora siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor."

La cláusula implica que se el patrón no renueva la póliza, la compañía aseguradora no cubrirá las reclamaciones complementarias o colas.

Las instituciones presuponen que con esta cláusula se establecería la suficiencia de primas, pues el contratante de la póliza perdería el incentivo de mover el seguro de una institución a otra, ya que tendría que negociar con la institución tomadora del negocio la cobertura de las colas, y ésta última seguramente se las cobraría.

La propuesta no pretende que las instituciones se coordinen para cobrar una prima actuarialmente justa, sino que el contratante se beneficie por las prácticas de mercado y propiciar que pague por la cobertura que ofrece a sus empleados. Es posible que algunos patrones al momento de decidir con que compañía contratar tomen en cuenta la posibilidad de que algunos empleados pierdan la

cobertura del seguro. Lo que parece suceder en el mercado es que generalmente esto no es así, y que deciden principalmente por precio.

Los beneficios de las empresas en un instante del tiempo, dependen no sólo de los precios que anuncian en el mismo, sino también de los precios del período pasado.

4.1.2 SOBRE LA CONVENIENCIA DE LA CLÁUSULA

Para evaluar la conveniencia de adoptar la cláusula, debe tomarse en consideración que en el equilibrio sin la misma, el precio es menor al costo medio, y los patrones que contratan el seguro no pagan una prima actuarialmente justa.

Por consiguiente, en la medida en que el producto financiero que obtienen las aseguradoras por la inversión de las reservas técnicas provenientes del negocio no sea suficiente para cubrir el diferencial entre el precio y el costo medio, las empresas subsidiarían la operación o aplicarían recargos a los precios que pagan otras mutualidades por la venta de otro tipo de seguros.

De esta forma, en la medida en que la prima tienda a ser suficiente, podrían beneficiarse los asegurados que atienden las instituciones en otras líneas de negocio.

Por otro lado debe señalarse que una alta rotación de pólizas provoca que los empleados de los patrones, que son los asegurados, pierdan el beneficio del seguro como consecuencia de la decisión del patrón de comprar el SGMEP con una aseguradora distinta a la de períodos anteriores.

Por lo tanto, si la cláusula trae como consecuencia una menor rotación de pólizas, los empleados se beneficiarían puesto que estarían menos expuestos a perder cobertura por enfermedades preexistentes.

4.1.3 INFERENCIAS SOBRE LA CLAÚSULA

Algunas compañías que participan en el mercado de seguros de gastos médicos mayores atribuyen la problemática de la competencia depredatoria, motivada por la existencia de reclamaciones complementarias o colas. Para solucionar lo anterior, estas instituciones han propuesto a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas un esquema alternativo de indemnización que condicione el pago de las mismas a la renovación del contrato.

Para analizar la conveniencia de permitir la adopción de la cláusula, se tiene que el comportamiento depredatorio se puede presentar con independencia de las reclamaciones complementarias, en la medida en que las instituciones valoren al Seguro de Gastos Médicos por arriba de las utilidades del mismo. De hecho, de no existir esta valoración, las instituciones dejarían el negocio al incurrir en pérdidas.

Por esta razón es correcta la afirmación de que con la cláusula propuesta existe un incentivo para que disminuya la rotación de pólizas, y con esto la posibilidad de que los asegurados enfrenten un problema de preexistencia. Sin embargo, son inciertos los efectos que ésta tendría en el bienestar social, entendiendo a éste como la suma de los excedentes que presentarían los diferentes agentes económicos involucrados, es decir las aseguradoras, los patrones que contratan el seguro y los asegurados.

4.2 EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS COMO PRODUCTO “GANCHO”

Las pólizas de Seguro de Grupo y Colectivo siempre se han contemplado como una póliza de servicio, ya que muchas compañías de seguros no contratan este plan si no tienen primas de compensación (Seguro de Vida de Grupo).

La desviación considerable que tiene este ramo de la operación de Accidentes y Enfermedades destaca en el Seguro de Grupo, a pesar de que en éste se supone se tiene un Grupo homogéneo, al contrario del Seguro Individual donde es heterogéneo.

Las posibles propuestas para evitar este punto son:

- a) Tarifas ajustadas. Es decir, que no se considere al seguro de gastos médicos como un seguro de pérdida, sino que se cobre la prima técnica y financieramente justa.
- b) Condiciones de renovación más sanas

4.2.1 CONDICIONES DE RENOVACIÓN

En grupos menores de 150 titulares y colectivos menores a 250 se aplicarán las tarifas y condiciones vigentes al momento de renovación.

Para grupos mayores a 150 titulares y colectivos superiores a 250 titulares se aplicara una tarifa que dependa de la siniestralidad propia en el año póliza anterior y de la inflación.

El incremento mínimo que se aplicara sobre las primas de la vigencia anterior será el 75% de la inflación correspondiente a dicha vigencia. Para efectos de estimar la inflación, esta se proyectara por año póliza utilizando como base el índice de salud y cuidados personales de vigencia anterior. Como margen se considerara mínimo el 20%.

La desviación considerable que tiene este ramo de la operación de Accidentes y Enfermedades destaca en el Seguro de Grupo, a pesar de que en éste se supone se tiene un Grupo homogéneo, al contrario del Seguro Individual donde es heterogéneo.

Las posibles propuestas para evitar este punto son:

- a) Tarifas ajustadas. Es decir, que no se considere al seguro de gastos médicos como un seguro de pérdida, sino que se cobre la prima técnica y financieramente justa.
- b) Condiciones de renovación más sanas

4.2.1 CONDICIONES DE RENOVACIÓN

En grupos menores de 150 titulares y colectivos menores a 250 se aplicarán las tarifas y condiciones vigentes al momento de renovación.

Para grupos mayores a 150 titulares y colectivos superiores a 250 titulares se aplicara una tarifa que dependa de la siniestralidad propia en el año póliza anterior y de la inflación.

El incremento mínimo que se aplicara sobre las primas de la vigencia anterior será el 75% de la inflación correspondiente a dicha vigencia. Para efectos de estimar la inflación, esta se proyectara por año póliza utilizando como base el índice de salud y cuidados personales de vigencia anterior. Como margen se considerara mínimo el 20%.

4.3 LA SELECCIÓN DE RIESGOS

Una situación que pudiera pasar inadvertida es que las carteras en este tipo de seguro son dinámicas en el tiempo, registrando cancelaciones principalmente de personas con buen estado de salud, manteniéndose en vigor las carteras de aquellos asegurados cuyas condiciones de salud son más precarias, lo cual origina una antiselección en la medida en que envejece la propia cartera.

Para esta problemática en particular las soluciones pudieran ser:

- a) Uniformidad en criterios, ya que cambian ligeramente de una compañía a otra.
- b) Definición de Chicos y Grandes
- c) Zonificación de costos para extranjeros.
- d) Separación de grupo y colectivo, puesto que actualmente se manejan ambos seguros bajo los mismos conceptos.

4.3.1 TIPO DE COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Se consideran grupos asegurables:

- a) El personal de confianza o sindicalizado de un mismo patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.
- c) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

4.3.1.1 GRUPO

Podrán adquirir el Seguro de Grupo de Gastos Médicos Mayores los grupos asegurables cuyos integrantes no contribuyan al pago de las primas, en los que participen al menos el 75% de todos los miembros.

4.3.1.2 COLECTIVO

Podrán adquirir el Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, sectores bien definidos de grupos asegurables en los que participen el 100% de los miembros que los integren, siempre que dicho sector represente, por lo menos, el 30% del grupo total asegurable, independientemente de que sean o no contributivos.

Una vez efectuada la venta, no se aceptan altas, a menos que se trate de personas de nuevo ingreso a la colectividad, que soliciten ser asegurados dentro de los siguientes 30 días a su fecha de ingreso.

4.3.2 **VENTA MASIVA**

Seguros voluntarios que se manejan bajo el concepto de descuento por nómina, con un periodo limitado de tiempo para la inclusión en el plan. Se considerarán como Seguros Individuales y es en función al tamaño de las colectividades.

4.4 EL COMPORTAMIENTO DE LAS RECLAMACIONES

El comportamiento de las reclamaciones puede ser un asunto de importancia, ya que normalmente los grupos grandes tienen mucha siniestralidad, lo que es lógico por el tamaño del grupo. También influye el hecho de que aproximadamente el 50% de las reclamaciones son de montos menores a N\$500.00³, y que por no ser montos altos casi no hay rechazos en las reclamaciones.

Las alternativas de solución que se proponen para esta situación pueden ser:

- a) Deducibles altos para reducir costos administrativos, ya que se evitaría pagar montos no elevados pero con alta frecuencia.
- b) Hacer autosuficiente el ramo con primas adecuadas (tarifas autosuficientes).

Cabe señalar que no se observan diferencias significativas en los costos de administración y adquisición entre las aseguradoras que ofrecen el Seguro de Gastos Médicos, por lo que es poco probable que se presenten pérdidas netas en bienestar por esta razón. Asimismo es interesante destacar que los costos de administración y adquisición de los Seguros de Gastos Médicos Experiencia Propia son relativamente bajos respecto a los que se observan en otras líneas de negocio.⁴

³ Semana del Seguro en México, Asociación Mexicana de Actuarios, 1989.

⁴ Competencia Depredatoria en el Seguro de Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Documento de Trabajo # 35, CNSF.

CONCLUSIONES

El HOMBRE se ve continuamente rodeado de riesgos, imposibles de predecir o de prevenir. Ante una economía adversa como en la que se vive, es de suma importancia que se tome conciencia de los efectos financieros, que se pueden producir por gastos inesperados surgidos por la pérdida de propiedades (su patrimonio), pérdidas personales, o por la falta de ingresos. Una forma de evitar los riesgos financieros a los que se está expuesto, en este caso por la falta de la salud, es mediante un seguro de Gastos Médicos Mayores, ya que en el caso de un percance se puede hacer frente a los gastos erogados por este infortunio.

En la actualidad el hombre se interesa por el conocimiento de su cuerpo y el porvenir, el cual ha seguido un curso vacilante e incierto hasta tiempos bien recientes, y ello pese a su vivo interés por cuanto se relaciona con la salud y la enfermedad. El impulso a la salud es una cuestión que concierne a todos los sectores de la población, ya que mediante el ejercicio y los buenos hábitos, se trata de evitar contraer enfermedades, sin embargo el riesgo siempre está presente. Hoy en día se busca establecer al deporte como prioridad nacional, ya que un país sano implica una nación productiva: los buenos hábitos, la buena salud, conllevan al trabajo y por lo tanto al alimento, habitación, vestido, enseñanza, cultura, recreo y por supuesto seguros.

Aún cuando el seguro de Gastos Médicos Mayores, por el objeto propio de su cobertura se clasifica dentro de los seguros de personas, desde el punto de vista del contratante se le puede considerar como un seguro patrimonial, puesto que contribuye a que los gastos extras provocados por los servicios médicos no desestabilicen la economía familiar y su patrimonio.

Los distintos padecimientos, su desarrollo y la erogación de gastos para la atención médica, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, han dado origen a diversas coberturas, con una correspondiente diferenciación de tarifas y condiciones de aseguramiento.

Salvo ligeras variaciones, existe uniformidad de criterios en cuanto a los conceptos de gastos cubiertos y exclusiones que manejan las distintas instituciones de seguros en los contratos de Gastos Médicos Mayores.

El seguro de Gastos Médicos Mayores ha demostrado un gran dinamismo en su desempeño; sin embargo, su complejidad comercial y operativa hace necesario un mayor impulso por parte de las empresas y autoridades del sector. Para la solución de cada uno de los aspectos que impiden al desarrollo óptimo del seguro de Gastos Médicos Mayores, las instituciones de seguros y las autoridades competentes, han establecido acciones concretas con resultados positivos.

Las fuentes de datos completas, confiables y actualizadas son indispensables para solucionar la problemática económica del seguro médico. A medida que las compañías registren detalladamente los casos de primas y sobre todo de siniestros, se accederá a los datos estadísticos y la experiencia necesaria para evaluar la veracidad y límites de las estimaciones y promover los ajustes pertinentes.

Un análisis cuidadoso de los siniestros permitirá mejorar el clausulado, cambiar medidas de selección, redefinir o excluir ciertos grupos ocupacionales o de alto riesgo en particular. Dichos elementos se obtienen gracias a las estadísticas y a la experiencia de las propias aseguradoras, es indiscutible el hecho de que están amenazadas por la antiselección.

Frente a la insuficiencia de datos, y a su inconfiabilidad se añade la necesidad de implementar sistemas que faciliten la disponibilidad de datos de calidad lo que implica un esfuerzo adicional por parte de las instituciones de seguros, sin embargo esta labor se verá revertida a su favor en forma directa, con información oportuna para la toma de decisiones en el cálculo de la prima de riesgo.

Cabe mencionar que los actuarios con la utilización de los índices demográficos podrían generar las estadísticas, tan necesarias en nuestro país, no sólo en el campo de las compañías aseguradoras sino también en otros sectores creando nuevas fuentes de trabajo.

Finalmente, para poder registrar la experiencia en la operación y adaptar las bases técnicas, es importante mantener un control estricto sobre los propios negocios. Para concertar la tarifa de los seguros de Gastos Médicos Mayores de manera adecuada y justificable.

Una de las principales causas que provocan la problemática de este seguro, es la inflación en los servicios médicos que durante los años ochentas y principios de los noventas se mantuvo por arriba de la inflación general. Empero, cabe agregar, que después de finalizar este trabajo en mayo de 1995, la inflación por servicios médicos fue ligeramente menor a la inflación general, lo que se debió al hecho de que otros elementos que se estiman para el cálculo de la inflación general incrementaron en mayor proporción, y no a que la inflación por servicios médicos disminuyera o se conservara en el mismo porcentaje.

Este seguro al igual que el de automóviles tiende a ser problemático, ya que genera pérdidas para las compañías, las cuales son cubiertas por las ganancias producidas por los seguros de vida, incendio y responsabilidad civil. El desarrollo adecuado del seguro de salud se propone, en este trabajo, alternativas que si no son milagrosas, al menos plantean posibilidades de crecimiento óptimas, tanto para las compañías de seguros como para el asegurado.

Dentro de las disyuntivas de solución propuestas, los programas de contención de costos son una forma viable para disminuir pérdidas tanto en el seguro individual como en el seguro colectivo y de grupo, en donde las aseguradoras tratan de controlar los costos, y los contratantes.

En México, a diferencia de Estados Unidos de Norteamérica, se cuenta con instituciones de salud pública que hacen que el seguro privado de Gastos Médicos Mayores, aún no sea indispensable para toda la población, y por lo tanto muchas de las medidas de contención de costos, mencionadas en este trabajo, todavía no son aplicables; pero si se considera que estas instituciones publicas tienen una baja calidad en su servicio, y sus egresos por servicios médicos son mayores que sus ingresos en esta área, lo que se compensa por medio de las pensiones, podría significar que en un futuro estos organismos pueden privatizarse, y aún más de estas alternativas podrían aplicarse.

Sin embargo, algunos programas de contención de costos, tanto para el seguro de Gastos Médicos Mayores individual como colectivo y de grupo, pueden convertirse en una alternativa muy común en los planes de seguros de enfermedades, mientras las aseguradoras y los contratantes busquen una forma de control de costos. El grado de eficacia de estos programas no es garantizado y es difícil de medir, siendo posible que los esfuerzos para controlar los gastos en un área, conduzcan al incremento de los costos en otra. Por ejemplo, el programa de segunda opinión quirúrgica puede perjudicar el objetivo de reducir los gastos, puesto que una persona que no pensaba operarse, al confirmar que la operación puede ser necesaria, se opera sin dudarlo. Del mismo modo, no debe pasar inadvertido que el establecimiento de estos programas acarrea un costo, y este costo puede ser mayor o igual a la cantidad que se trata de ahorrar. También es probable que dichos esfuerzos continúen durante un tiempo, que algunas propuestas se modifiquen y otras sean creadas para enfrentar el desarrollo de la tecnología, los cambios en los mecanismos de reembolso (pagos) y los nuevos objetivos identificados.

La mayoría de las propuestas de los programas de contención de costos, que se han mencionado pueden no resultar como un ahorro anticipado, y no estar claro si la propuesta ha fallado o si existe la posibilidad de que los costos pudieran ser mayores sin ellos. No obstante, el problema de reducir los costos por servicios de la salud es aún un problema insoluble.

En cuanto a la tarificación por experiencia propia y los métodos de fondeo, especialmente para el seguro de grupo, mientras el ambiente de las compañías de seguros se incline por ser pragmático, debe realizarse una revisión sobre las tres áreas: la tarificación prospectiva y retrospectiva así como los métodos de fondeo, y es importante que al menos sean consideradas cuando se revise esta área. Con ellas, la aseguradora puede lograr sus estrategias financieras y de mercado de la manera más eficiente posible. De manera contraria, algunos incentivos no intencionados pueden crearse dentro de la línea de productos de la aseguradora, lo que puede diluir la eficacia en la estrategia de la compañía aseguradora.

El alcance del impacto financiero de la tarificación y de los métodos de fondeo es importante para las partes involucradas dentro del contrato de seguros (asegurados, aseguradora y contratantes). Pueden existir malas interpretaciones, las cuales pueden ser fácilmente evadidas si se establece tanto una buena educación como un explicación apropiada a los asegurados. Por esta razón, las explicaciones simples y fáciles se convierten en un aspecto importante para conseguir convenios financieros exitosos.

El consumidor está consciente de los altos costos de los servicios médicos, él compra la póliza sin mucha labor de venta. La finalidad del seguro es mantener un equilibrio entre las utilidades de las compañías, el control de los gastos de los empresarios y la satisfacción de los asegurados, donde también se involucra el agente y el corredor de seguros dentro de este círculo.

El agente de seguros por el hecho de vender, no está consciente de si el riesgo que está asegurando es bueno, y muchas veces el consumidor y el mismo agente aprovechan la situación, utilizando el seguro de Gastos Médicos Mayores como una forma de operarse sin los altos costos que esto causa. Un ejemplo de esto, es la operación estética de nariz que comúnmente se lleva a cabo, sin que en realidad deba efectuarse (antiselección). Este es un punto en el que las compañías de seguros deben poner atención, haciendo una correcta elección de sus agentes y corredores, ya que la mala utilización del seguro se manifiesta en todas las áreas de las compañías.

De igual manera, debe educarse a la población con respecto a los seguros, en especial a la clase media y alta que los pueden costear, porque existe un gran mercado, pero aún no convencido acerca del funcionamiento y protección que pueden proporcionar los seguros. Hoy en día, se puede encontrar publicidad como son los comerciales en televisión y en radio; sin embargo mientras las personas con dependientes económicos o con responsabilidades no se convencen de que en el seguro se puede encontrar un medio de evitar a sus familias algunas preocupaciones económicas, este seguro no se desarrollará adecuadamente.

Este trabajo no busca en absoluto dar una solución simple, concreta y concisa, sino que desea demostrar que se pueden empezar a tomar medidas como el punto de partida para un cambio en el desarrollo de este seguro.

Por último, para poder obtener información sobre el seguro de Gastos Médicos Mayores en México y su desarrollo se puede acudir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, donde existen estadísticas relacionadas con su crecimiento así como información en general sobre este seguro. De igual manera en la Comisión cuentan con información sobre las medidas tomadas por las compañías de seguros para impulsar este seguro y su seguimiento para ver si están funcionando de manera satisfactoria.

También para tener un enfoque del seguro no sólo en México, sino internacionalmente, puede conseguirse información en las notas de estudio de la Sociedad de Actuarios de Estados Unidos de América (Society of Actuaries), donde se plantea la problemática en general del seguro de Gastos Médicos Mayores y algunas propuestas para modificar las ya establecidas o en proceso de serlo.

FALTA PAGINA

223.a la.....

BIBLIOGRAFIA

1. **Life Insurance, Black & Skipper, Ed. Prentice-Hall, 1992.**
2. **Life Insurance, Huebner.**
3. **Semana del Seguro en México, Asociación Mexicana de Actuarios, 1989.**
4. **Group Health Insurance, Pickrell, 1961.**
5. **Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, Documento de Trabajo # 28, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 1993.**
6. **Competencia Depredatoria en el Seguro de Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Documento de Trabajo #35, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 1993.**
7. **Aspectos Técnicos para la determinación de la prima de riesgo en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, Documento # 11, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 1992.**
8. **Summary of Cost Containment Programs, Society of Actuaries, 1989.**
9. **Introduction to Health Care Cost Containment, Society of Actuaries, 1988.**
10. **Experience Rating and Funding Methods, Society of Actuaries, 1988.**

11. Información Estadística de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).
12. Póliza Línea Azul (Gastos Médicos Mayores) Individual Grupo Nacional Provincial (1989).
13. Póliza Línea Azul (Gastos Médicos Mayores) Individual Grupo Nacional Provincial (1994).
14. Póliza Línea Azul de Grupo (Gastos Médicos Mayores) Grupo Nacional Provincial (1989).
15. Póliza de Gastos Médicos Mayores de Grupo de Seguros Latinoamericana.
16. Póliza Línea Azul Individual Internacional (Gastos Médicos Mayores) Grupo Nacional Provincial (1995).
17. Estadísticas de Primas y Siniestros Directos Acumulados, AMIS, Accidentes y Enfermedades, cuarto trimestre de 1993.
18. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno # 8, INEGI, 1983-1993.
19. Estadísticas Históricas de México, Tomo I, INEGI, 1994.
20. Índice Nacional de Precios, Banco de México, Marzo 1995.

Software utilizado para la elaboración de este trabajo:

Texto: Word 6.0 para windows

Gráficas: Excel 5.0 y CorelDraw

ANEXOS

FALTA PAGINA

227.a la.....

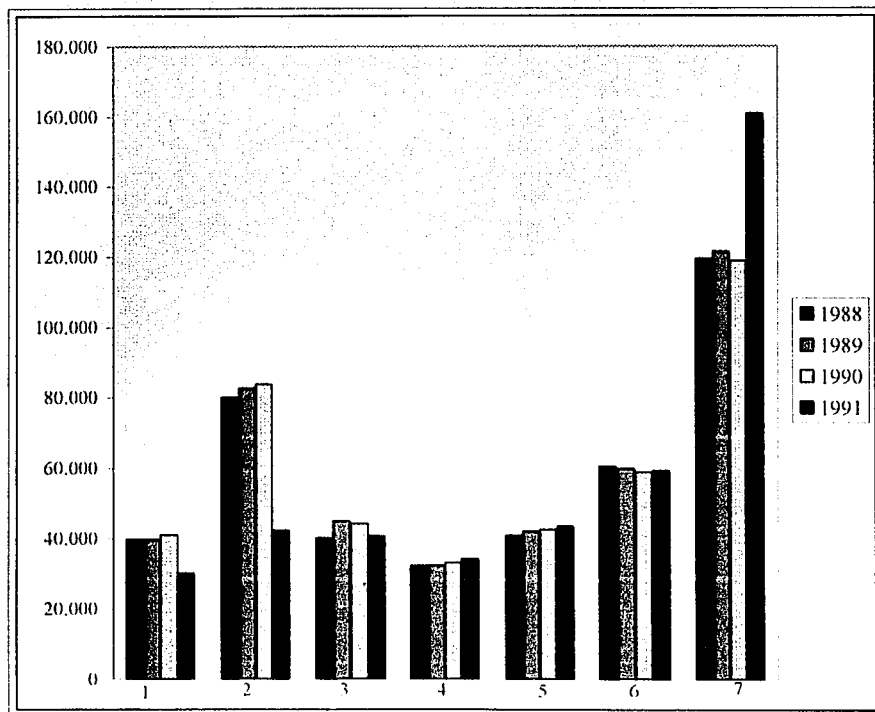
ANEXO I

Evolución de las Principales Enfermedades como Causa de Muerte

DIAGNOSTICO

	1988	1989	1990	1991
1 Enf. Infecciosas y Parasitarias	39.668	39.655	40.996	30.127
2 Enf.del Aparato Circulatorio	80.019	82.710	83.833	42.363
3 Enf. del Aparato Respiratorio	40.118	45.064	44.277	40.687
4 Enf. del Aparato Digestivo	32.338	32.432	33.238	34.286
5 Tumores (Neoplasmas)	40.826	42.017	42.603	43.439
6 Accidentes, envenenamientos y violencias	60.577	59.837	58.904	59.353
7 Otras Enfermedades	119.441	121.589	118.952	160.876

Fuente: Estadísticas Históricas de México, Tomo I, INEGI, 1994.



ANEXO II

Morbilidad Hospitalaria por Diagnóstico de Mayor Incidencia

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS		
	1986	1988	1990
AFECCIONES OBSETRICAS DIRECTAS	302,721	106,038	127,920
ENFERMEDADES APARATO GENITURINARIO	130,526	3,227	40,886
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	86,059	3,485	35,929
DIABETES MELLITUS	12,209	48,609	53,591
ENFERMEDADES SIST. OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJ.	8,915	4,254	57,363
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	21,961	16,531	61,196
AFECCIONES PERIODO PERINATAL	46,529	1,517	29,473
NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	2,485	25,060	61,004
TRASTORNOS MENTALES	1,166	648	4,795
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	909	2,152	31,591

DIAGNOSTICO	DIAS DE ESTANCIA		
	1986	1988	1990
AFECCIONES OBSETRICAS DIRECTAS	855,143	17,358	167,479
ENFERMEDADES APARATO GENITURINARIO	449,670	5,919	149,286
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	565,164	21,922	277,819
DIABETES MELLITUS	84,401	268,813	387,406
ENFERMEDADES SIST. OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJ.	58,565	12,725	219,498
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	2,902	39,181	225,482
AFECCIONES PERIODO PERINATAL	336,016	15,188	190,418
NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	14,233	161,300	207,275
TRASTORNOS MENTALES	14,287	0	10,268
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	3,596	0	97,395

Fuente: INEGI (Instituciones de Salud Pública), 1983-1993.

ANEXO III

Dinámica de la Distribución de los Sinistros por Enfermedad en el Seguro de Gastos Médicos Mayores

DEDUCIBLE : 300

COASEGURO : 20%

Monto del Siniestro	Part. Máx Asegurado	Part. Máx Compañía	Número de Reclamaciones	Monto del Siniestro	Part. Máx Asegurado	Part. Máx Compañía	Número de Reclamaciones	
100	100	0	200	1,850	610	1,240	104	
150	150	0	196	1,900	620	1,280	102	
200	200	0	192	1,950	630	1,320	87	
250	250	0	188	2,000	640	1,360	72	
300	300	0	184	2,050	650	1,400	70	
350	310	40	180	2,100	660	1,440	68	
400	320	80	176	2,150	670	1,480	66	
450	330	120	172	2,200	680	1,520	64	
500	340	160	168	2,250	690	1,560	62	
550	350	200	164	2,300	700	1,600	60	
600	360	240	160	2,350	710	1,640	58	
650	370	280	156	2,400	720	1,680	56	
700	380	320	152	2,450	730	1,720	54	
750	390	360	148	2,500	740	1,760	52	
800	400	400	146	2,550	750	1,800	50	
850	410	440	144	2,600	760	1,840	42	
900	420	480	142	2,650	770	1,880	34	
950	430	520	140	2,700	780	1,920	32	
1,000	440	560	138	2,750	790	1,960	30	
1,050	450	600	136	2,800	800	2,000	28	
1,100	460	640	134	2,850	810	2,040	26	
1,150	470	680	132	2,900	820	2,080	24	
1,200	480	720	130	2,950	830	2,120	22	
1,250	490	760	128	3,000	840	2,160	20	
1,300	500	800	126	3,050	850	2,200	18	
1,350	510	840	124	3,100	860	2,240	16	
1,400	520	880	122	3,150	870	2,280	14	
1,450	530	920	120	3,200	880	2,320	12	
1,500	540	960	118	3,250	890	2,360	10	
1,550	550	1,000	116	3,300	900	2,400	8	
1,600	560	1,040	114	3,350	910	2,440	6	
1,650	570	1,080	112	3,400	920	2,480	4	
1,700	580	1,120	110	3,450	930	2,520	2	
1,750	590	1,160	108	3,500	940	2,560	1	
1,800	600	1,200	106					
Cifras en Nuevos Pesos				TOTAL	124,200	41,000	83,200	6,456

Fuente: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Sept. 1993.