



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**“ANÁLISIS DEL SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO:
PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I A

P R E S E N T A :

MIRIAN GÓMEZ NAVA



**DIRECTOR DE TESIS:
ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ**

2004



**FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA DE QUÍMICA
CARRERA DE QUÍMICA
MÉXICO, D.F.
1960

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Gómez Nava
Mirian
FECHA: 23/09/2004
FIRMA: [Signature]

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

"ANÁLISIS DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES EN MÉXICO: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS"

realizado por MIRIAN GÓMEZ NAVA

con número de cuenta 08822175-3 , quien cubrió los créditos de la carrera de:

ACTUARIA

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ

[Signature]

Propietario

M. EN C. AGUSTIN ROMÁN AGUILAR

[Signature]

Propietario

DR. ARTURO LORENZO VALDÉS

[Signature]
[Signature]

Suplente

MAT. ADRIÁN GIRARD ISLAS

Suplente

ACT. ARTURO ROLDÁN LÓPEZ

[Signature]

Consejo Departamental de Matemáticas

Act. Jaime Vázquez Al



FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

Gracias Señor Jesucristo, que eres mi guía y mi consuelo

A mi familia que tanto quiero.

Madre te quiero con todo mi corazón, gracias por estar siempre a mi lado.

Padre eres muy importante en mi vida gracias por todo, te quiero.

A Carmen y Lourdes por ser mis mejores amigas, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, las quiero mucho.

Jorge Abel, gracias por tu ayuda y apoyo

A mis niños Alenka y Diego son una parte muy importante en mi vida.

ANÁLISIS DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

INTRODUCCIÓN

Al presentarse una enfermedad o accidente el costo de tratamiento médico puede ser muy elevado y crear en una familia dificultades financieras, que en un caso extremo sería el fallecimiento del individuo encargado de su sostén económico. Debido a la falta de asistencia médica de calidad y del costo que ésta representaría, fueron creados en México los Seguros de Gastos Médicos Mayores .

El propósito de este trabajo es exponer objetivamente los problemas a los que nos enfrentamos cada vez que es necesario utilizar el seguro de Gastos Médicos Mayores a consecuencia de una enfermedad o accidente.

Conforme vayamos avanzando en los capítulos nos daremos cuenta que dichos problemas no son exclusivos de una compañía de seguros, población, edad, sexo , status socio económico, etc. si no por extraño que parezca son en su gran mayoría similares y recurrentes.

Dichos problemas e inconformidades no solamente perjudica a los asegurados, como en principio de cuenta se puede suponer; si no también a todo el sector incluyendo las compañías de seguros, corredores y agentes individuales.

Los altos costos de la atención médica, la sobre competencia en la oferta de productos, la falta de preparación de los agentes, la falta de claridad en las condiciones generales, son sólo algunos de los factores que desencadenan las quejas e inconformidades.

En el capítulo 1, se expone un breve panorama de la salud en México, en el capítulo 2 se realiza un comparativo de las condiciones generales de las tres principales compañías de seguros en México¹, en el capítulo 3 veremos los aspectos técnicos para la generación de tarifas y la problemática y en el capítulo 4 las propuestas y las conclusiones.

¹ Son las principales compañías de seguros, por su captación de primas en el ramo de personas a nivel nacional.

Capítulo I

Panorama General de Salud en México

I . 1. Aspectos Generales.....	7
I . 2. Transición Demográfica.....	8
I . 2. 1. Población Total.....	8
I . 2. 2. Tasa de natalidad y mortalidad.....	8
I . 2. 3. Curvas de sobrevivencia	9
I . 2. 4. Esperanza de vida al nacer.....	9
I . 3. Transición Epidemiológica.....	10
I . 4. Gasto General en Salud.....	11
I . 5. Problemática de la Asistencia Sanitaria en México	13
I . 5. 1. Fragmentación general del sistema.....	14
I . 5. 2. Desigualdad en la atención médica.....	14
I . 5. 3. La satisfacción y la calidad siguen siendo un problema.....	16
I . 6. Las Reformas del Sistema de Salud a la fecha.....	19
I . 6. 1. Las reformas en la Secretaría de Salud (SS).....	21
I . 6. 2. La reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	22
I . 7. Algunas Medidas.....	23
I . 8. Conclusiones.....	29

Capítulo II

Condiciones Generales

II.1 Exclusiones Individual y Grupo.....	31
II.1.1. Metlife México.....	32
II.1.2. ING, Comercial América.....	33
II.1.3. Grupo Nacional Provincial.....	34
Cuadro 1. Gastos Excluidos, Plan Grupo.....	35
Cuadro 2. Gastos Excluidos, Plan Individual.....	39
II.2 . Beneficios y gastos cubiertos de individual y grupo.....	43
II.2.1. Metlife México.....	43
II.2.2. ING, Comercial América.....	44
II.2.3. Grupo Nacional Provincial.....	45
Cuadro 3. Beneficios Cubiertos, Plan Grupo.....	47
Cuadro 4. Beneficios Cubiertos, Plan Individual.....	49
Cuadro 5. Gastos Cubiertos, Plan Individual y Grupo.....	52
Cuadro 6. Cláusulas Generales, Plan Individual y Grupo.....	54

Capítulo III

Problemática en General y Aspectos técnicos en la generación de las primas de riesgo

III.1. Principales problemas

III.1.1. En el sector asegurador.....	61
III.1.1.1 Perfil familiar.....	62
III.1.1.2 Falta de credibilidad de las aseguradoras.....	62
III.1.1.3 Sobre competencia.....	64
III.1.1.4 Mercado cada día más estrecho.....	65
III.1.1.5 Ausencia o limitación de requisitos.....	66
III.1.1.6 Falta de cultura preventiva.....	66
III.1.2. En la administración.....	67
III.1.2.1 Hospitales de red.....	67.
III.1.2.2 Criterios utilizados para el pago de siniestros.....	68
III.1.3. Disparidad de Coberturas	
III.1.3.1 En los conceptos y su interpretación.....	68
III.1.3.2 Algunas cláusulas.....	73

III .2 . Aspectos Técnicos para la determinación de la prima de riesgo en el seguro de gastos médicos mayores

III .2 .1. Comportamiento siniestral del seguro de Gastos Médicos Mayores y su posición dentro del sector asegurador en México.....	75
---	----

III. 2. 2 Elementos que sustentan el riesgo de enfermedad y la técnica actuarial utilizada en el cálculo de la Prima de Riesgo.....	79
III. 2. 3. Bases técnicas en el seguro de gastos médicos mayores.....	81
III.2.3.1. Elementos a Considerar en el Riesgo de Enfermedad.....	81
III.2.3.2 Prima de Riesgos en el Seguro de (GMM).....	84
III. 2. 4. Metodología para el cálculo de la prima de riesgo.....	92

Capitulo IV

CONCLUSIONES Y SOLUCIONES PROPUESTAS

IV . 1 Elaboración de primas de tarifas por quinquenio para un plan Individual.....	95
IV . 2 Propuestas y soluciones.....	98
IV.2.1 Perfil familiar.....	98
IV.2.2 Falta de credibilidad de las aseguradoras.....	98
IV.2.3 Sobre competencia.....	99
IV.2.4 Mercado cada día más estrecho.....	101
IV.2.5 Ausencia o limitación de requisitos.....	102
IV.2.6 Falta de cultura preventiva.....	102
IV . 3 Disparidad de coberturas.....	104
IV.3.1 En los conceptos y su interpretación.....	104
IV . 4 Algunas Cláusulas.....	107

Anexos

1. <i>Definiciones</i>	109
2. <i>Glosario Médico</i>	112
3. <i>Datos de las principales defunciones en México</i>	116

CAPITULO 1

Panorama General de Salud en México

I.1. Aspectos Generales

Los muchos logros que México alcanzó durante las décadas pasadas en el sector salud, han llevado a mejoramientos significativos en el estatus de salud de la población, a un mayor acceso a los servicios básicos, y han permitido el mantenimiento de importantes medidas de salud pública. Al aumentar la prosperidad del país ha sido posible incrementar la esperanza de vida, reducir la mortalidad infantil, y disminuir la tasa de fallecimientos, lo que da como consecuencia entre otras cosas una tendencia a que la población envejezca. Así mismo se ha observado que junto con el aumento de la sobre vivencia cobran cada vez más fuerza una serie de enfermedades y discapacidades crónicas y degenerativas.

Durante los próximos 30 años cambiará la población nacional; la morbilidad y mortalidad se presentaran por causas y frecuencias distintas a las de hoy, los tratamientos médicos también será diferentes y algunos y muchos de ellos más efectivos, menos intrusivos y con menores efectos secundarios.

Pero estos cambios progresivos traen consigo graves consecuencias como: elevados costos en la atención médica, inequidad en el acceso a los servicios de salud ; por nombrar algunos, es por esto que debemos estar concientes y tomar las medidas necesarias para que la población cuente con atención médica eficiente y oportuna., Con más razón cuando se tratan de gastos catastróficos.

De hecho el porcentaje de hogares que incurrió en gastos catastróficos por motivos de salud es muy alto de aproximadamente 900, 000 de los cuales no asegurados son: 616,517 y asegurados 283,483

El presente capítulo pretende mostrar, como su nombre lo indica un breve panorama de la salud en nuestro país ; con el propósito de entender la necesidad de contar en México con un seguro de Gastos Médicos Mayores, así como la estructura de sus coberturas.

México ha, y seguirá presentando dos tipos de transiciones: La Demográfica y la Epidemiológica las cuales tendrán un impacto muy importante en el Sector Salud.

I.2.Transición Demográfica

I.2.1. Población Total

El número de mexicanos seguirá creciendo en términos absolutos, seguramente con tasas mucho menores que en el pasado, para el año 2030 la población nacional será de entre 142 y 160 millones, 55 a 75 por ciento más que en 1995², y las tasas medias anuales de crecimiento serán mucho menos que la actual (del .8 al 1.1 por ciento entre 2025 y 2030 para los casos extremos). Aunado a esto se debe considerar los procesos migratorios que mucho dependen de la situación del país.

I.2.2. Tasa de natalidad y mortalidad

El crecimiento demográfico del país está en función de las tasas globales de natalidad y mortalidad. Ambas tuvieron un comportamiento y valores muy semejantes entre 1885 y 1910. La tasa de natalidad en 1930 fue de 42 por millar, para iniciar una tendencia de crecimiento

² 1970-1990 el número de habitantes fue: 81,249,645, 1990-1995 el número de habitantes fue de: 91,158,290 y de 1995 –2000 fue de: 97, 483 , 412 con las tasas de crecimiento medio anual de población: 2.6%, 2% y 1.9% respectivamente

hasta 1960-1965 (cuando llegó a valores superiores de 46 al millar) para pasar en 1995 a 30 por millar.

En cambio la tasa de mortalidad paso de casi 37 por millar en 1921 a poco menos de 5 por millar en 1995. De continuar las tendencias históricas, la tasa de mortalidad, podría llegar a poco más de 4 al millar en 2010 a cerca de 3.6 al millar en el 2020 y a casi 3.3 por millar en el 2030.

En los próximos años podría presentarse en México un estancamiento o incluso un ligero aumento en la tasa de mortalidad, pudiendo regresar ésta para el año 2030 de entre 7 y 10 por millar. Este supuesto se basa en que algunos países la tasa de mortalidad, que luego de largos periodos de disminución muestran posteriormente un estancamiento o repunte.

I.2.3. Curvas de sobrevivientes

La tendencia parece ser hacia un estado en el que prácticamente todos los integrantes de una cohorte sobrevivirán hasta los 70 años de edad, pero también prácticamente todos morirán entre los 70 y los 90 años.

Las curvas de sobrevivientes de hombres y mujeres muestran el efecto de una importante y progresiva reducción en la mortalidad infantil y preescolar. La mortalidad de infantes se ha reducido por más de 75 por ciento, pasando en el lapso de 1970 a 2003 de 72 muertes por cada mil a 20.51. En el caso de la mortalidad materna se redujo un 45%, entre 1980 y 1997.

I.2.4. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado considerablemente, por ejemplo: Pasó de 36.6 años en 1930 a 58.6 años en 1960, en el año 2000 la esperanza de vida al nacer fue de 72 años (hombres) y 74 años (mujeres), y en el 2003 se reporta 72.43 y 77.36 años respectivamente.

I.3 La transición epidemiológica

En México las enfermedades crónicas y las lesiones representan las principales causas de muerte e incapacidad, y el país está enfrentando problemas emergentes tales como el SIDA. Ello se debe en parte a cambios en el entorno, al hábitat y a la propia demografía, a los desiguales avances en el conocimiento y tratamiento de las diferentes enfermedades y padecimientos.

Adicionalmente el envejecimiento de la población da mayor peso a las enfermedades crónico – degenerativas, las cuales tienen asociados mayores tiempos y costos de atención a la salud.

En México sigue prevaleciendo una yuxtaposición epidemiológica, con los siguientes rasgos e implicaciones:

- 1) A pesar de los avances ocurridos en lo relativo en salud de México ha quedado por debajo de lo esperado en razón de su riqueza.²
- 2) El número de personas que padecerán las enfermedades infecciosas, seguirá siendo elevado, como las respiratorias, que son un factor de muerte entre los ancianos, así como de la gente de bajo nivel socioeconómico.
- 3) El descenso de la mortalidad no necesariamente implicará una reducción de la morbilidad, algunas enfermedades transmisibles, como la difteria, el tifo y la Poliomiéлитis se encuentran en franca retirada, otras sin embargo han vuelto a surgir (después de su eliminación total del país), como el dengue o la tuberculosis pulmonar, y otras más como el paludismo, han vuelto a cobrar importancia.

2

En 1990 hubo 38 por ciento más muertes de menores de 5 años de los que debería de haber tenido si se hubiera comportado como el resto de los países latinoamericanos.

4) Es posible que sigan nuevas infecciones, como el SIDA. Su prevención y tratamiento serán más complejos.

5) Las muertes por enfermedades del corazón y del aparato circulatorio se incrementarán, para llegar a ocasionar quizá en el año 2010 una de cada tres muertes.

6) Algunas enfermedades crónicas siguen siendo padecimientos asociados con la pobreza, entre ellas, las cardíacas de origen reumático y ciertos tumores malignos (del cuello del útero, por ejemplo). Igualmente, el incremento de accidentes y violencia es resultado de procesos inadecuados de urbanización.

A la transición epidemiológica se sumarán otros factores que incidirán sobre la calidad de la demanda en los servicios de salud: urbanización creciente, elevación de los niveles educativos, exposición más amplia e intensa a los medios de comunicación masiva (que además propician el consumo del tabaco, alcohol y alimentos ricos en grasas animales, todos factores determinantes de enfermedades crónico degenerativas).

Mucho se ha especulado sobre la posibilidad de encontrar cura para dichas enfermedades. Los argumentos a favor de la posibilidad de hacerlo se basan en los avances de transplantes de órganos vitales y el uso de órganos artificiales. Pero aun si fuese posible, el impacto de los procedimientos correspondientes seguramente sería perceptible sólo a muy largo plazo, por su alto costo, y condiciones de aplicación.

I.4 El Gasto General en Salud

Entre 1995 y 1999, los gastos federales reales realizados en México para todas las instituciones públicas que proveían servicios de salud, se incrementaron 24 por ciento a pesar de la reducción de gastos en otros sectores. Sin embargo, el gasto público en el rubro de salud

sigue siendo bajo. En el año 2000 el gasto total en Salud representaba un 5.7 por ciento y del 2003 representó el 5.8 por ciento con respecto al PIB, para poder enfrentar las demandas tendrá que aumentar un 50 por ciento más (aproximadamente 153 000 millones³).

El gasto público de México en salud es menor a la mitad del promedio realizado en los países europeos que han alcanzado el acceso universal a los sistemas de salud nacionales, incluyendo a muchos de los países de la Unión Europea y de América Latina.

Si bien el gasto público, el gasto total como porcentaje del PIB no ha variado mucho, si ha ido cambiando la composición a expensas de un menor gasto público y mayor gasto privado.

A principios de la década de los 90 el gasto público representaba 58 por ciento contra 40 por ciento en total del gasto privado, el prepago a los seguros era muy pequeño (2 por ciento). Apenas una década más tarde el pago privado representa la mayor parte, 52 por ciento del gasto total en salud, mientras que el gasto público disminuye a 46 por ciento y se mantienen el prepago a los seguros.

Gasto en Salud 2003

Gasto	(55 por ciento)
Gasto	(41 por ciento)
Seguros privados	(4 por ciento)

A su vez, la raíz de esta sub-inversión en materia de salud es consecuencia de la base fiscal de nuestro sistema económico. En México la carga fiscal como porcentaje del PIB está entre las

³ PIB a, 2000, 5,485,372 millones m.n.

más bajas del mundo, siendo inferior a 11 por ciento del PIB y comparable con la carga fiscal que ya tienen países africanos, muy por debajo de países que tienen sistemas o estados de bienestar muy consolidados como es el caso de Holanda, pero en una comparación de países similares a México, como Chile o Brasil, está muy por abajo, incluso muy por abajo del promedio de países sudamericanos.

I.5 Organización de la Asistencia Sanitaria

El pilar más grande del sistema del cuidado de la salud en México es un programa de seguro social obligatorio, financiado por las contribuciones de los empleados del sector laboral de los patrones, y del gobierno. Las instituciones principales son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), pero PEMEX, el Gobierno del Distrito Federal, la policía, el Metro, y las fuerzas armadas tienen también sus propios sistemas. En total, las organizaciones de seguridad social sólo cubren un poco más de la mitad de la población. El resto de la población (llamada la “población abierta”) recibe servicios de salud fundamentalmente de la SS y por una pequeña extensión del IMSS-Solidaridad .

La organización del sistema de asistencia sanitaria en México, muestra cómo los diferentes grupos de consumo están teóricamente distribuidos entre las organizaciones integradas verticalmente – cada institución asume la responsabilidad de una población específica, con un recurso financiero específico.-

Sin embargo, en la práctica, los consumidores no siguen las reglas del sistema, es decir acuden con proveedores privados contando con Seguro Social o con algún otro y esto se debe a diversos factores, uno de ellos es la falta de satisfacción en el servicio, que principalmente ofrecen las entidades públicas.

I.6 Problemática de la Asistencia Sanitaria en México

I.6.1. Fragmentación general del sistema

El sistema de asistencia sanitaria mexicano está compuesto por numerosas instituciones públicas y del sector privado (enunciadas anteriormente), operando en paralelo con muy poca coordinación. A pesar de que existe algún consenso respecto a cómo debería ser el sistema en 10 años a partir de ahora, no está claro cómo la fragmentación actual se puede superar. La SS, que se supone está a cargo de establecer la política de salud nacional, de gobernar y regular al sector para asegurar su coherencia, permanece institucionalmente débil, y es un actor más entre otros.

El sector privado, por su parte, al que le gustaría desempeñar un mejor papel dentro del sistema de salud nacional, ha recibido señales variadas de cómo el sistema evolucionará. Durante los últimos años, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), como una clave financiera del sector, ha realizado algunos intentos para introducir reformas y para mejorar la administración; sin embargo, se necesita dar pasos más específicos. El hecho de que casi no exista recurso alguno que provea información actualizada acerca del gasto en cuidado de la salud, es un indicativo de la fragmentación del sistema. La creación del Consejo Nacional de Salud en 1995, fue un intento de una mejor coordinación. No obstante, ninguno de estos esfuerzos ha resultado en una clara y completa dirección.

I.6.2. Desigualdad en la asistencia sanitaria

Los estados más pobres y que tienen la mayor carga de enfermedad, reciben considerablemente menos recursos por individuo que el promedio nacional, lo que exacerba la desigualdad en el sistema. La falta de equidad en el acceso a los servicios del cuidado de la salud, sigue siendo un importante tema en México, como a continuación se muestra:

1. Cerca de 500,000 personas siguen sin acceso a un servicio básico de salud, viven en comunidades rurales dispersas geográficamente, pobres y muy pequeñas, algunas veces de difícil acceso, y más aún, el costo de proveerles servicios, sería más alto que el promedio del costo actual.
2. Existe una diferencia significativa en el gasto por individuo entre las diferentes instituciones, por ejemplo: PEMEX gasto 500 dólares por individuo en 1999, mientras que el gasto total en la población abierta (aquella que trabaja en la economía informal) varió entre los 19 y 28 dólares por individuo, aproximadamente.
3. En 1998, Chiapas, Hidalgo y Oaxaca contaban, cada uno, con un médico por cada 1,150 personas aproximadamente, mientras que los estados del norte del país tenían un médico por cada 625 personas. Las diferencias dentro de los estados son aún más severas. En Chiapas, por ejemplo, los 5 municipios con los niveles de marginalidad más bajos, esto es, con mejores estándares de vida, tienen un médico por cada 557 habitantes, mientras que los municipios con poblaciones indígenas tienen un médico por cada 3,646 personas (Frenk, 1998)

Las anteriores disparidades están asociadas con vastas diferencias en los resultados de salud entre las regiones y entre las áreas urbanas y rurales. Por ejemplo, la esperanza de vida es de 55 años en las áreas rurales, claramente inferior a la de las áreas urbanas, que es de 71 años. Generalizando, los segmentos más ricos de la población mexicana tienen indicadores de salud similares a los encontrados en países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD), mientras que los segmentos más pobres tienen indicadores parecidos a aquellos de los países de bajo ingreso. Es importante recalcar que aquellos estados más pobres y que tienen la mayor carga de enfermedad, reciben considerablemente menos recursos por individuo que el promedio nacional.

A pesar del crecimiento de los servicios públicos rurales, partes apartadas del país continúan sin la prestación de servicios en comparación con los promedios nacionales. En 1998, la ciudad de

México tuvo 226 camas de hospital por cada 100,000 personas, estados como Nuevo León y Baja California Sur un poco más de 100 cada uno, mientras que en Chiapas y Oaxaca, solo se tuvieron 44 camas de hospital. (Whitaker,)

Podríamos seguir enumerando ejemplos de inequidad, pero solo como ilustración mostraremos dos más:

1.6.3 La satisfacción y la calidad siguen siendo un problema

Existen pocos incentivos para mejorar la calidad y la receptividad hacia los consumidores. Estos problemas se confirman con la escasa calidad clínica y la insatisfacción en aumento. Un estudio realizado por Bobadilla (1998) demostró que un bebé nacido en un hospital de la SS, son tres veces más propenso a morir en sus primeros 7 días de vida, que otro del mismo peso nacido en un hospital del IMSS. Aunque es posible que los niños atendidos en la SS estén predispuestos a niveles altos de enfermedad, queda claro que la calidad total de ambos sistemas varía considerablemente con relación a la obtención de resultados satisfactorios. Entre la población asegurada por los sistemas de seguridad social, el descontento con la calidad del servicio ha llevado a muchas personas a buscar atención sanitaria fuera de la institución con la que están afiliadas, por lo que comúnmente están registradas en más de un sistema.

En 1999, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) recibió cerca de 774 quejas oficiales con respecto a la calidad de la atención. En el primer año de operación (1996), la CONAMED recibió 4,000 quejas. Una encuesta más extensa de las actitudes del público mexicano hacia la asistencia sanitaria se llevó a cabo en 1994. Cincuenta y nueve por ciento de los encuestados consideraron que el sistema actual tiene algunos aspectos positivos pero requiere un cambio fundamental." Otro 24 por ciento, menos satisfecho, cree que "el sistema es tan malo que necesita ser renovado por completo." Ochenta y tres por ciento de los usuarios de los servicios de la SS, estaban insatisfechos. Sus principales razones fueron (a) servicio deficiente; (b) falta de recursos tales como medicamentos y personal poco calificado; (c) falta

de acceso; (d) altos costos. Además, el estudio reveló que las cuestiones de calidad no estaban limitadas por la falta de recursos, de personal y problemas técnicos: 40 por ciento de los pacientes sintieron que no fueron tratados adecuadamente, 61 por ciento consideró a los servicios demasiado burocráticos, y 8 por ciento no recibió tratamiento médico cuando lo necesitó.

a) Los principales factores que limitan la calidad

Primero; los médicos tienen pocos incentivos para trabajar duro o para ofrecer un servicio más satisfactorio a los pacientes. Los médicos frecuentemente darán a los pacientes medicamentos o los referirán con especialistas caros para mantener baja la carga de trabajo.

Segundo; Una falta de factores básicos de producción como los medicamentos y un equipo obsoleto, limitan la calidad clínica. Los estudios llevados a cabo en 1996 por la SS, mostraron que sólo 18 de 36 medicamentos esenciales estaban disponibles en un sondeo hecho en clínicas urbanas y rurales. Al mismo tiempo, una gran proporción del equipo del IMSS no ha sido reemplazada durante los últimos 20 años. En 1997, sólo 1.1 por ciento del gasto del IMSS se destinó a la compra de equipo nuevo o a la actualización de las instalaciones médicas.

Tercero; la insuficiencia de gente entrenada para operar el equipo. Según la Pan American Health Organization (PAHO) 1988, México sólo tuvo 98 radioterapeutas o uno por cada 418 pacientes con cáncer, comparado con Argentina, que tiene uno por cada 274. En 1998, México tuvo 30 físicos de medicina; Brasil tuvo 700. Los físicos de medicina son de vital importancia en el área de gestión de imágenes de diagnóstico. Sin su colaboración, máquinas tales como las unidades radioterapeutas de alta energía y los aceleradores lineales, podrían causar daños en los pacientes.

Cuarto; La falta de gerentes preparados, causan la separación entre áreas dedicadas a la compra, provisión e introducción de nuevas formas de pago de los proveedores, e introducen la necesidad de técnicas modernas de estimación de riesgo, pronóstico, administración financiera,

negociaciones, contratación y cambios de incentivos para el personal. La mayoría de los profesionales de salud mexicanos, que actualmente tienen puestos administrativos, han recibido un entrenamiento exclusivamente médico; y en la mayoría de las veces no es suficiente

b) Otro problema; la ineficiencia

1. Hasta hace a penas unos años, no existía un sistema de cuidado primario funcionando en las organizaciones de seguro social. Los estudios internos propios del IMSS, documentan tratamientos innecesarios y de gran escala para los pacientes que pudieron haber sido tratados en instalaciones de cuidado primarias más baratas. El caso es similar para las cirugías de corta estancia que pueden ser realizadas en estructuras ambulatorias, y a una fracción del costo de realización en hospital.
2. El equipo del sistema de salud nacional comúnmente se compra de manera centralizada a través de un sistema de licitación. Se pone mucha atención para obtener el precio más bajo, sin considerar la eficacia y los costos de mantenimiento del equipo alternativo que pudiera incluir tecnologías de más alto precio.
3. La división vertical entre las instituciones del sector público da como resultado que haya hospitales muy cercanos los unos a los otros, adquiriendo e instalando el mismo equipo, en lugar de compartirlo.
4. La productividad de los doctores sigue siendo baja. En 1998, el número promedio de consultas con un doctor primario por día fue de 17.7, a diferencia de un doctor primario europeo que varía entre 30 y 35 pacientes al día.
5. El manejo de la información y su análisis es pobre. Un estudio de la PAHO, realizado en 1996, mostró que sólo 23 por ciento de los hospitales mexicanos tenían computadoras, y sólo menos de la mitad tuvo algún método sistemático para guardar y usar la información escrita en papel.

c) El sistema de financiamiento provoca ineficiencias adicionales

Un sistema de financiamiento centralizado causa ineficiencia. Los presupuestos habían sido mayormente históricos y basados en los recursos (esto es, con cuánto equipo y personal ya cuenta la instalación) en lugar de basarse en el tamaño de la población y su perfil epidemiológico. Actualmente, el gobierno federal tiene dos maneras diferentes de asignar los fondos para los estados. La primera es a través del ramo 33, que incluye fondos destinados para la salud, la educación, y el desarrollo social. La segunda es mediante el gasto programado descentralizado, establecido por los acuerdos entre los gobiernos federales y estatales, dedicados al fortalecimiento los sistemas de salud de los estados. Hoy en día, todos los 32 estados controlan su gasto de salud, mientras que en 1995 sólo controlaban el 21 por ciento.

Las fuerzas armadas y PEMEX tienen mayor capacidad que la SS y el Distrito Federal. En 1996, por ejemplo, estas dos instituciones tuvieron 13.2 y 12.7 establecimientos en operación por cada 100,000 personas, respectivamente, mientras que la SS y el Distrito Federal sólo tuvieron un sexto de la capacidad, en 2.6 y 1.9, respectivamente.

I.7. Las Reformas del Sistema de Salud a la fecha

En 1943 se llevó a cabo la primera reforma creando la Secretaría de Salubridad y Asistencia a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. En 1946 se dio paso al establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de dar cumplimiento al artículo 123 constitucional. En esta época también se dio inicio a los institutos nacionales de salud mediante la creación del Hospital Infantil de México, y poco después los de Cardiología y de Nutrición. Con estos esfuerzos se dio pie a un proceso de institucionalización de la atención

médica, la salud pública y se reafirmó la responsabilidad del Estado para asumir y conducir el cuidado de la salud en nuestro país.

La segunda reforma, ocurrida en el lapso comprendido entre 1983 y 1988 involucró, sustancialmente, a los servicios que atienden a la población abierta, es decir la que no es derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arrancó al añadir a la Constitución el derecho a la protección de la salud en 1983, continuó con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 y, en los años subsiguientes, de las leyes estatales de salud y de seis nuevos reglamentos que simplificaron el contenido de 84 farragosos ordenamientos a los que sustituyeron; el cambio legislativo culminó en la definición de más de 300 normas técnicas.

La reforma sustantiva, por su parte, incluyó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron:

1. La descentralización de los servicios de salud que, por razones económicas, se llevó a cabo sólo en 14 entidades federativas.
2. La sectorización institucional;
3. La modernización de la SS;
4. La coordinación intersectorial, y
5. La participación comunitaria.

Las estrategias de nivel micro fueron:

1. La investigación en salud.
2. El desarrollo de recursos humanos para la salud.
3. La información en salud.

4. El financiamiento y los insumos para el Sistema Nacional de Salud.

La tercera etapa arrancó en 1995 y comprendió tanto el ámbito de la SS como del IMSS. Dicha etapa condujo a:

1. Culminación el proceso de descentralización en todas las entidades federativas.
2. Formular un paquete básico de 13 intervenciones costo efectivas destinado a la población rural dispersa.
3. Certificar hospitales y escuelas de medicina (esta última, gestión de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina)
4. Crear de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
5. Regular las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, (con colaboración con la Secretaria de Hacienda y Crédito Público).

1.7.1 Las reformas en la Secretaría de Salud (SS)

A principios de los 90, los recursos de la SS son transferidos a 32 entidades federativas de la república, que asumen las responsabilidades de gestión necesaria para lograr los estándares mínimos de cuidado y cobertura amplia. Como resultado de la descentralización, el volumen de los recursos que son administrados de forma autónoma por los estados, pasó de 21 por ciento en 1995 a más de 50 por ciento en 1996 y más de 70 por ciento en 1999. La provisión de los servicios de salud para la población abierta de los 31 estados y el Distrito Federal es ahora

responsabilidad de sus respectivas secretarías de servicios de salud, organizadas como instituciones públicas autónomas con responsabilidades compartidas entre los gobiernos estatales y la SS. Como parte de los esfuerzos para modernizarse, la SS creó varias áreas de coordinación y prevención sectorial, como la de Salud Infantil, Salud Reproductiva, Salud de Ancianos, Emergencia, y Programas de Desastre.

Bajo el desarrollo del PAC, la SSA redujo a la población descubierta de más de 10 millones (más de 7.6 millones de nacidos entre 1995 y 2000) a 500,000. El programa provee 13 servicios básicos a las poblaciones que antes no tenían acceso. Futuras reformas tendrán que ser dirigidas a corregir las ineficiencias estructurales que existen entre los hospitales de la SS y la duplicidad de servicios y coberturas con otras instituciones del sector público.

I.7.2 La reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La principal reforma del IMSS es la nueva Ley del Seguro Social, que fue aprobada en 1995 y tuvo efecto en 1997, primero atendió de forma parcial el recurrente déficit que existía en el financiamiento de la asistencia sanitaria. Por el lado organizacional, ha empezado a establecer una separación entre el financiamiento y la provisión de servicios, con el propósito de permitir la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades sanitarias de la comunidad, determinadas por sus características epidemiológicas y demográficas, en vez de su habilidad para pagar.

El proceso de descentralización del IMSS inició mediante la creación programada de 139 áreas médicas, cada una de las cuales recibiría un presupuesto para el riesgo definido por edad y sexo.

Otras dos importantes reformas del IMSS ya han sido descritas anteriormente: la introducción de nuevos sistemas de proveedor de pago (DRGs) y el pilotaje de la elección de los doctores en el ámbito primario.

a) El Papel del Gobierno

Durante los 10 últimos años, el gobierno ha ampliado la cobertura del paquete básico de los servicios comprendidos en PAC, en un estimado de 9 millones de personas que no estaban aseguradas previamente. Pero para asegurar a las 500,000 personas no aseguradas mencionadas anteriormente, hace falta 600 millones de pesos al año.

Las reformas del IMSS que permiten nuevos esquemas de seguro subsidiado públicamente para el sector informal, como el seguro familiar y los programas de seguro voluntario, estaban diseñados para permitir que aquellos empleados en el sector informal en las áreas urbanas, obtuvieran cobertura de seguro social. Bajo un sistema de cobertura universal, toda la población estará inscrita en un programa nacional de seguro de la salud. Hasta este punto, el éxito de los esquemas de seguro voluntario del PAC y del IMSS ofrece oportunidades importantes para crear mecanismos que incrementen la cobertura de los sistemas formales de seguro.

1.8 Algunas Medidas

Las medidas que aquí se mencionan contribuyen a aliviar los tres principales problemas de los sistemas de salud en el trabajo de la OMS publicado en el Informe sobre la Salud en el Mundo del 2003 e invocados en la propuesta del gobierno actual para democratizar la salud.

La propuesta, asimismo, postula, a manera de lineamientos conductores de las estrategias sugeridas, que el financiamiento siga a la demanda de servicios en vez de que la oferta sea el criterio rector, como ahora es el caso, que se profundice el deslinde entre atención médica y salud pública, y que se rediseñe la prestación de servicios.

La propuesta consta de cinco líneas estratégicas:

1. Establecer un seguro nacional de salud.
2. Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud.
3. Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios.
4. Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud.
5. Crear un fondo nacional de salud pública.

Un aspecto clave es apoyar la evolución de dichas propuestas desde una perspectiva que incorpore visiones del sector privado, del sector no-gubernamental sin fines de lucro, de la sociedad y de los investigadores.

Esto se infiere de las encuestas realizadas en 1997 y en 2000 sobre satisfacción de usuarios. Así, por ejemplo, la gente busca libertad para elegir a su médico (74 por ciento) y está interesada en acceder a los servicios privados cuando el seguro no cubra ciertas intervenciones o existan largas listas de espera, pagando la diferencia que ello implique (60 por ciento).

Lo anteriormente expuesto permite entender mejor las cinco medidas que se propone sean implantadas para continuar la reforma del Sistema Nacional de Salud.

1) Establecer un seguro nacional de salud

El aspecto clave es que dicho seguro sea nacional, contribuyendo al logro de los principios de equidad, calidad y protección financiera .

En una primera etapa se propone que este seguro nacional cubra a la población urbana no derechohabiente de la seguridad social, que vive en ciudades mayores de 100,000 habitantes. Proponen iniciar con esta población obedece a su ubicación geográfica y su capacidad de pago parcial, pero en todo caso debe garantizarse que el seguro adquiera un carácter nacional con un enfoque de integrar a las familias más pobres.

Para hacer más equitativo el sistema de salud, interpretada la equidad como la asignación de mayores recursos en donde las necesidades son mayores y la capacidad de pago es menor, habría que perfeccionar el paquete básico de salud que se aplica a la población rural dispersa y, en la medida de lo posible, aumentar las trece intervenciones costo-efectivas que lo integran, subsidiar sólo a los estratos más pobres de la población urbana y recuperar los gastos en que incurren quienes tienen capacidad de pago, haciendo que los seguros privados sean complementarios a la atención médica básica de carácter público y aplicando los recursos en forma descentralizada, como ya se viene haciendo, pero con más nitidez.

Las cifras presentadas a continuación reflejan dos esquemas claves para hacer un seguro nacional subsidiado y se condicionan a la realidad económica actual y a las posibilidades institucionales con un cálculo para los primeros años del esfuerzo.

Para precisar la factibilidad económica del seguro nacional de salud se identificó la población no derechohabiente que vive en ciudades mayores de 100,000 habitantes (número de familias, tamaño, composición y ubicación geográfica); se analizó la capacidad de pago de las familias; se desarrolló un sistema de subsidios escalonados para evitar incentivos adversos; se estableció un marco de costos tomando como referencia el seguro de familia que implantó el IMSS el sexenio pasado, y se midió el costo del seguro en términos del PIB. El cuadro 1 presenta los resultados obtenidos.

La población que podría incorporarse, en una primera etapa, al seguro nacional de salud es de casi 21 millones; más de 5 millones perciben más de 4 salarios mínimos y no recibirían ningún subsidio; cerca de 1 millón y tres cuartos perciben menos de un salario mínimo y serían subsidiados en forma completa. Quienes perciben de 1 a 2 salarios mínimos serían subsidiados con el 75 por ciento de la prima (6 y medio millones de personas), los que ganan de 2 a 3 salarios mínimos recibirían 50 por ciento (más de 4 y medio millones de personas), y los que ingresan de 3 a 4 salarios mínimos recibirían el 25 por ciento (2 y medio millones de personas). En total, el gobierno federal pagaría poco más de 17 mil millones de pesos mientras que los hogares cubrirían algo más de 10 mil millones de pesos. La erogación gubernamental

corresponde al 0.29 por ciento del PIB por lo que se considera que es viable empezar a establecer el seguro nacional de salud en función de los recursos que serían destinados este año al sector salud.

Cuadro 1

Seguro Nacional de Salud

Categoría de gasto	Población 2001 (Millones)	Gastos en el SF (millones de pesos)		Gasto Federal (por ciento PIB)
		Federal	Hogares	
< 1 SM	1.7	1816.5	11.3	0.03
1 a 2 SM	6.5	6140.1	1,120.0	0.10
2 a 3 SM	4.7	3,974.4	1,773.4	0.07
3 a 4 SM	2.6	1,939.3	1,670.8	0.03
> 4 SM	5.3	3,411.7	5,947.9	0.06
Total	20.8	17,728.2	10,523.4	.29

SM: Salarios mínimos
SF: Seguro de familia

2) Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud

Ahora ya es posible en México, empezar la separación entre el financiamiento y la prestación de servicios de salud, pues la descentralización de aquellas que de estas últimas atienden a la población abierta, y que ha culminado la SS con la creación de los Sistemas Estatales de Salud (SES), por un lado, y la desconcentración del IMSS que ha dado lugar al establecimiento de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), permite deslindar instancias financiadoras de instancias prestadoras.

Cuadro 2

Separación del financiamiento y la prestación

Financiamiento	Articulación	Prestación
IMSS (Captación y pago)	Delegación	AMGD
	SESa (Central)	SESa (jurisdicción)
	Coordinación INS	INS y otros Descentralizados
	ISES y otras Articulaciones	Prestadores privados

Así, es posible aprovechar la gran experiencia acumulada por el IMSS y constituir ahí un mecanismo captador de recursos y financiado de la prestación de los servicios; esta función estaría a cargo de las AMGD, en el caso de los derechohabientes del IMSS; en ellas se ubican unidades médicas de primero y segundo niveles y, en algunas, también de tercer nivel. La población abierta sería atendida en las jurisdicciones sanitarias bajo la égida de los SESa donde se ubican las unidades médicas de primero y segundo nivel, mientras que los Institutos

Nacionales de Salud (INS) y otros nosocomios especializados proporcionarían la atención de tercer nivel.

En lo que toca a los prestadores privados, la reciente reglamentación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) prevé que estas instituciones capten los fondos y articulen con los prestadores privados. Todo este arreglo institucional prepara el terreno para implantar la estrategia siguiente.

3) Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios

Ante la imposibilidad de atender a la nueva población derechohabiente del IMSS, la única alternativa viable es utilizar la infraestructura existente pues hay capacidad sobrada en los SES, en algunos Institutos Nacionales de Salud y en establecimientos privados que podrían servir mediante un financiamiento público. La prestación de los servicios tendrá que rediseñarse a fin de que permita acoger y fomentar la libertad del usuario para elegir al prestador, lo cual facilitará la pluralidad de servicios y establecerá una competencia entre los prestadores, todo lo cual irá a la constitución de una buena mezcla público-privada, condición perseguida por las reformas sanitarias en curso, en numerosos países del orbe.

4) Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud

Idear procedimientos de capacitación y fortalecimiento de los servicios privados y establecer incentivos económicos, fiscales y académicos conducentes al mismo fin. En este contexto deben reconsiderarse y perfeccionarse esquemas de subrogación, prestación indirecta de servicios y reversión de cuotas.

5) Crear un fondo nacional de salud pública

En este fondo nacional de salud se acomodarían los siguientes componentes: regulación sanitaria; atención primaria a la salud, sobre todo el paquete básico de salud; la protección al ambiente y la salud ambiental; la vigilancia epidemiológica; la información en salud; la investigación en salud; la formación de recursos humanos y el aseguramiento de la calidad en la producción de insumos, entre otros.

Las estrategias aquí sugeridas para continuar la reforma, se potencian entre sí pues el seguro nacional de salud favorece la separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios, y la pluralidad en la prestación, estimulando así una mayor participación del sector privado. En todo caso, a lo que se aspira es a lograr una buena mezcla público-privada en el Sistema Nacional de Salud.

La propuesta de regir sobre los fondos federales para consolidar la función rectora de la SS implicaría que todo financiamiento que provenga del gasto federal, independientemente de la población a que se destine, tenga el aval de la SS con el fin de garantizar los incentivos adecuados para que el sistema sea solidario y que todos los mexicanos lleguen a ser derechohabientes de un único sistema de salud mexicano.

En primer lugar, el sector privado puede proporcionar con eficiencia y calidad de mayor nivel, muchos de los servicios subordinados tales como limpieza, alimentación y seguridad, que en la actualidad corren a cargo del sector salud. La contratación de estos servicios de hotel permitiría al sector salud dirigir sus esfuerzos a lograr un nivel máximo de atención médica.

I.9 Conclusiones

El futuro de la reforma del sector salud en México depende de una estrategia que, por un lado, ajuste su paso dinámicamente para que pueda aprovechar la capacidad institucional existente, y por el otro, del diseño de instrumentos y cambios sistemáticos que aumenten la eficiencia,

calidad y satisfacción del usuario. Cualquier iniciativa de reforma rápida o lenta deberá incluir a los inversionistas en el debate con respecto a los planes y en el proceso de reforma. La falta de entendimiento claro de los objetivos de la reforma de salud por parte de los inversionistas constituye un obstáculo potencial para esfuerzos reformadores futuros. Se debe hacer un esfuerzo por parte del poder ejecutivo para involucrar al congreso, los sindicatos, las compañías aseguradoras, las compañías del sector privado y los consumidores preocupados por su salud, dentro del proceso de reforma. El aprovisionamiento de información y las campañas educativas, la consulta directa y la promoción de consejos comunitarios con participación de los inversionistas serán elementos importantes que garanticen el éxito de la reforma.

Los funcionarios deberán desarrollar una visión compartida del sistema reformado. Muchas reformas de la salud han sido limitadas por puntos de vista divergentes por parte de los inversionistas y técnicos en cuanto al futuro de su sistema de salud. La coordinación mejorada durante los últimos años ha permitido progresos importantes para establecer un marco de reforma coherente y consentido. Sin embargo el subsiguiente desarrollo de una visión común será un elemento decisivo con relación a la implementación de una reforma al sistema de salud.

Un elemento clave en el desarrollo de un marco coherente de reforma será el papel cambiante del gobierno. En el futuro éste deberá asegurarse de que el sistema de salud en su totalidad quede estructurado para proporcionar a la población acceso a servicios médicos razonables desde el punto de vista de costo en lugar de preocuparse por proporcionar todos los servicios de salud. Esto significa que el sector público debe mejorar la coordinación de los institutos existentes así como el financiamiento del sector salud. Al mismo tiempo, las reformas actuales deberán continuarse en cuanto a la descentralización y la creación de funciones de adquisición, incrementando el papel de los consumidores y de la comunidad, reduciendo la inequidad en la asignación de recursos y mejorando los incentivos a los proveedores para que obtengan más valor por su dinero.

Capítulo II

Condiciones Generales

Uno de los problemas más contundentes es la falta de precisión en la redacción de los conceptos que abarcan las condiciones generales, ocasionando en algunos casos que una definición se pueda interpretar de dos o más formas distintas o simplemente se omita aclarar términos o condiciones. Este capítulo muestra de forma general que y como cubre el seguro de gastos médicos mayores, lo cual se realiza mediante una serie de cuadros comparativos de exclusiones, gastos y beneficios cubiertos, así como cláusulas generales de las 3 principales compañías aseguradoras en México en este Ramo.

II.1. Exclusiones individual y grupo

En los cuadros 1 y 2 se realizará un comparativo entre exclusiones que podríamos considerar como generales. Dado que hay otras exclusiones que son específicas para cada una de las compañías de seguros analizada es imposible realizar un comparativo entre estas; por lo que a continuación se indican cuáles son estas exclusiones particulares y a la vez se clasifican cuando coinciden en su descripción de individual y grupo.

II.1.1 MetLife México

a) Adherencias pélvicas y endometriosis.

Individual: Se excluye
Grupo: Se excluye si no existe previa valoración por un médico designado por la compañía de seguros.

b) Consultas post-operatorias

Individual: Se excluye
Grupo: No se excluye

c) Hernio plastias de línea media

d) Tratamientos con fines preventivos.

e) Responsabilidad civil, penal o de cualquier otro de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.

Individual: No se excluye
Grupo: Se excluye

f) Tratamientos médicos a consecuencia de la menopausia.

g) Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.

h) Cualquier gasto no relacionado con el tratamiento de padecimientos y accidentes cubiertos.

i) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas, salvo que se pruebe que el contenido alcohólico en la sangre era menor al .08 por ciento.

j) Atención de recién nacidos sanos.

Individual: se excluye
Grupo: se excluye

II.1.2. ING Comercial América

- a) Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el accidente ocurra dentro de su horario de labores.
- b) También son exclusiones aquellas que figuren en las condiciones especiales y endosos anexos a la póliza.
- c) Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
- d) Xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.
- e) Hallux valgus o juanetes.

Individual: No se excluye
Grupo: Se excluye

- f) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado.
- g) Gastos erogados por el donador de órgano.

Individual: Se excluye
Grupo: No se excluye

II.1.3 Grupo Nacional Provincial

- a) Enfermedades y tratamientos, aún cuando sea Emergencia Médica, que se presenten en el transcurso de los primeros 30 días de inicio de cobertura, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

- b) No se brindará el servicio de Médica Móvil en los siguientes casos: Pacientes que se encuentren en condiciones de psiquiátrico-agresivo, infecto-contagiosos, ebrio o drogado agresivo. Cuando el asegurado que requiera el servicio, se encuentre fuera de la zona Geográfica que se indica en el mapa de localización.

Individual:	Se excluye
Grupo:	No se excluye

Cuadro 1
Gastos excluidos
Plan Grupo

Grupo Nacional Provincial	MetLife México	ING –Comercial América
Acompañantes en el traslado del asegurado como paciente, así como la gestión administrativa en hospitales nacionales y extranjeros	Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, así como gastos personales del asegurado	
Tratamientos o intervenciones de carácter estético o plástico y de calvicie		
Tratamientos dietéticos, de obesidad, anorexia, bulimia y complementos vitamínicos	Tratamientos dietéticos, de obesidad, complementos vitamínicos y acné	Tratamiento de obesidad, reducción de peso, calvicie y esterilidad
Curas de reposo y exámenes médicos estudios, de cualquier tipo para comprobar el estado de salud y check-ups		
Estudios de compatibilidad y estado general de salud de los prospectos a ser donadores del asegurado	Todo lo que no esté relacionado con las pruebas de compatibilidad, ni los gastos inherentes al acto quirúrgico y a la recuperación del donante	Gastos efectuados por el donador
Anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos		
La compra o renta de zapatos ortopédicos		No se especifica
Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, a excepción de los que se requieran por accidentes		
Infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de las causas y/u orígenes	Infertilidad, control de la natalidad y sus complicaciones	
Miopía, prebiopía, hipermetropía y astigmatismo	Miopía y/o astigmatismo cuando la deficiencia visual sea menor a 5 dioptrías	Miopía, prebiopía, hipermetropía y astigmatismo

Grupo Nacional Provincial	MetLife México	ING –Comercial América
Padecimientos preexistentes	Padecimientos preexistentes antes de cumplir el periodo de espera de 2 años	Padecimientos preexistentes
Gastos de los asegurados prematuros nacidos fuera de la cobertura de la póliza	Gastos derivados de nacimientos prematuros ocurridos durante las primeras 24 hrs. a partir del momento del nacimiento	No se excluye
Estrabismo de los asegurados nacidos fuera de la cobertura de la póliza, independientemente de sus causas y sus orígenes	Se excluye el estrabismo como padecimiento congénito de los nacidos fuera de la vigencia de la póliza	Estrabismo
Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes en la fecha de contratación de la póliza, sin importar la naturaleza o causa de aquella		Reposición de prótesis
Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o del lenguaje, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Así como estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias	Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa o psicosis, cualquiera que fueran sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño aun aquellas que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos	Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fueran sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta y del aprendizaje

Grupo Nacional Provincial	Metlife México	ING –Comercial América
Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura proporcionados por personas sin cédula profesional	Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos proporcionados por los primeros	Honorarios y cualquier tratamiento médico acupunturistas, naturistas y vegetarianos
Tratamientos experimentales o de investigación y los que no sean reconocidos por la práctica médico científica		Tratamientos médicos o quirúrgicos basado en hipnotismo, quelaciones y magnetoterapia.
Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia directa de la disminución de sus capacidades físicas y /o mentales, por consumo de alcohol y drogas psicotóxicas y/o estupefacientes sin prescripción médica	Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o la toxicomanía del asegurado, así como el uso de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente	Tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanía
Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado y aquellos derivados de riñas en el que éste haya participado	Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de peleas en el que éste haya sido el provocador	Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del asegurado o por actos delictuosos intencionales en que éste participe directamente o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar
Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares		
Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte		
Lesiones que el asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor, etcétera.		
Padecimientos resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre o grecorromana, aun cuando se practique de manera amateur u ocasional	Práctica amateur de box, lucha libre o artes marciales	Práctica de box, alpinismo, paracaidismo, espeleología, charrería, tauromaquia y deportes aéreos

Grupo Nacional Provincial	Metlife México	ING –Comercial América
Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave y que no pertenezca a una línea comercial establecida	Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave	Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave y que no pertenezca a una línea comercial establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
Aborto u óbito intrauterino, independientemente de sus causas y complicaciones y toda complicación del embarazo que no esté en las especificamente cubiertas, se excluye los gastos del recién nacidos a consecuencia de esterilidad y/o infertilidad	Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos, partos prematuros o partos normales o anormales y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por la póliza. así como los legrados uterinos cualquiera que sea su causa.	
Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida y/o intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental		
Gastos complementarios derivados de cualquier padecimiento cubierto en la vigencia de otra compañía aseguradora.		
No se excluye		Circuncisión
No se excluye gastos de maternidad de las dependientes económicas		Se excluye gastos de maternidad de las dependientes económicas
No se excluye radiaciones atómicas, Nucleares etcétera.	Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otra similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad	

Cuadro 2
Gastos excluidos
Plan Individual

Grupo Nacional Provincial	MetLife México	ING –Comercial América
Acompañantes en el traslado del asegurado como paciente, ni la gestión administrativa en hospitales nacionales y extranjeros	Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, así como gastos personales del asegurado	
Tratamientos o intervenciones de carácter estético o plástico y de calvicie		
Tratamientos dietéticos, de obesidad, anorexia, bulimia y complementos vitamínicos	Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos y acné	Tratamiento de obesidad, reducción de peso, calvicie y esterilidad
Curas de reposo y exámenes médicos, estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud y check-ups		
Estudios de compatibilidad y estado general de salud de los prospectos a ser donadores del asegurado	Cualquier gasto efectuado que se origine al participar el asegurado como donador de un trasplante	Gastos efectuados por el donador
Anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos		
La compra o renta de zapatos ortopédicos		No se especifica
Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales a excepción de los que se requieran por accidentes		
Infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de las causas y/u orígenes	Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad y sus complicaciones	
Miopía, prebiopía, hipermetropía y astigmatismo		El astigmatismo, prebiopía, hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción ocular

Grupo Nacional Provincial	MetLife México	ING –Comercial América
Padecimientos preexistentes, no declarados previamente, o que bajo valoración se encuentren en un endoso determinado	Padecimientos preexistentes que se presenten durante los primeros 5 años de cobertura con Génesis respecto de cada asegurado, independientemente del reconocimiento de antigüedad	Padecimientos preexistentes, no declarados previamente, o que bajo valoración se encuentren en un endoso determinado
No se excluye radiaciones atómicas, nucleares, etcétera	Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otra similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad	
Estrabismo de los asegurados nacidos fuera de la cobertura de la póliza, independientemente de sus causas y sus orígenes	No se excluye	Estrabismo
Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes en la fecha de contratación de la póliza, sin importar la naturaleza o causa de la reposición.		Reposición de y prótesis
Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o del lenguaje, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Así como estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias	Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa o psicosis, cualquiera que fueran sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño aun aquellas que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos	Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica, nerviosa o neurosis psicosis, cualquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta y del aprendizaje.
Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura proporcionados por personas sin cédula profesional.	Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos proporcionados por ellos.	Honorarios y cualquier tratamiento médico de acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
Tratamientos experimentales o de investigación.		Tratamientos médicos o quirúrgicos basado en hipnotismo, quelaciones y magnetoterapia,

Grupo Nacional Provincial	Metlife México	ING –Comercial América
Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia directa de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de alcohol y drogas psicotóxicas y/o estupefacientes sin prescripción médica	Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o la toxicomanía del asegurado, así como estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.	Tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.		
Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, y aquellos derivados de riñas en el que éste haya participado	Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellas derivadas de peleas en el que el asegurado haya sido el provocador	Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del asegurado o por actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar
Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares.		
Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.		
Lesiones que el asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor, etcétera		
Padecimientos resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre o grecorromana, aun cuando se practique de manera amateur u ocasional	No se excluye	Práctica de box, alpinismo, paracaidismo, espeleología, charrería, tauromaquia y deportes aéreos.
Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave y que no pertenezca a una línea comercial establecida	Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave	Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.

Grupo Nacional Provincial	Metlife México	ING –Comercial América
Gastos complementarios derivados de cualquier padecimiento cubierto en la vigencia de otra compañía aseguradora.		
No se excluye	Circuncisiones, cualquiera que sea la causa durante los 2 primeros años de vigencia de la póliza.	Circuncisión
óbito intrauterino o aborto, independientemente de sus causas y complicaciones, así como toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por la póliza, así como padecimientos del recién nacido causados por tratamientos para corregir esterilidad e infertilidad.	Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos, partos prematuros o partos normales o anormales y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por la póliza, así como los legrados uterinos, cualquiera que sea su causa.	
No se excluye	Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad	

II.2 Beneficios y gastos cubiertos de individual y grupo

De igual forma que en los cuadros 1 y 2 en los cuadros 3 y 4 se realizará otro comparativo entre beneficios que por incluirse en las condiciones generales de las compañías de seguros estudiadas podemos analizar, hay otros beneficios que son específicos de compañía a compañía, por lo que a continuación se enuncian de forma particular.

Así mismo en el cuadro numero 5 se generalizan los gastos cubiertos de individual y grupo debido a que son mínimas las diferencias entre ellos no existe un comparativo de gastos específicos.

II.2.1 MetLife México: GRUPO

- a) Las adherencias pélvicas y endometriosis solo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por la compañía de seguros.
- b) Intervenciones quirúrgicas para corregir miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, siempre que el asegurado tenga más de 5 dioptrías, la suma asegurada máxima para este concepto será de 10 SMGM, con un coaseguro del 50 por ciento y sin deducible.
- c) Cobertura de Daño psiquiátrico, se cubren honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 20 consultas al año incluyendo los medicamentos necesarios para su tratamiento, durante un año y solo por los siguientes eventos:
 - I. Por haber sufrido algún accidente cubierto por la póliza
 - II. Por diagnóstico de alguna enfermedad terminal
 - III. Por haber sufrido asalto, secuestro o violación.

- d) Cobertura de indemnización en caso de muerte en quirófano, siempre y cuando el deceso ocurra mientras el asegurado se encuentre en el área quirúrgica, para este caso aplica una suma asegurada de 40 SMGM

Individual

- a) Los tratamientos de eventraciones sólo se cubrirán tras el dictamen resultante de la previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por la compañía de seguros.
- b) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción de la visión, siempre que el asegurado tenga más de 5 dioptrías y no pueda ser corregido con el uso de lentes, con periodo de espera de un año, independientemente del reconocimiento de antigüedad, la suma asegurada máxima para este concepto será de 20 SMGM,
- c) Cláusula de emergencia en el extranjero, aplica una suma asegurada de 50,000 dólares sin deducible ni coaseguro, con lo que respecta a la tabla de honorarios médicos y quirúrgicos, será el doble de lo establecido para la cobertura básica contratada.
- d) Cobertura de visión, que cubre la adquisición de un par de anteojos o lentes de contacto una vez al año, incluye consulta Optométrica.

II.2.2. ING Comercial América

Individual

- a) Cláusula de emergencia en el extranjero, con suma asegurada de acuerdo al endoso existente. Excluye las complicaciones del embarazo, y/o de (los) recién nacidos, el parto y la cesárea.
- b) Complicaciones de gastos médicos no cubiertos y que se consideren como urgencia médica

II.2.3 Grupo Nacional Provincial

Grupo

- c) Cláusula de atención médica en el extranjero; la suma asegurada para este beneficio depende del plan contratado y de la región, aplica sólo para pólizas con suma asegurada contratada de \$100,000
- d) Complicaciones de gastos médicos no cubiertos y que se consideren como urgencia médica, con una suma asegurada máxima de \$500,000
- e) Tope de coaseguro de: \$30,000

Individual

- f) Cláusula de atención médica en el extranjero; la suma asegurada para este beneficio depende del plan contratado y de la región.
- g) Complicaciones de gastos médicos no cubiertos y que se consideren como urgencia médica, con una suma asegurada máxima de \$500,000
- h) Tope de coaseguro de: \$17,500
- i) Membresía Médica Móvil

Cuadro 3
Beneficios cubiertos
Plan grupo

Beneficios	GNP	MetLife México	ING-COMSA
Padecimientos congénitos con periodo de espera de 10 meses para la madre asegurada	Para los nacidos en la vigencia de la póliza y para el resto de los asegurados, siempre y cuando el padecimiento no sea preexistente	Para los nacidos en la vigencia de la póliza	Para los nacidos en la vigencia de la póliza, se cubren los gastos a partir del día 30 después del nacimiento
Preexistencia	Excluido	Con periodo de espera de 2 años, no se reconoce la antigüedad	Excluido
Nariz y senos paranasales	Cubierto como enfermedad y accidente	Cubierto como enfermedad y accidente y hasta una suma asegurada de 10 SMGM.	Sólo por accidente con coaseguro del 50 por ciento y con periodo de espera de 2 años
Prematuros	Con periodo de espera de 10 meses en la póliza al momento del parto o cesárea.	Aplica periodo de espera de 10 meses y se cubre a partir de las 24 hrs. después del nacimiento	No se especifica
Cesárea	Con periodo de espera de 10 meses y con suma asegurada que se indique en la carátula de la póliza	Con coaseguro del 50 por ciento y sin deducible. Cubre a la cónyuge o a la asegurada titular. No cubre la cesárea por mortinato	Con periodo de espera de 1 año; la suma asegurada depende de cada endoso en particular. Cubre a la cónyuge o hija del asegurado titular
Parto	Con periodo de espera de 10 meses y con suma asegurada que se indique en la carátula de la póliza	Excluido	
Complicaciones del embarazo	Con periodo de espera de 10 meses: Embarazo extrauterino Enfermedad hipertensiva Mola hidatiforme Fiebre puerperal Placenta previa Placenta acreta	Embarazo extrauterino Toxosis gravídica Mola hidatiforme Puerperio patológico Placenta previa	Cubre a la cónyuge o hija del asegurado titular, y con suma. asegurada de 5 SMGM Embarazo extrauterino Toxemia del embarazo molar Fiebre puerperal Embarazo molar

Beneficios	GNP	MetLife México	ING-COMSA
Práctica de deportes peligrosos	De forma amateur u ocasional		
Prótesis dentales	Siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas		
Tratamientos o intervenciones de carácter reconstructivo	Por accidente o enfermedad cubierto por la póliza		Cirugía reconstructiva a consecuencia de accidente
SIDA	Con periodo de espera de 5 años en ING y MetLife y 2 años GNP no opera el reconocimiento de antigüedad ni la eliminación de periodos de espera, quedando excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico se hace dentro de este periodo		
Ambulancia aérea	Se cubre en caso de emergencia médica de un padecimiento cubierto y en la localidad no existan los medios para su atención. y aplica un con coaseguro del 20%.		No se especifica
Circuncisión	Periodo de espera de 1 año	Periodo de espera de 2 años	Excluido
Periodos de espera	Por enfermedad y accidente se cubren los siguientes padecimientos, aun tratándose de urgencia médica, con periodo de espera de 1 año: Nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias y reflujo gastroesofágico,	Padecimientos de ginecológicos con periodo de espera de 1 año	Sólo padecimientos congénitos con periodo de espera de 10 meses

Cuadro 4
Beneficios cubiertos
Plan individual

Beneficios	GNP	Metlife México	ING-COMSA
Padecimientos congénitos	Para los nacidos en la vigencia de la póliza y para el resto de los asegurados, siempre y cuando el padecimiento no sea preexistente, con periodo de espera de 10 meses	Para los nacidos durante la vigencia de la póliza.	Para los nacidos en la vigencia de la póliza y para el resto de los asegurados, siempre y cuando el padecimiento no sea preexistente, con periodo de espera de 10 meses. Se cubren los gastos a partir del primer día de nacido
Preexistencia	Se cubre el caso de preexistencia declarada, que es aquella que hayan sido reportada en la solicitud, opera con periodo de espera de 2 años siempre y cuando no se hayan manifestado signos o síntomas durante los 2 años.	Con periodo de espera de 5 años, independientemente del reconocimiento de antigüedad	Se cubre el caso de preexistencia declarada, que es aquella que hayan sido reportada en la solicitud, opera con periodo de espera de 2 años siempre y cuando no se hayan manifestado signos o síntomas durante los 2 años.
Prematuros	Con periodo de espera de 10 meses en la póliza al momento del parto o cesárea	Aplica coaseguro del 50 por ciento y sin deducible	Con periodo de espera de 10 meses en la póliza al momento del parto o cesárea
Cesárea con periodo de espera de 10 meses	Con suma asegurada que se indique en la carátula de la póliza	Solo cubre a la titular, esposa o concubina, hasta 20 SMGM con coaseguro del 50 por ciento y sin deducible	Conforme a los endosos correspondientes, cubre a la cónyuge o asegurada titular, y sólo la primera cesárea en la vida de la asegurada
Nariz y senos paranasales	Cubierto como enfermedad y accidente	Con periodo de espera de 2 años presentando estudios previos a la operación	Sólo por accidente, con coaseguro del 50 por ciento y un periodo de espera de 2 años

Beneficios	GNP	Metlife México	ING-COMSA
Complicaciones del embarazo	Con periodo de espera de 10 meses: Embarazo extrauterino Enfermedad hipertensiva Mola hidatiforme Fiebre puerperal Placenta previa Placenta acreta	Embarazo extrauterino Toxicosis gravídica Mola hidatiforme Puerperio patológico	Para la cónyuge o asegurada titular, con límite en la carátula de la póliza y periodo de espera de 4 meses: Embarazo extrauterino Embarazo molar Con periodo de espera de 10 meses: Fiebre puerperal Eclamsia y toxicosis gravídica Placenta acreta Placenta previa Atonía uterina
Deportes peligrosos	Cubiertos de forma amateur u ocasional		
Prótesis dentales	Siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas		
Tratamientos o intervenciones de carácter reconstructivo	Sólo por una enfermedad o accidente cubierto	Sólo por una enfermedad o accidente cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la póliza	Sólo por un accidente cubierto
SIDA	Con periodo de espera de 5 años en (MetLife e ING) y 2 años (GNP), no opera el reconocimiento de antigüedad ni la eliminación de periodos de espera, quedando excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico del SIDA se hace dentro de este periodo		

Beneficios	GNP	Metlife México	ING-COMSA
Padecimientos sujetos a periodo de espera	<p>Por enfermedad y accidente, aun cuando se trate de urgencia médica, para los siguientes padecimientos, aplica un periodo de espera de 2 años:</p> <p>Nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos ano rectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias y reflujo gastroesofágico</p>	<p>Con periodo de espera de 1 año se cubre padecimientos, ginecológicos, hernias umbilicales, inguinales, hemorroides, problemas de la visión. Con periodo de espera de 2 años Por su parte para padecimientos de columna vertebral, nariz y senos paranasales</p>	<p>Todo padecimiento, con periodo de espera de 2 años, y derivado de accidentes o enfermedad se cubre: litiasis renal y en vías urinarias, padecimientos ginecológicos, columna vertebral, insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores, insuficiencia del piso perineal, endometriosis. Igualmente pero con periodo de espera de 3 años:</p> <p>glándulas mamarias, hemorroides, fistulas rectales o prolapsos del recto, amigdalitis, adenoides, hernias incluyendo las de disco.</p>
Parto con periodo de espera de 10 meses	Con suma asegurada que se indique en la carátula de la póliza	Solo titular, esposa o concubina, hasta 10 SMGM con coaseguro del 50 por ciento y sin deducible	Excluido
Ambulancia aérea	Opera en caso de emergencia médica relativa a un padecimiento cubierto y de que la localidad no existan los medios para su atención aplica un coaseguro del 20%		
Circuncisión	Con periodo de espera de 2 años	Con periodo de espera de 2 años	Excluido

**Cuadro 5
Gastos Cubiertos
Plan Grupo e Individual**

Gastos cubiertos	GNP	MetLife México	ING-COMSA
Gastos de Hospital	Costo de la habitación privada estándar Cama extra para un acompañante Alimentos Medicamentos Sala de operaciones, de curaciones y de terapia intensiva e intermedia Equipo de anestesia Transfusiones de sangre y/o plasma Sueros y soluciones intravenosas Estudios de laboratorio y gabinete Atención general de enfermeras		
Equipo de hospital	Compra a renta de auxiliares mecánicos, bajo los siguientes lineamientos: de venta y manufactura nacional, silla de ruedas con tope de \$1500, camas ortopédicas con tope de \$10,000	Renta de sillas de ruedas, muletas y camas especiales, que sean necesarios para la convalecencia domiciliaria	
Terapias	Tratamientos de inhala terapia, terapia radioactiva, quimioterapia y fisioterapias		
Honorarios de médicos	Se pagarán de acuerdo a la tabla de honorarios médicos del plan contratado incluyendo las consultas médicas post-operatorias	Honorarios quirúrgicos de médicos, cirujanos y ayudantes La responsabilidad máxima sobre honorarios al cirujano principal será la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje correspondiente indicado en el catálogo de honorarios quirúrgicos En cirugía mayor, el monto amparado para el primer ayudante y anestesista se limitará hasta un 20 por ciento y 30 por ciento respectivamente de lo estipulado para el cirujano principal	Incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos, ayudantes e instrumentistas, así como visitas hospitalarias en de acuerdo al limite establecido a la tabla de procedimientos terapéuticos

Gastos cubiertos	GNP	Metlife México	ING-Comsa
Honorarios médicos sin intervención quirúrgica	Se pagarán de acuerdo a la tabla de honorarios médicos del plan contratado.		Grupo: Atención hospitalaria equivalente a 20 DSMG Primeros 5 días terapia intensiva a 40 DSMG del 6º. al 30 avo día de terapia intensiva a 30 D.S.M. Individual: De acuerdo a la tabla de procedimientos terapéuticos
Honorarios de enfermera	El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en la tabla de honorarios médicos, hasta un periodo máximo de 30 días	Con un límite máximo de 1.5 SMGM por día y hasta un máximo de 30 días naturales	Bajo prescripción del médico tratante con límite de 30 días.
Aparatos ortopédicos	Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis	Compra o renta, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, durante la vigencia de la póliza.	Grupo: Hasta 5% de la suma asegurada con máximo de \$25,000 Individual: Conforme al límite establecido en la carátula de la póliza
Medicamentos	Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionado con el padecimiento cubierto. Se deberá presentar la factura y receta correspondiente		
Análisis de laboratorio o gabinete o cualquier otro similar para la recuperación	Siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo.	Siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando	Que hayan sido utilizados para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto
Ambulancia terrestre	Para uso dentro de la localidad y para traslado del hospital al domicilio y del domicilio al centro urbano	Cubierta	Hacia o desde el hospital y con el límite establecido en la carátula.

Cuadro 6
Cláusulas Generales
Individual y Grupo

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	Metlife México
Forman parte del contrato de seguro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones generales 2. Cuestionario médico 3. Endosos 4. Declaraciones del contratante 5. La solicitud 6. Las cláusulas 7. La aseguradora se reserva el derecho de expedir endosos para excluir coberturas que puedan agravar el riesgo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaraciones del contratante 2. Condiciones generales 3. Los cuestionarios para evaluación del riesgo 4. Registro de asegurados 5. La póliza 6. Endosos 7. Tablas de procedimientos terapéuticos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaraciones del contratante 2. La póliza 3. Los consentimientos 4. Los certificados 5. Registro de asegurados 6. Las cláusulas 7. Endosos
Vigencia del contrato	No se especifica	Salvo pacto en contrario, la vigencia del contrato será de 1 año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza	El contrato estará vigente durante el periodo del seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza
Cobertura del contrato	No se especifica	<p>Accidente: A partir de inicio de vigencia</p> <p>Enfermedad: Después de 30 días a partir de la fecha de alta del asegurado, lapso que no tendrá cuando se trate de renovaciones</p>	
Modificaciones y Notificaciones	<p>Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en la póliza o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la CNSF (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)</p> <p>Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Después de este lapso se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, este mismo derecho se hace extensivo al contratante</p>		
Competencia	En caso de controversia, el asegurado podrá presentarse ante la Comisión nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros y en los términos del artículo 68 de la misma Ley.		

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	Metlife México
Periodo Máximo de Beneficio	No aplica periodo máximo si se renueva indefinidamente.		<p>Grupo: Se pagarán hasta un lapso de 365 días naturales o hasta que se agote la suma asegurada en la vigencia correspondiente, lo que ocurra primero.</p> <p>Individual: No aplica periodo máximo si se renueva indefinidamente. Si la póliza no se renovara se pagarán gastos complementarios durante un periodo de 365 días naturales o hasta que se agote el remanente de la suma asegurada</p>
Residencia	<p>El periodo máximo de estancia en el extranjero es de 3 meses, si la estancia tiene una duración de entre 3 y 12 meses se debe avisar a la compañía de seguros y pagar una extraprima.</p> <p>Si la estancia del asegurado en el extranjero supera los 12 meses continuos, se cancelará el certificado correspondiente</p>	Sólo estarán protegidas, las personas que radiquen permanentemente en México	Sólo estarán protegidas, las personas que radiquen permanentemente en México, no obstante puede asegurar desde 3 hasta 12 meses fuera de la República Mexicana, con un costo adicional
Prescripción	Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito		
Periodo de Gracia	El contratante goza hasta de 30 días naturales posteriores al vencimiento del periodo pactado para pagar la prima y así mantener vigente el contrato		

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	MetLife México
Omisiones o inexactas declaraciones	El contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a la compañía de seguros de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (Artículos 8,9 y 10 de la Ley sobre el contrato de seguro) en caso contrario se puede rescindir el contrato (Artículo 47 de la misma Ley)		
Otros Seguros	Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios	Si las coberturas en la póliza estuvieran amparadas en todo o en parte, por otros seguros, en esta u otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza	
Moneda	Todos los gastos derivados del contrato, tanto del asegurado como de la aseguradora, serán en Moneda Nacional. Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan conforme a las condiciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo con el tipo de cambio a la venta, estipulado por el Banco de México, vigente para la moneda y la fecha en que se eroguen dichos gastos		
Interés Moratorio	En caso de que la compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información completa para pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Art. 71 de la Ley sobre Contrato de Seguro, y no lo haya hecho, en vez del interés legal aplicará un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantenga invertida sus reservas técnicas durante el lapso de mora		

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	MetLife México
Cancelación anticipada de contrato	<p>Individual y Grupo: En caso de cancelación del Contrato solicitada por el asegurado o contratante, la aseguradora estará obligada a devolver el 60 por ciento de la prima neta no devengada.</p> <p>Grupo: en caso de que la aseguradora decida dar por terminado el contrato, la aseguradora devolverá el 100 por ciento de la prima no devengada. La aseguradora o el contratante tienen 15 días para realizar cualquier aclaración</p>	<p>Grupo: La compañía y/o el contratante podrán dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. Cuando la compañía dé por terminada lo hará mediante notificación fehaciente al contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de practicada la notificación respectiva, debiendo devolver la totalidad de la prima no devengada.</p>	No se especifica
Rehabilitación	<p>Si él contratante paga la prima correspondiente después de terminado el periodo de gracia, su póliza quedará rehabilitada, la aseguradora le devolverá la fracción de prima por el periodo al descubierto transcurrido. Se podrá rehabilitar la póliza, con menos 2 años con GNP y solo si tiene menos de 30 días de periodo al descubierto. Si tiene más de 2 años se puede rehabilitar, con un periodo al descubierto máximo de 60 días.</p>	<p>El contratante podrá dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de hora y día señalados en el comprobante de pago y la compañía devolverá a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro</p>	<p>Si él contratante paga la prima correspondiente después de terminado el periodo de gracia, su póliza quedará rehabilitada, la aseguradora le devolverá la fracción de prima por el periodo al descubierto transcurrido. Para mantener la antigüedad, será necesario pagar el periodo al descubierto.</p>

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	MetLife México
Renovación	<p>Individual y Grupo: El contratante, previa notificación escrita a la aseguradora 30 días antes del vencimiento de la póliza podrá renovarla por un año. El contratante deberá pagar la prima vigente al momento de la renovación.</p> <p>Individual: La compañía se obliga a otorgar una cobertura vitalicia, en los términos y condiciones que prevalezcan en cada vigencia.</p>	<p>El contrato se considerará renovado por periodos de 1 año si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el contratante no da aviso de su voluntad de no renovarlo.</p>	<p>La póliza quedará renovada siempre que exista para ello solicitud expresa del contratante. Por lo anterior Metlife sólo será responsable por las reclamaciones procedentes con las condiciones generales del contrato que hayan ocurrido mientras la póliza estuvo en vigor.</p>
Altas	<p>Para grupos auténticos se debe dar aviso del alta a mas tardar en la renovación de la póliza, para el resto a más tardar en 30 días de ocurrido el hecho. Lo anterior es aplicable para el caso de matrimonio o nacimiento</p>	<p>El alta puede ser reportada a la compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan. Lo anterior es aplicable para el caso de matrimonio o nacimiento, considerando como fecha de elegibilidad la del matrimonio civil o nacimiento.</p>	
Bajas	<p>Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de participar a la familia asegurada. Los beneficios cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del periodo de beneficio. La aseguradora devolverá al contratante la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la póliza.</p>		
Ocupación	<p>Si el asegurado cambia a una ocupación más peligrosa o inicia la práctica de algún deporte modificando las condiciones, deberá avisar por escrito a la aseguradora. Si se acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación.</p>	<p>No se especifica</p>	<p>Sólo Individual: Si el asegurado cambia a una ocupación más peligrosa, deberá avisar por escrito a la aseguradora. Si se acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación.</p>

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	MetLife México
Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ingreso: Desde el primer día de nacido, hasta los 64 años 2) Renovación: Vitalicia 3) Si la edad real del asegurado está por afuera del límite establecido, se rescinde el contrato y se reintegra el 60% de la prima no devengada. Si es mayor a la real; entonces se devuelve el 60% del exceso pagado. 4) En caso de que la edad fuera menor a la real, la responsabilidad de la compañía se reduce en proporción, entre la edad real y la pagada. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ingreso: Desde el primer día de nacido, hasta los 64 años 2) Renovación: 69 años (Grupo) Conforme a endoso (Individual) 3) Si la edad real del asegurado está por afuera del límite establecido, se rescinde el contrato y se reintegra el 70% de la prima de ese asegurado 4) Si es mayor a la real; entonces se devuelve el exceso pagado. 5) En caso de que fuera menor a la real, la responsabilidad de la compañía se reduce en proporción, entre la edad real y la pagada 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ingreso: Desde el primer día de nacido, hasta los 64 años 2) Renovación: 79 años (Grupo) 89 años (Individual) 3) Los hijos sólo como dependientes económicos 4) Si la edad real del asegurado está por afuera del límite establecido, se rescinde el contrato y se reintegra el 70% de la prima de ese asegurado 5) Si es mayor a la real; entonces se devuelve el 70% del exceso pagado 6) En caso de que fuera menor a la real, la responsabilidad de la compañía será igual a la que con la prima pagada hubiere podido comprar con la edad real.
Ajustes	En caso de alta o bajas de dependientes económicos o de aumento o disminución de beneficios, la compañía de seguros cobrará o devolverá al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro		

Cláusulas	GNP	ING-COMSA	MetLife México
Pago de Indemnizaciones	Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la compañía de seguros reciba los documentos. Todas las indemnizaciones serán liquidadas al titular. El IVA será cubierto por la compañía de seguros.		
Obligación del contratante	No se especifica	El contratante se obliga a solicitar seguro para las personas que reúnan las características para formar parte de la colectividad. El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante facultará a la compañía a dar por terminado el seguro mediante aviso por escrito al contratante.	El contratante se obliga a solicitar seguro para las personas que reúnan las características para formar parte de la colectividad
Privilegio de conversión	No se especifica	Individual: En caso de que cualquier dependiente económico haya sido excluido de la póliza, le puede ser expedida una póliza individual, sin requisitos de asegurabilidad. En el caso de que dicho dependiente ya cuente con una reclamación se continuará con el pago de los beneficios y siempre y cuando no existan periodos al descubierto.	Individual: En caso de que cualquier dependiente económico haya sido excluido de la póliza, le puede ser expedida una póliza individual, sin requisitos de asegurabilidad
Forma de pago	El contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima, semestral o trimestral. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada, entre la compañía y el asegurado en la fecha de terminación del contrato.		

Capítulo III

1. Principales problemas

En esta sección se exponen los problemas de mayor relevancia que surgen al momento de hacer frente a un siniestro, y cuyo origen obedece principalmente a la falta de claridad o a las omisiones en las que se incurre al establecer las definiciones de coberturas y exclusiones, así como los procedimientos para el trámite de reclamaciones, entre otros factores que forman parte del contrato de seguro. Por supuesto, el principal afectado por tales problemas es el asegurado, tal y como se refleja en las estadísticas de la CONDUSEF, las que al cierre del 2002 indicaron que de un total de 195,508 acciones de atención a nivel nacional, 17 986 se refieren al sector asegurador, es decir, el 9.19 por ciento del total.

Respecto a este último punto conviene destacar que de las 195,508 acciones de atención, el 10.9 por ciento corresponde a reclamaciones, es decir 21,349. Los sectores que presentaron mayor incidencia de reclamaciones fueron, en primer lugar, las instituciones de Crédito con el 61 por ciento, las compañías de seguros con el 29 por ciento, el SAR con el 7 por ciento, fianzas con 1.7 por ciento, Organismos Auxiliares de crédito con .8 por ciento y con el .5 por ciento restante los “organismos no registrados” y Bursátil.

„ Las principales causas de reclamaciones en los seguros de gastos médicos, fueron, siempre de acuerdo con los registros de la CONDUSEF, la inconformidad con el monto de la indemnización y el rechazo por siniestro excluido o no-cubierto.

En los siguientes apartados se expone la problemática general del seguro de gastos médicos, dividiendo esta última de acuerdo con el ámbito en el que se revela dicha problemática.

III.1.1 En el Sector Asegurador

III.1.1.1 Perfil Familiar

En las pólizas familiares el actuario se enfrenta a un serio problema, que consiste en obtener las bases demográficas necesarias para establecer un perfil del grupo familiar promedio.

El impacto del nivel de ingresos del asegurado sobre los resultados del seguro de gastos médicos mayores es evidente, pues una vez que comienza 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 privado que tenga contratado, todo lo cual trae como consecuencia que cuando se valúan los costos médicos por parte de la compañía de seguros, el paciente tiene que asumir las erogaciones relativas a gastos personales, deducible, coaseguro y todo aquello que el médico y/o el hospital cobraron de más.

En la mayoría de los casos el asegurado le da toda la razón al médico, ya que por principio el primero supone que el especialista actúa a favor de su salud y que en consecuencia, no puede estar actuando en su perjuicio, todo lo cual lleva al asegurado a desconfiar de la compañía de seguros.

III.1.1.2. Falta de credibilidad de las aseguradoras

Uno de los motivos que causa la falta de credibilidad que las compañías de seguros tienen ante el asegurado es, además de lo anteriormente expuesto y tal como sucede con cualquier otro servicio basado en contratos, la falta de información sobre el alcance y funcionamiento de la póliza, fenómeno que se resume en el tristemente célebre mito de las “letras chiquitas” en el ámbito asegurador., suele ocurrir también que los asegurados den por supuesto que un seguro

de gastos médicos mayores es equivalente a un seguro social y en consecuencia, asumen que todo gasto médico mayor debe ser cubierto íntegramente, tal y como ocurre en las coberturas de seguridad social. Además, no es extraño que el asegurado considere que la mecánica de liquidación de siniestros en el caso de gastos médicos es análoga a la que se realiza, por ejemplo, en el seguro de automóviles. Esto implica que el asegurado espere que, tras realizar el gasto o internarse en un hospital, el pago del siniestro ocurrirá tal y como en el caso de los siniestros de autos, en los que el ajustador llega después de un tiempo determinado y realiza el pago. Así, el asegurado suele molestarse al saber que la compañía de seguros requiere que permanezca en el hospital por lo menos 24 horas continuas para realizar un pago directo, lapso mínimo necesario para que el médico de la aseguradora revise los antecedentes médicos, el tratamiento realizado, y los honorarios médicos.

Justo es decir que una buena parte de la falta de credibilidad de que gozan las compañías de seguros en cuanto a gastos médicos es también consecuencia de la actitud y el desempeño de algunos de sus agentes, los cuales, con tal de ganar un negocio, ocultan o distorsionan información al asegurado acerca del alcance particular al que éste tiene derecho según la cobertura que contrate.

III.1.1.3. Sobrecompetencia

Gracias a la mala situación económica que priva en nuestro país desde hace varias décadas, muchas personas subempleadas o desempleadas se han dedicado a vender seguros familiares o individuales de manera indiscriminada; en otras palabras, estas personas llevan ante sus clientes pólizas de gastos médicos mayores, autos, casa habitación, etcétera, aún cuando en su gran mayoría los agentes no cuentan con la experiencia ni los conocimientos necesarios para actuar como verdaderos asesores que sean capaces de recomendar al asegurado lo que realmente éste necesita.

Debido a que un agente de seguros no recibe un sueldo fijo sino que depende de las comisiones que obtenga por las ventas que logre concretar, y también al hecho de que para muchos de estos agentes las ventas constituyen su única fuente de ingresos, es frecuente que se vea forzado a actuar de maneras que no siempre pueden calificarse como honestas. En adición a lo anterior, debe señalarse que por lo general, toda vez realizada la venta, el agente poco capacitado olvida que tiene que brindar a su cliente un servicio integral postventa y más especialmente cuando sucede el siniestro y no sólo mientras recibe sus comisiones.

Una situación similar se observa en el caso de las pólizas de grupo. En este caso los brokers —empeñados en una feroz batalla competitiva— y con tal de ganar un negocio, suelen reducir sus precios de tal forma que los productos que ofrecen están alimentados por primas insuficientes, carecen de bases técnicas e incluyen coberturas innecesarias que pueden agravar el riesgo, lo que en suma termina reflejándose en un desproporcionado incremento de primas al momento de llevar a cabo la renovación de este tipo de planes, incremento que despierta, no sin justificación, la suspicacia del cliente, quien supone que es deber del corredor hacer los estudios necesarios para garantizarle que cada año se mantenga, en la medida de lo posible, un nivel de primas constante para el producto en cuestión.

III.1.1.4 Mercado cada día mas estrecho

Aunque en México la creación de nuevos negocios es mínima, especialmente en la actualidad, el número de empresas que existe en nuestro país, sobre todo de tamaño pequeño y mediano, haría suponer que los corredores de seguros operan un vasto mercado. No obstante, en los hechos se observa que los distintos intermediarios de seguro prefieren competir entre sí sobre los negocios que ya cuentan con pólizas de gastos médicos mayores, desatendiendo así a un mercado carente de competencia y potencialmente rentable como es el de las llamadas Pymes.

Por supuesto, es cierto que muchas de las empresas que conforman este mercado no cuentan con la experiencia y la información necesarias para poder contratar un seguro de gastos médicos conforme a sus necesidades, pero igualmente cierto es que desde el punto de vista de los intermediarios y productores de este tipo de planes, es más práctico ofrecer un producto hecho en masa y diseñado conforme a características promedio, lo que implica desconocer la especificidad de cada empresa y así, cerrarse a la opción que representa penetrar en un nuevo mercado.

Esta restricción de mercado es aún más aguda —aunque más justificada— en el caso de los seguros de gastos médicos mayores individuales, principalmente debido a que el alto costo de este tipo de producto permite que sólo la población situada en un nivel de ingresos medio-alto pueda adquirirlo; por ejemplo, para una familia compuesta por cuatro personas, una cobertura nacional con suma asegurada igual a 500 S.M.G.M. y deducible de 3 S.M.G.M., tendrá un costo anual aproximado de 20,000 pesos, cantidad excesiva para un gran número de familias mexicanas.

III.1.1.5 Ausencia o limitación de requisitos

Para que una persona pueda ser incluida en un seguro de grupo, en la mayoría de los casos —y siempre por razones de índole comercial como las ya comentadas más arriba—, no se le solicita presentar algún documento que acredite tanto su parentesco como la relación laboral que tenga con el contratante. Esta situación se agrava, primero desde el punto de vista del contratante, cuando algunos directivos de la empresa a la que se ofrece el producto dan de alta a sus familiares enfermos los cuales, no son dependientes económicos del directivo, y por lo tanto no tienen derecho al seguro.

Todo esto se ve reflejado en un incremento de las dificultades relacionadas con la estimación del costo de las primas de la colectividad —estimación de por sí difícil— ya que es necesario conocer la siniestralidad total de ésta y al permitirse, por parte de las compañías y debido a errores u omisiones deliberadas de naturaleza comercial, distorsiones como las aquí comentadas, tal siniestralidad es indebidamente subestimada.

III.1.1.6 Falta de cultura preventiva

Por los altos costos, falta de información, falta de cultura y hasta decidía la mayoría de las enfermedades se detectan cuando su tratamiento resulta caro y en ocasiones inservible.

Aunado a esto la automedicación es una práctica común ya que elimina los síntomas comunes aminorando los malestares, pero no así la cura y hasta puede empeorar la situación del paciente.

III.1.2. En la Administración

III.1.2.1. Hospitales de red

Los hospitales dentro de las redes de las compañías de seguros cuentan con un proceso que les permite coordinar el pago directo de gastos médicos mayores, y que en general consta de los siguientes pasos:

- El asegurado ingresa al hospital y muestra su credencial.
- El hospital lo reporta a la compañía de seguros.
- Si el paciente permanece internado más de 24 horas, mandan al médico coordinador
- El médico coordinador revisa el expediente y en caso de que el médico tratante no sea de la red, por lo general establece con el primero un convenio con el fin de recibir el pago directo.
- El asegurado sale del hospital y regularmente solo paga deducible y coaseguro.

Son varios los problemas que surgen en este procedimiento :

El paciente no siempre trae credencial a la mano, por lo cuál no es reportado a tiempo.

El personal de admisión de los hospitales suele sugerir que se pague primero y que después se tramite por reembolso, con el fin de evitarse así trabajo. En otras ocasiones, dicho personal sugiere que el asegurado se mantenga internado para cumplir con el requisito de las 24 hrs., aún cuando no siempre el asegurado lo requiere.

Cuando el médico coordinador busca al médico tratante, no siempre lo encuentra o bien si lo hace, en la negociación no se ajusta al tabulador, hecho este último del cual el asegurado no se entera hasta que recibe la factura.

El paciente no cuenta con el dinero para pagar los gastos no procedentes y los honorarios de los médicos, o en su defecto toda la cuenta cuando el padecimiento resulta no procedente.

III.1.2.2. Criterios utilizados para el pago de siniestros

Médicos y analistas de siniestros de las compañías de seguros, al realizar un dictamen, no siempre son congruentes entre las condiciones de la póliza y sus propios criterios, lo que ocasiona que al surgir siniestros bajo condiciones similares, éstos no sean pagados de la misma forma.

III.1.3. Disparidad de coberturas

Como vimos en los cuadros del capítulo 2, existe una gran variedad de coberturas en el seguro de gastos médicos mayores, coberturas que varían de compañía a compañía y que están descritas y organizadas de manera diferente tanto en las condiciones generales como en los endosos adicionales de las pólizas de grupo que expide cada empresa. Estas diferencias tienden a crear falsas expectativas en los asegurados, ya que éstos suelen suponer que si algún gasto fue cubierto de cierta manera particular por una compañía de seguros y en el caso de alguna persona conocida del asegurado —o inclusive en su propio caso— de igual forma debe de ser cubierto para él. Esta situación, por supuesto, se observa también en el caso de las pólizas individuales.

III.1.3.1 En los conceptos y su interpretación

a) Suma Asegurada y Remanente de Suma Asegurada

Una de las incertidumbres más comunes entre los asegurados es el monto definitivo que va a recibir por parte de la aseguradora por concepto de una reclamación.

Por ejemplo: ING y Metlife, claramente especifican el calculo de este monto, que se describe en el (cuadro 1.) sin embargo no existe este antecedente en las Condiciones Generales de las demás aseguradoras aquí mencionadas.

Primero: Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza, condiciones generales y/o endosos específicos, llamados “Monto de gastos reclamados por el asegurado” entonces :

- a. Monto de gastos reclamados por el asegurado (MGRA)
 - b. Gastos no cubiertos (GNC)
 - c. Monto Procedente (MP)
- $$(MP) = MGRA - GNC \quad (1)$$

- d. Deducible (D)
 - e. Sub-total (ST)
- $$(ST) = MP - D \quad (2)$$

- f. Coaseguro (C)
 - g. Pago (P)
- $$(P) = ST - C \quad (3)$$

Para determinar el remanente de la suma asegurada, se realizará la siguiente operación:

- h. Suma Asegurada (SA)
 - i. Remanente de Suma Asegurada (RSA)
- $$(RSA) = SA - MP \quad (4)$$

Generalmente existen incongruencias en el momento de calcular el pago, ya que cuando el reclamo es en una exhibición, generalmente se utiliza el criterio anterior; no así cuando es en varias exhibiciones y el remanente se calcula con base a lo pagado ya que por facilidad administrativa es más práctico reconocer el “monto pagado” que el “monto precedente”.

Las tarifas de cada aseguradora, están avaladas ante la CNSF y uno de sus principios técnicos es el anterior expuesto, en caso contrario el principio del deducible y el coaseguro no tendría validez. (esto se explica ampliamente en Capítulo III.2 aspectos técnicos)

b) Estudios para diagnóstico, tratamiento o seguimiento, siempre y cuando exista un diagnóstico definitivo.

En algunos casos para obtener y/o descartar diagnósticos, los médicos solicitan a sus pacientes se realicen diversas clases de estudios que pueden ser desde análisis de sangre hasta Tomografías o Biopsias; lo que en ocasiones deriva en internamientos costosos.

La molestia primordial de los asegurados es que en este proceso tienen que asumir el costo y esperar una respuesta satisfactoria por parte de su aseguradora.

La situación se complica, cuando el médico dictaminador puede decidir que los estudios no tienen relación con el padecimiento, lo que por obvias razones el médico tratante no estará de acuerdo.

c) Preexistencia

Existe una figura denominada “enfermedades y padecimientos preexistentes” cuya naturaleza es de exclusión. Alrededor del 14 por ciento de las 4,093 reclamaciones recibidas por CONDUSEF en materia de seguros, durante el periodo comprendido entre enero y agosto de 2001, corresponden a seguros de gastos médicos mayores cuya causa principal se relaciona con el rechazo por enfermedades preexistentes.

Es cierto que los seguros cubren, salvo pacto en contrario, sólo acontecimientos futuros, pero también lo es que el contrato debe basarse en circunstancias objetivas y en el caso de los productos de gastos médicos la definición de enfermedades preexistentes utilizada por las aseguradoras no es del todo objetiva. La cláusula de enfermedades (padecimientos) preexistentes de las principales compañías que ofrecen este tipo de seguros contiene, en general, cuatro elementos:

Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico.

Que la enfermedad haya sido aparente a la vista.

Que por sus síntomas y signos, no pudo pasar desapercibida.

Aquellos por los que se hayan efectuado gastos anteriores a inicio de vigencia.

Es claro que las condiciones descritas en los puntos 2 y 3 entrañan el menor grado de objetividad, ya que muchas enfermedades no presentan síntomas o no son aparentes a la vista, como por ejemplo una lesión de meniscos que puede manifestarse con un leve accidente o con ejercicio.

resulta complicado determinar si surgen en su totalidad de causas posteriores a la contratación del seguro y sin influencia de elementos o padecimientos existentes con anterioridad a dicha contratación.

Cabe señalar que actualmente algunas aseguradoras ofrecen cobertura de preexistencia, que está limitada a que el primer gasto se realice durante la vigencia de la póliza, lo cual es todavía mucho más subjetivo; por ejemplo: Un paciente va a una común visita al médico por algunos síntomas, lo cual ya implica un gasto, Tiempo después el paciente compra un seguro de gastos médicos, y cuando quiere hacer uso del mismo, la enfermedad actual objeto del reclamo, resulta improcedente debido a que el asegurado ya eroga un gasto.

No sobra decir que en esta cobertura parece confundirse la antigüedad con la preexistencia.

d) Pago de complementos

Éste es un concepto que sólo es válido para las pólizas de grupo que está relacionado con el hecho de que al transportar una póliza de una aseguradora a otra no existe, en su totalidad, una continuación de beneficios y exclusiones, ya que:

Las compañías de seguros cuando aceptan un negocio que ya trae experiencia, por lo regular acepta todas las “condiciones especiales” las cuales quedan registradas en el contrato mediante endosos; no así con las “Condiciones Generales”, que como vimos en los cuadros del capítulo 2 mantienen entre sí amplias diferencias, y esto puede ayudar y/o perjudicar al contratante.

Hay diferencias entre políticas relacionadas con la definición de accidente y tiempo para considerarse como tal, definición de preexistencia, remanente de suma asegurada, tiempo de respuesta a trámites administrativos, entre otras cosas. Lo que cambia significativamente las condiciones de indemnización de un siniestro en una compañía a otra.

e) Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

El gato usual y acostumbrado es, quizás, el concepto más subjetivo de todos los contenidos en los productos de gastos médicos y en consecuencia, uno de los que con más frecuencia suscita controversias, ya que suele utilizarse al momento de pagar a los médicos por procedimientos terapéuticos que no están considerados expresamente en el catálogo de honorarios. Como su nombre sugiere, el GUA no conlleva un límite específico sobre el monto a pagar y además, varía de aseguradora a aseguradora e incluso entre los mismos médicos, por lo que no tiene una conocida y general fuente de creación.

f) Anticipo para cirugía

Cuando un asegurado solicita un anticipo para cirugía, es porque el médico o el hospital no se encuentran en convenio y no hay el suficiente efectivo para cubrir el gasto. Los anticipos normalmente equivalen al 60 por ciento del total de presupuesto; a veces los analistas de

sinistros dan este anticipo sin ajustar primero a los límites establecidos y en el momento de comprobar los gastos y pedir la diferencia, se otorga menos del 40 por ciento e incluso en algunos casos se ha llegado al extremo de que se termina debiendo dinero a la aseguradora o bien, algunos analistas prefieren tomar el camino contrario y pagan más de lo autorizado.

III. 1.3.2 Algunas cláusulas

El propósito principal de citar textualmente las siguientes cláusulas, es con el fin de identificar las ambigüedades e inconsistencias de algunas de ellas.

a) Al respecto de la tercera intervención quirúrgica

Si el cirujano practica en la misma sesión quirúrgica otra intervención diferente a la principal en una región corporal distinta, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50 por ciento de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos, cualquier otra intervención adicional a estas dos, queda automáticamente excluida.

b) 30 días sin cobertura

Cláusulas Generales, de ING-COMSA, el cual dice que en caso de enfermedad estará cubierta luego de transcurrir 30 días de las fecha del alta del seguro (individual y familiar y grupo). Esto no se informa generalmente a los asegurados, además causa inconformidad ya que los asegurados están en el entendido de que compran una cobertura que claramente refleja un inicio de vigencia.

c) Periodos de espera en GNP

Cuando aplica GNP los periodos de espera en el caso de póliza individual o de grupo con menos de 50 titulares, no sólo lo hace para enfermedad, sino también para urgencia médica y accidentes. El llenado del cuestionario médico, marca la pauta para la aceptación de las enfermedades o estados de los asegurados e inclusive de su propia aceptación, entonces el resultado de está medida es más perjudicial que benéfica principalmente en un accidente y/ o emergencia médica.

- d) Malformaciones y padecimientos congénitos de los asegurados nacidos en la vigencia de la póliza.

El problema principal es la interpretación , “ en la vigencia de la póliza” que se puede pensar que es en la actual , como lo consideran algunas aseguradoras, en cambio los asegurados dan por un hecho que si tienen una antigüedad reconocida en otras compañías aseguradoras , entonces su gasto quedará cubierto por la póliza actual.

III. 2 Aspectos técnicos para la determinación de la prima de riesgo en el seguro de gastos médicos mayores

El objetivo de esta sección es presentar los elementos constitutivos del seguro de gastos médicos, es decir las bases de su funcionamiento, los riesgos que protege, sus principales coberturas generales, así como sus alcances y limitaciones, todo conforme al modelo matemático que sustenta el cálculo de su prima de riesgo. Así mismo se pretende destacar la importancia que posee para las instituciones de seguros, el contar con fuentes de información adecuadas que les permitan la obtención de primas de riesgo sobre bases sanas y observando los principios de equidad, consistencia y suficiencia.

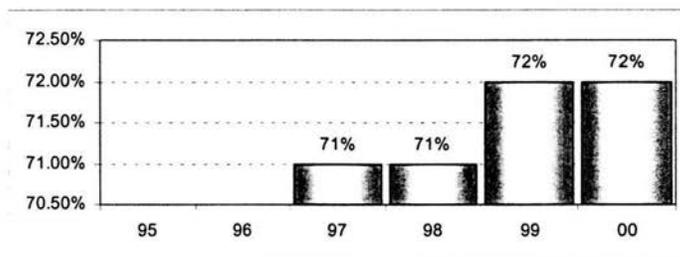
Esta sección se divide en tres partes. En la primera de ésta se describe el comportamiento siniestral del seguro de gastos médicos mayores y su posición dentro del sector asegurador en México; en la segunda se muestran los elementos que sustentan el riesgo de enfermedad y la técnica actuarial utilizada en el cálculo de la prima de riesgo, y finalmente en la tercera se presenta el modelo de comportamiento de la frecuencia de siniestralidad y monto de siniestros con base en la información reportada por una entidad del sector asegurador mexicano

III.2.1. Comportamiento siniestral del seguro de Gastos Médicos Mayores y su posición dentro del sector asegurador Mexicano

De acuerdo con cifras de la AMIS, se tienen 3 millones 600 mil personas aseguradas en gastos médicos y de las cuales el 10 por ciento sufre un accidente o presenta una enfermedad y en las que se observa que por lo menos 4 de cada 100 siniestros tienen un gasto médico que supera el medio millón de pesos por caso. Así durante el 2003, las instituciones de seguros han financiado los gastos médicos de cerca de 360 mil familias, por más de 9 mil millones de pesos.

A continuación se presenta una gráfica que muestra el impacto de los siniestros atendidos por aseguradoras a nivel nacional con respecto a las primas emitidas.

Gráfica 1. Impacto de los siniestros con relación a primas pagadas



Fuente: Estadística AMIS

Para darnos cuenta de la severidad de algunos siniestros atendidos con recursos económicos aportados por las aseguradoras, se presenta algunos ejemplos:

Cuadro 1.

Ejemplos de siniestros catastróficos

Padecimiento	Casos	Máximo	Mínimo
Tumor Maligno	7	11,391,893	2,395,290
SIDA	1	7,592,434	7,592,434
Traumatismos	4	6,696,000	2,347,826
Leucemia	5	6,995,990	2,344,806
Quemaduras	3	5,987,000	5,735,000
Accidente cerebro vascular / infarto cerebral	2	4,708,067	4,180,152
Pancreatitis / Hepatitis	3	3,290,031	2,750,860
Otros Padecimientos	4	4,539,668	2,121,735

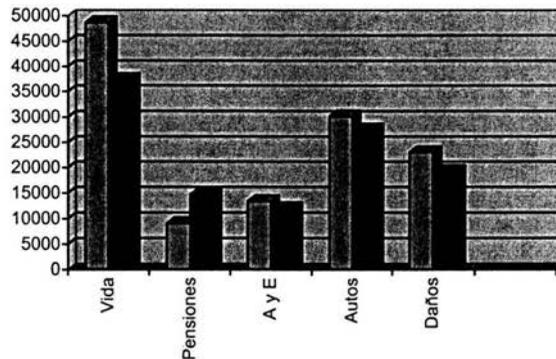
• Fuente: Estadística AMIS

Es fácil ver que la muerte o enfermedad grave de la persona que sostiene el gasto del hogar puede ser catastrófica. Sirva como dato de referencia recordar que sólo 13 millones están afiliados al IMSS, 2 millones de ellos de forma eventual. El porcentaje de hogares que incurrió en gastos catastróficos por motivos de salud a nivel nacional en México en el último trimestre de 2002 fue 3.89; Chiapas, Zacatecas y Michoacán fueron las entidades que presentaron las cifras más altas, y Aguascalientes, Colima y Yucatán las más bajas. Es importante resaltar que los hogares pobres, no asegurados y rurales presentaron gastos catastróficos por motivos de salud con mayor frecuencia que sus contrapartes urbanos, asegurados y de mayores recursos. Las variables más estrechamente asociadas a gastos catastróficos son la presencia en el hogar de una persona con discapacidad, jefes del hogar mayores de 60 años, jefes del hogar de género femenino y la ocurrencia de un parto. Llama también la atención que 60% de los gastos catastróficos son atribuidos a gastos en atención ambulatoria y medicamentos.

Crecimiento del sector asegurador

Al cierre del último ejercicio, el sector colocó programas de protección por el equivalente a 124.4 miles de millones de pesos, creciendo 12 por ciento en términos reales, diez veces más que la economía en su conjunto.

Gráfica 2.



Quadro 2
Crecimiento del sector asegurador

	Vida	Pensiones	A y E	Autos	Daños	Total
Diciembre 2002	48,669	9,079	13,382	30,147	23,036	124,370
Diciembre 2001	37,452	14,728	12,031	27,541	19,313	111,066
Incremento	11,247	-5,649	1,352	2,633	3,723	13,305
Porcentaje	30	-38.4	11.2	9.6	19.3	12

Fuente: CNSF

III.2.2 Elementos que sustentan el riesgo de enfermedad y la técnica actuarial utilizada en el cálculo de la Prima de Riesgo.

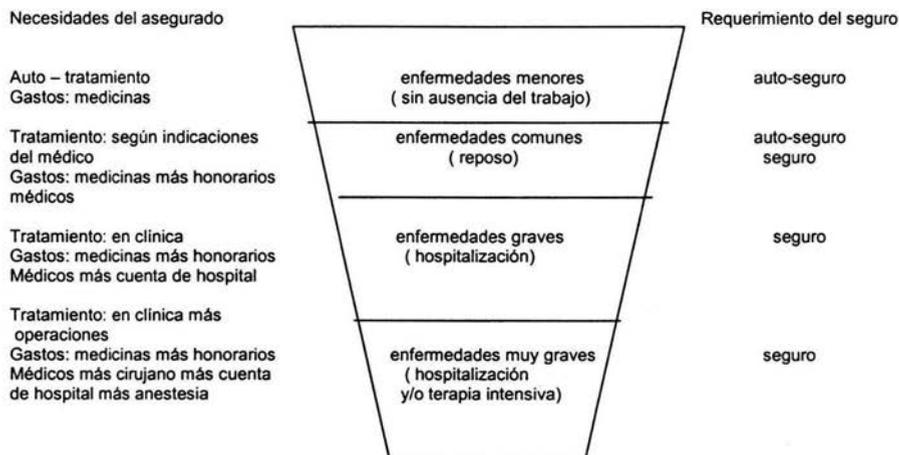
Al presentarse una enfermedad, el costo de tratamiento médico puede ser muy elevado y crear en una familia dificultades financieras, que en un caso extremo sería el fallecimiento del individuo encargado de su sostén económico. Ante tal eventualidad los seguros de gastos médicos mayores cubren los gastos en que incurrió el asegurado en caso de accidente o enfermedad.

La enfermedad puede presentar diferentes niveles de intensidad y por lo tanto ocasionar diversas necesidades de tratamiento médico; sin embargo, no todas las enfermedades son objeto del seguro.

La Gráfica 3 muestra la relación entre las necesidades del asegurado y los seguros de gastos médicos mayores.

Gráfica 3

Necesidades del asegurado & seguro



Las situaciones que se definen en los dos 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 de un seguro de gastos médicos.

Las situaciones que se definen en los segmentos superiores, por su parte reflejan, los gastos menores que pueden cubrirse mediante la atención médica pública o privada, sin que este afecte seriamente la economía del asegurado. Las enfermedades comunes pueden o no ser cubiertas mediante el seguro, dependiendo del tipo de enfermedad y de las condiciones de la póliza que se contrate.

Una característica importante de los seguros de gastos médicos es que sus beneficios son extensivos al cónyuge y a los hijos del asegurado. Situación adecuada, dado que los gastos incurridos por accidentes o enfermedades de cualquier miembro de la familia, repercutirán en la economía familiar.

III.2.3. Bases técnicas en el seguro de gastos médicos mayores

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

III.2.2.1. Elementos a Considerar 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, llamada *deducible*, serán pagados; éste último elemento es esencial para la eliminación de reclamaciones pequeñas. En consecuencia se puede definir el deducible como una cantidad inicial de la reclamación a cargo del asegurado.

Los gastos incurridos en exceso del deducible también se ven alterados mediante la aplicación de un porcentaje de contribución denominado *coaseguro*, cuyo propósito es hacer participe al asegurado del costo del siniestro, para evitar gastos excesivos o innecesarios en los que se combina el riesgo.

La gráfica 3 antes observada, muestra el tipo de enfermedades cuyo tratamiento médico es objeto de seguro. En dicha gráfica se observa que las enfermedades leves, tienen un costo mínimo y una incidencia alta. Contrariamente, las enfermedades calificadas como graves o que requieren de atención médica especializada, se presentan con menor frecuencia, pero cuando lo hacen su impacto económico es muy alto.

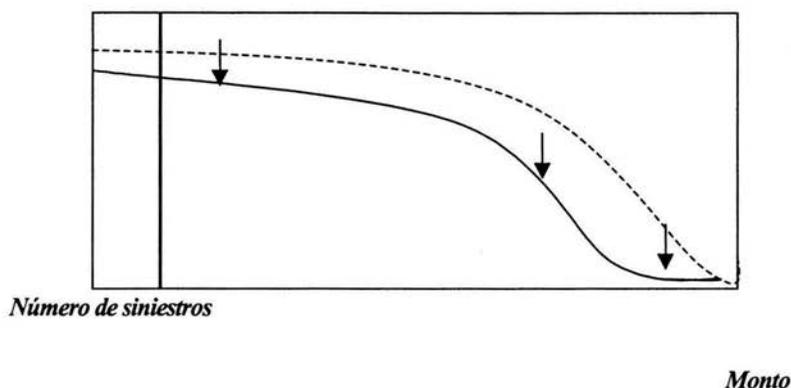
La práctica del deducible permite eliminar, desde el punto de vista del seguro, un gran número de eventos con un costo reducido que repercute en la frecuencia de reclamaciones desplazando su incidencia, de tal forma que la frecuencia máxima se observa en el límite que actúa el deducible.

Por lo que se refiere al coaseguro, al hacer participe 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 de deducible-coaseguro permite que la frecuencia siniestral tienda a su comportamiento natural, lo cual se conoce comúnmente como “efecto resorte” según se puede observar en la gráfica 4.

Gráfica 4.

Comportamiento siniestral



Además de lo antes mencionado, los elementos de mayor importancia para establecer previsiones acertadas en la creación de bases técnicas para el seguro de gastos médicos mayores son:

- La frecuencia de siniestros
- El monto de los gastos de tratamiento máximo
- Monto promedio esperado por siniestro
- 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, periodo de espera), las exclusiones del contrato, así como su voluntad de recuperación. Otro factor que se debe controlar es el de la preexistencia, situación de la cual se deriva un incremento en la frecuencia de siniestralidad desde el punto de vista técnico.

Por todo ello, es necesario vigilar que se satisfaga el principio de interés asegurable, por lo que debe buscarse que la magnitud del monto asegurado no sea un factor que incremente la frecuencia de la siniestralidad y la duración de la reclamación, en otras palabras, en la promoción de este seguro, se debe inducir a que el asegurado lo adquiera para satisfacer una necesidad real de cobertura de riesgo, en el entendido de que, al igual que en los seguros de daños, la suma asegurada debe estar en función de la pérdida probable real.

Como sabemos, las causas que originan la enfermedad repercuten sustancialmente en el precio de los tratamientos médicos, lo cual tiene una incidencia directa en el costo del seguro, por lo que el asegurador debe limitar su cobertura sólo a cierto tipo de enfermedades, así como revisar y adecuar los niveles de la prima, el deducible y el coaseguro.

Sin embargo, es conveniente tener presente que el desarrollo tecnológico 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 tienen que ser acelerada en vista de la constante aparición de nuevos instrumentos. Así mismo se ha observado que tanto el número de siniestros como su duración han aumentado en los últimos años. Tal situación tiene un efecto en el aumento de la frecuencia y el monto promedio de siniestralidad del seguro, el cual debe ser tomado en cuenta. Por último, la inflación es otro de los componentes que repercute en el costo del seguro, haciendo necesario considerar este fenómeno en la prima.

III.2.3.2 Prima de Riesgos en el Seguro de Gastos Médicos Mayores

La ley de los grandes números es parte esencial del 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.

Bajo el principio de equilibrio técnico, las compañías que operan el seguro de gastos médicos mayores, 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 periodo determinado, que en general es de un año.
- Costo esperado de los siniestros, que es el monto total pagado entre el número de siniestros en un periodo también regularmente de un año.

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. Para buscar dicha probabilidad se puede partir de la frecuencia relativa de los datos observados dentro de una colectividad y obtener así la función correspondiente. Es decir, 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 $f(x)$.

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 $A(x)$ la función que representa la participación del asegurado en el contrato de la póliza del seguro de gastos médicos mayores. Esta función se define como sigue:

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

(1)

Donde:

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

d = el deducible

c = porcentaje de coaseguro

M = Monto máximo asegurado por la compañía de seguros.

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 la participación del asegurado, $E(A(x))$, lo podemos representar de la siguiente manera:

$$E(A(X)) = \int_0^d xf(x)dx + \int_d^M [d + (x-d)c]f(x)dx + \int_M^{\infty} [d + (M-d)c + (x-M)]f(x)dx \quad (2)$$

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, está definida por la función $I^e(x)$, de la siguiente manera:

$$I^e(x) = \begin{cases} 0 & x \leq d \\ (x-d)(1-c) & d < x \leq M \\ (M-d)(1-c) & x > M \end{cases} \quad (3)$$

Dado que el codominio de dicha función es $0 \leq I^e(x) \leq M$, se puede afirmar que :

$$E(I^e(x)) \leq E^e(M)$$

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:

$$\begin{aligned}
E(I^e(x)) &= (1-c) \left[\int_d^M (x-d)f(x)dx + \int_M^\infty (M-d)f(x)dx \right] \\
&= (1-c) \left[\int_d^M xf(x)dx - d \int_d^M f(x)dx + M \int_M^\infty f(x)dx - d \int_M^\infty f(x)dx \right] \\
&= (1-c) \left[\int_d^M xf(x)dx + M \int_M^\infty f(x)dx - d \int_d^\infty f(x)dx \right]
\end{aligned} \tag{4}$$

La función de distribución para M, determinada por $F^e(M)$, es obtenida por:

$$\int_M^\infty f(x)dx = P(X > M) = 1 - P(X \leq M) = (1 - F^e(M)); \tag{5}$$

Análogamente, la función de distribución para d, determinada por $F^e(d)$, es obtenida por:

$$\int_d^\infty f(x)dx = P(X > d) = 1 - P(X \leq d) = (1 - F^e(d)). \tag{6}$$

Sea $F^k(G)$ 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 inferiormente por el límite "G". Entonces definimos

$$G(x) = \begin{cases} x & x \leq G \\ G & x > G \end{cases} \tag{7}$$

$$\begin{aligned}
E(G(x)) &= \int_0^{\infty} G(x)f(x)dx \\
&= \int_0^{\infty} G(x)f(x)dx \\
&= \int_0^G xf(x)dx + \int_G^{\infty} Gf(x)dx \\
&= \int_0^G xf(x)dx + p(1 - F(G)) \\
&\therefore \int_0^G xf(x)dx = p(1 - F(G) - E(G(x)))
\end{aligned}$$

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", análogamente:

$$L(x) = \begin{cases} x & x \leq L \\ L & x > L \end{cases} \quad (9)$$

$$\begin{aligned}
E(L(x)) &= \int_0^{\infty} L(x)f(x)dx \\
&= \int_0^{\infty} L(x)f(x)dx \\
&= \int_0^l xf(x)dx + \int_l^{\infty} lf(x)dx \\
&= \int_0^l xf(x)dx + l(1 - F(l)) \\
&\therefore \int_0^l xf(x)dx = l(1 - F(l) - E(L(x)))
\end{aligned}$$

Entonces como $L > G$:

$$\int_d^M xf(x) = \int_0^M xf(x)dx - \int_0^d xf(x)dx$$

Y de las ecuaciones 8 y 10

$$E(I^e(x)) = (1-c) \left[E^e(M(x)) - p(1 - F^e(M(x)) - E^e(L(x))) + l(1 - F^e(l)) \right. \\ \left. + p(1 - F^e(M(x)) - l(1 - F^e(l))) \right]$$

Por lo tanto:

$$E(I^e(x)) = (1-c) \left[E^e(M(x)) - E^e(L(x)) \right] \quad (11)$$

Análogamente, 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:

$$I^a(x) = \begin{cases} x & x \leq M \\ M & x > M \end{cases} \quad (12)$$

El codominio de dicha función es $0 \leq I^a(x) \leq M$, de donde, como en el caso de enfermedad, se puede afirmar 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:

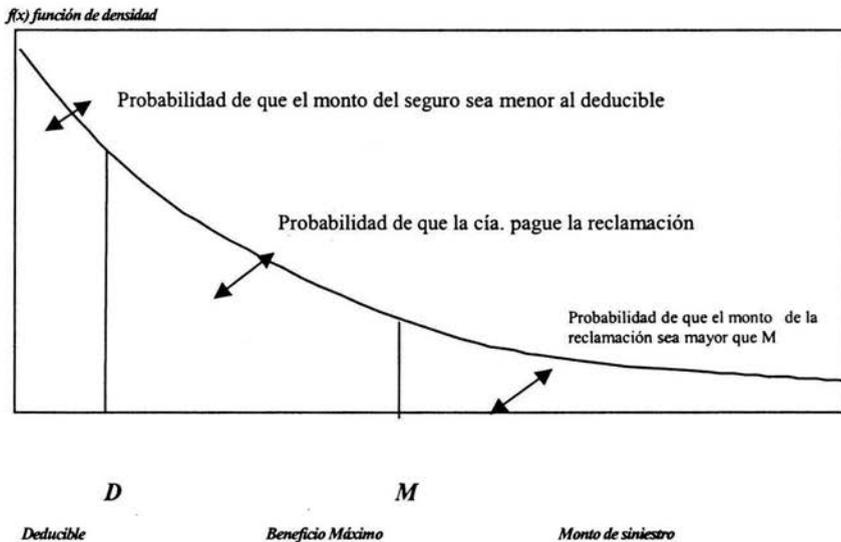
$$E(I^a(x)) = \int_0^M xf(x)dx + M \int_M^\infty f(x)dx$$

$$\begin{aligned}
 &= E^a(M) - M(1 - F^a(M)) + M(1 - F^a(M)) & (13) \\
 &= E^a(M)
 \end{aligned}$$

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.

A manera de ejemplo se han graficado los datos reportados por una compañía del sector asegurador mexicano, considerando un deducible de 1 SMGM y un coaseguro de 10 por ciento del monto de siniestros (anexo 3); una vez analizados los datos estadísticos, se observa que se comportan como una función exponencial negativa de donde se puede inferir que el monto de los siniestros se asimila a dicha función, el resultado gráfico se muestra a continuación.

Gráfica 5.
Gastos Médicos Mayores



Por lo tanto, la prima de riesgo de un seguro individual se gastos médicos mayores para una persona de sexo s , cuya edad se encuentra en el rango (a,b) con beneficio máximo igual a M , deducible y coaseguro exclusivamente por enfermedad iguales a d y c respectivamente, estará dada por la expresión:

$$P_{s,(a,b)}^{d,c,M} = (1 - c) \left[E^e(M) - E^e(d) \right] + E^a(M) \quad (14)$$

cabe señalar notar que la esperanza de la variable aleatoria de pérdida con límite M , $E^e(M)$ asociada al riesgo de enfermedad no necesariamente coincide con la esperanza de la variable aleatoria de pérdida con Límite M , $E^a(M)$, asociada al riesgo de accidente.

Hemos mencionado anteriormente, que este seguro cubre los gastos incurridos por enfermedad o por accidente, por lo cual la expresión anterior corresponde a la prima de riesgo y se aplica cuando no se cobra deducible y coaseguro a consecuencia de un accidente.

Como puede observarse, 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 rango de edad.

Así mismo, 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.

III.2.4. Metodología para el cálculo de la prima de riesgo

Las compañías de seguros de nuestro país, en general, no cuentan 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 el número de siniestros expuestos por rango de edad y sexo, dándole el nombre de “tasa de morbilidad”, aunque esta definición no es la más acertada, ya que se trata 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 hemos denotado por $I^S_{(a,b)}$); i.e;

$$FS^S_{(a,b)} = NS^S_{(a,b)} / I^S_{(a,b)}$$

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.

De acuerdo a lo anterior, si denotamos como $FS^{e,s}_{(a,b)}$ la frecuencia de siniestralidad por enfermedad en el rango de edad (a,b) y sexo s , y $FS^{a,s}_{(a,b)}$ la frecuencia de siniestralidad por accidente en el rango de edad (a,b) y sexo s , respectivamente, se obtendrá:

$$FS^{e,s}_{(a,b)} = \alpha * FS^{ss}_{(a,b)}$$

$$FS_{(a,b)}^{a,s} = \beta * FS_{(a,b)}^{ss}$$

cabe mencionar que de acuerdo a datos observados en la cartera de una empresa representativa del sector, los valores α y β se aproximan a .85 y .15 respectivamente.

En general no se establece una función explícita que represente la participación del asegurado, de hecho únicamente se identifica cuál es el deducible y el coaseguro aplicados a las reclamaciones en el promedio de la cartera.

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 $MTP_{(a,b)}^s$, al mismo tiempo, se determina el número de siniestros pagados por rango de edad (a,b) y sexo s denotado como $NSP_{(a,b)}^s$. Por tanto, el monto promedio de reclamación por rango de edad (a,b) y sexo s denotado por $MPR_{(a,b)}^s$ se calcula como:

$$MPR_{(a,b)}^s = MTP_{(a,b)}^s / NSP_{(a,b)}^s$$

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 individual 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 $Pr_{s,(a,b)}^{d,c,M}$, está dada por la expresión:

$$Pr_{s,(a,b)}^{d,c,M} = \left[FS_{(a,b)}^{e,s} \left[(1-c) \left[MPR_{(a,b)}^s - d \right] + FS_{(a,b)}^{a,s} MPR_{(a,b)}^s \right] \right] (1 + FI)$$

donde:

FI: 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 periodos futuros.

El riesgo de tomar esta forma para calcular la prima de riesgo tiene la desventaja de que al tomar solamente un año de observación de la frecuencia de siniestralidad y el costo promedio de siniestralidad, no es representativa del comportamiento que ha tenido la cartera de seguros de los siniestros, lo cual puede hacer que la prima de riesgo sea insuficiente para hacer frente a las reclamaciones, o bien excesiva, debido a la ocurrencia de alguna desviación estadística durante el año de observación.

CAPITULO IV

CONCLUSION Y SOLUCIONES PROPUESTAS

IV. 1. Elaboración de primas de tarifa para un plan Individual.

Las siguientes tarifas y gráficas están realizadas bajo la observación de aproximadamente 1000 siniestros de una empresa del sector privado en México.

Las observaciones se realizaron en un periodo de 1 año, con vigencia de diciembre del 2002 a diciembre del 2003. Se están realizando con el método descrito en el capítulo anterior.

Tarifas con las siguientes bases :

Deducible: 1.5 S.M.G.M.

Coaseguro: 15 Por ciento⁴

Inflación Médica: 7.5. Por ciento

	Quinquenio	HOMBRE	MUJER
1	0-19	2,794.64	2,788.09
2	20-24	2,327.76	2,800.57
3	25-29	2,895.08	4,078.34
4	30-34	3,150.65	4,972.56
5	35-39	3,934.15	5,267.27
6	40-44	5,443.58	5,690.67
7	45-49	5,902.37	7,607.45
8	50-54	8,263.98	11,990.65
9	55-59	10,679.48	11,966.46
10	60-64	13,776.12	15,065.45
11	65-69	13,476.85	16,998.22

⁴ Este deducible está por encima del promedio Nacional que es del 10 por ciento

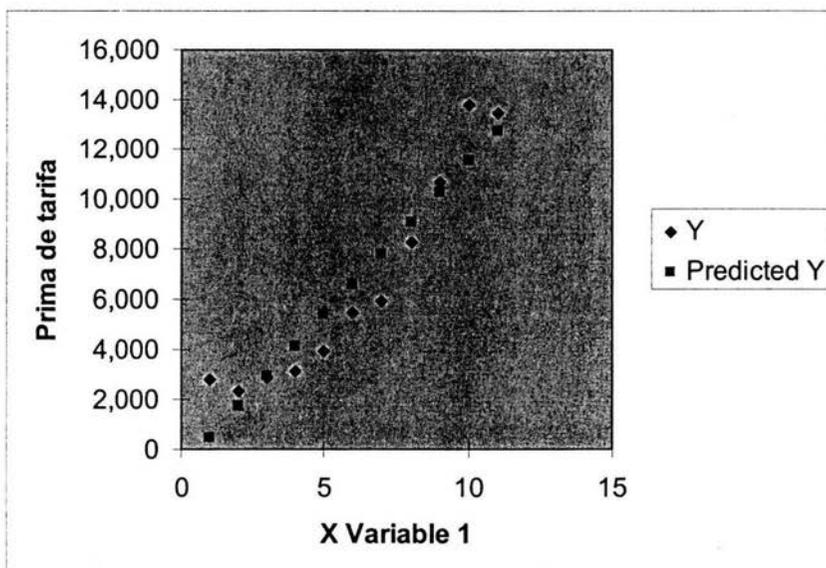
Análisis de Regresión para el sexo masculino

Las primas son ajustadas mediante con un análisis de regresión lineal simple y quedan para hombres, de la siguiente manera:

HOMBRE			
<i>Observación X</i>	<i>Primas</i>	<i>Residuales</i>	
1	478.94	2,315.70	2,794.64
2	1,703.97	623.79	2,327.76
3	2,928.99	-33.91	2,895.08
4	4,154.01	-1,003.36	3,150.65
5	5,379.04	-1,444.89	3,934.15
6	6,604.06	-1,160.48	5,443.58
7	7,829.08	-1,926.71	5,902.37
8	9,054.11	-790.13	8,263.98
9	10,279.13	400.35	10,679.48
10	11,504.15	2,271.97	13,776.12
11	12,729.18	747.67	13,476.85
Promedio	6604.06		6604.06

Gráfica 1.

Análisis Regresión Lineal simple para las primas de hombres



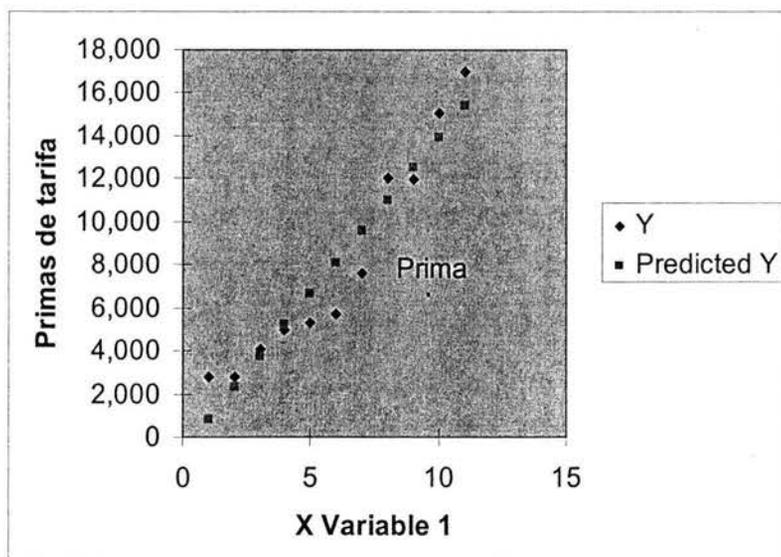
Análisis de Regresión para el sexo femenino

Las primas son ajustadas mediante con un análisis de regresión lineal simple y quedan para Mujeres, de la siguiente manera:

MUJER			
<i>Observación X</i>	<i>Primas</i>	<i>Residuales</i>	
1	831.84	1,956.25	2,788.09
2	2,287.76	512.81	2,800.57
3	3,743.68	334.66	4,078.34
4	5,199.60	-227.04	4,972.56
5	6,655.51	-1,388.24	5,267.27
6	8,111.43	-2,420.76	5,690.67
7	9,567.35	-1,959.90	7,607.45
8	11,023.26	967.39	11,990.65
9	12,479.18	-512.72	11,966.46
10	13,935.10	1,130.35	15,065.45
11	15,391.02	1,607.20	16,998.22
promedio	8,111.43		8,111.43

Gráfica 2.

Análisis Regresión Lineal simple para las primas de mujeres



IV. 2 Propuestas y Soluciones

IV.2.1.Perfil Familiar

La gran mayoría de los estudios y/o tratamientos médicos se realizan en menos de 24 horas, lo que es conocido como estancia ambulatoria, en este caso las compañías de seguros no realizan el pago directo al hospital, y el trámite se realiza por reembolso. Lo que ocasiona dificultad al determinar si un procedimiento terapéutico y/o estudio es necesario o no.

Si cada compañía de seguros contara con un médico de Staff en cada uno de sus hospitales de convenio, sería factible revisar cuidadosamente en todos los casos incluyendo las “ estancias ambulatorias” el origen del gasto .

Así también se apoya al asegurado en los gastos imprevistos por un ingreso de urgencias.

Es indispensable proponer que para ciertos padecimientos, no considerados como urgentes la compañía de seguros ofrezca una segunda opinión médica sin cargo directo al asegurado.

IV. 2.2. Falta de credibilidad de las aseguradoras

Es indispensable que el agente de seguros actúe como verdadero asesor , explicando ampliamente a su asegurado el alcance y limitaciones de su seguro, ya que cada condición es y aplica de diferente manera.

El procedimiento administrativo es mucho más complejo, así que los agentes individuales deberían de anexar junto a la póliza un tríptico sobre los pasos a seguir en caso de siniestro pero detallando en cada uno los posibles resultados y las alternativas.

Por ejemplo, que sucede si el médico no es de convenio o no acepta el convenio.

Además las compañías de seguros, deberían de implementar un cuestionario de calidad que el asegurado debe llenar junto con su solicitud en donde se determine el conocimiento de su póliza:

Podría contener los siguientes puntos:

Le explicaron lo siguiente:

- 1) En caso de siniestro por enfermedad, cuál es el monto máximo que va a pagar me la compañía de seguros. _____
- 2) Qué es el deducible y el coaseguro _____
- 3) Que significa el G.U.A. _____
- 4) Cuales son las exclusiones más comunes _____
- 5) Que puedo hacer en caso de siniestro _____
- 6) Para que me sirve mi antigüedad _____
Por que no me cubre los padecimientos preexistentes y que son _____
- 8) A que números puedo llamar para solicitar información _____
- 9) Cuál es el beneficio de utilizar a un médico de red. _____
- 10) Cuales son los dos formatos que deben ser requisitados _____
- 11) Cual es el tiempo mínimo para que la compañía de seguros pague ____

La clave para evitar en la medida de lo posible la falta de credibilidad de las aseguradoras es la total y completa información sobre el alcance y las limitaciones de las pólizas de los asegurados.

IV. 2.3. Sobrecompetencia

Cualquier agente que este involucrado en la venta de seguros, deberá primero tener por lo menos un año de experiencia en el ramo como puede ser trabajando en: análisis de siniestros, administración de pólizas, realizando platicas a los asegurados.

Debido a que para fungir como verdadero asesor es indispensable tener experiencia en la práctica y no solamente lo que puede otorgar un curso de Cédula A, (diseñada sólo para tener una visión general en el manejo de los seguros).

Esta idea se origina por que cada siniestro en particular se puede dictaminar de diferente forma, ya que no sólo influyen las condiciones bajo las cuales está contratada la póliza, si no las condiciones particulares de cada padecimiento ya que existen casos que aparentemente son iguales, pero en la realidad no es así, por ejemplo:

Tenemos dos adolescentes, les llamaremos Juan y Paco con cardiopatías y que aparentemente sus condiciones de cobertura mantienen las mismas características:

- a) Están asegurados en la misma compañía de seguros
- b) El procedimiento terapéutico que siguen es el mismo
- c) El padecimiento es Preexistente
- d) Se están tratando en el mismo hospital y con el mismo médico
- e) Las pólizas en donde se encuentran asegurados cumplen con el endoso de preexistencia amplia

El resultado es que los gastos de Juan sí se autorizaron por la compañía de seguros, pero el siniestro de Paco no, debido a que a este último la cardiopatía la adquirió durante la gestación y en el momento de su nacimiento no fue seguro. Es decir el padecimiento es “ congénito”

El mercado actual de los seguros individuales tiene la percepción que los beneficios ofrecidos no son equivalentes al costo, por lo que si un buen vendedor sabe explicar las ventajas de estar protegidos sobre una eventualidad de grandes consecuencias, no será necesario omitir o cambiar beneficios.

También se debería de generalizar y ofrecer valores agregados, como puede ser:

“ Usted nos puede localizar las 24 hrs. del día para cualquier emergencia médica o lo podemos acompañar al hospital en caso de ser necesario. “

Cuando los agentes compiten por un negocio lo conveniente es que CNSF implementara una normatividad para evitar las primas insuficientes y que la verdadera competencia este en manos de la creatividad de los vendedores.

Por lo menos los contratos deberían de durar dos años, y sólo cambiar de compañía de seguros cuando sea demostrable que no existe un buen servicio de parte del agente.

IV. 2.4 Mercado cada día mas estrecho

Mi se basa en, abrir la gama de posibilidades sobre diferentes productos llamados “ Planes Flexibles” para que en lo posible personalizar las coberturas y beneficios, aunque por facilidad administrativa sólo estos planes deberán contemplar una gama limitada de variantes las cuales estarán determinadas por el tamaño del grupo.

Otra opción será el manejar como complementos de GMM un seguro de Gastos Médicos Menores que en la actualidad rara vez se ofrece a las empresas y entre otras cosas pueden servir para:

Reducir las cuotas del seguros social, ya que las consultas con especialistas cuestan desde \$ 150 además de que son médicos certificados, se obtiene atención de primer nivel lo que trae por lo general como consecuencia la atención preventiva.

Si las empresas no cuentan con el presupuesto para ofrecer a sus empleados Gastos Médicos Mayores, está puede ser una buena opción.

También se puede ofrecer este servicio mediante un descuento por nómina, este tipo de membresías y/o seguros pueden ser incluidos los parientes que no son calificados por los S.G.M.M. por la edad situación médica, etc.

IV. 2.5 Ausencia o limitación de requisitos

En el caso de las pólizas de Grupo Empresariales, se propone que en el momento de pagar un siniestro se adjunte en la documentación copia del alta al IMSS.

También para poder proceder a ofrecer un costo de renovación será indispensable que la anterior compañía anterior otorgue a la nueva:

- 1) Siniestralidad con fechas de primer gasto, en papel membreteado
- 2) Enviar carátula de la póliza, en donde se especifiquen las condiciones de la póliza.
- 3) Mandar todos los endosos adicionales.

IV.1.6 Falta de cultura Preventiva

Actualmente existen los seguros o membresías de Gastos médicos menores, en donde su principal objetivo es cumplir el papel preventivo que a largo plazo puede evitar entre otras cosas que la siniestralidades de los seguros de GMM, se eleven.

La propuesta sería:

- 1) Ofrecer una Suma Asegurada “ Sin Límite” con el propósito de que al suscitarse un siniestro catastrófico el asegurado se encuentre cubierto en su totalidad.
- 2) Ofrecer un seguro de Gastos Médicos Menores que incluya:
 - 2.1) Las primeras consultas con especialistas sin costo o con costo mínimo de \$ 100 (con médico certificados)
 - 2.2) Las primeras consultas de médicos a domicilio sin costo o con costo mínimo: \$100 (con médico certificados)
 - 2.3) Descuentos en farmacias y en estudios de diagnóstico.

- 3) Este servicio se puede reemplazar por una póliza en donde el deducible se eleve por lo menos a 5 S.M.G.M. lo que traería como consecuencia un ahorro en primas, atención de forma preventiva, y satisfacción del asegurado. Así como menor trabajo administrativo de las compañías de seguros, ya que reduce el número de reclamaciones presentadas.

IV.2. En la Administración

IV.2.1 Hospitales de Red

Sin duda alguna existe personal de la compañías de seguros dispuesta a dar una orientación a los asegurados en el momento que ingresan al hospital, pero cada agente debería de tener una persona encarga de supervisar la labor tanto del personal del hospital como de la aseguradora que laboran de Staff en el mismo, para mantener informado al asegurado de sus derechos y obligaciones, varios agentes pueden tener asignados a un supervisor

Además siempre cada hospital deberá colocar en admisión una leyenda que especifique el monto del deposito y que quede perfectamente claro que son políticas del hospital y es independiente al seguro.

IV.2.2 Criterios utilizados para el pago de siniestros

Es importante que cada analista y/o médico de siniestros mantenga un criterio amplio para el dictamen del pago de los mismos, pero deberían indistintamente indicar claramente, cuando algo no es procedente o es necesario un requisito adicional

(como puede ser una interpretación de estudios o desglose de facturas) el número de inciso en donde se limita o se excluye el gasto (s) o el porque es necesario el mandar algún requisito adicional, un ejemplo sería:

Estimado asegurado: una vez analizado el siniestro y su documentación, quiero informarle que por el momento no estamos en posibilidades de realizar un dictamen justo y concreto, debido a

que no se anexo el resultado de sus estudios, o el padecimiento no es procedente como lo indica el inciso 6.1. de la página 9 de las condiciones generales, en la sección de gastos no cubiertos.

Ocasionalmente sólo especifican que por condiciones de la póliza los gastos no serán cubiertos, y después de haber solicitado requisitos previamente que no necesariamente tienen que ver con la autorización de un siniestro

IV.3 Disparidad de coberturas

Todas las compañías de seguros deberían de manejar un producto estándar en donde apliquen las mismas condiciones, generales, exclusiones, tabuladores y hasta forma de administración y dejar a consideración de las compañías de seguros los costos y beneficios adicionales así como manejo administrativo, que sea accesible tanto para los seguros empresariales como para los individuales, de tal manera que la administración sea mucho más sencilla, algunos asegurados cuando verifican que las demás compañías de seguros cubren de la misma forma un gasto, quedan conformes, aunque a su manera de pensar no sea del todo justo, en caso contrario causa controversias y quejas, si alguien necesita un seguro más completo o de menor costo este debería de cotizarse entonces a petición del asegurado y con la información clara y oportuna de sus alcances y limitaciones.

Además se debería de excluir a los hospitales más caros.

Con estas coberturas mantener una misma tarifa para pólizas individuales y para pólizas de grupo o colectivas, así los asegurados optaran por cuestión de servicio de los agentes.

IV.3.1 En los conceptos y su interpretación

a) Suma Asegurada

Solicitar mediante un endoso en todas las pólizas, si es que estas no aclaran en las condiciones generales , que significa la suma asegurada , ya que si técnicamente significa la obligación máxima de la aseguradora (porque puede ser accidente en donde no aplica deducible ni coaseguro y el pago de la reclamación se paga al 100%) no implica que es el monto máximo a

pagar, ya que primero se limitan los gastos a este monto y después se descuenta el deducible y el coaseguro, así que el monto pagado es menor.

El procedimiento para el cálculo de la suma asegurada y/o remanente deberá de unificarse en todas las aseguradoras para evitar conflictos en el pago de complementos.

- b) Estudios para diagnóstico, tratamiento o seguimiento, siempre y cuando exista un diagnóstico definitivo.

En estos casos podría solicitarse una segunda opinión médica para saber si los estudios son necesarios o no, y también con los resultados incluir la advertencia que podrían no pagarse estos estudios en el momento que se lleve a cabo el diagnóstico.

A si mismo los módulos de las compañías de seguros deberían de tener una advertencia a la vista de los asegurados que diga:

“ Para que se pueda dictaminar la procedencia El estudio (s) y/o tratamiento (s) que está por realizarse , tiene que cumplir de inicio lo siguiente:

- 1) *Una vez realizados exista un diagnóstico definitivo*

Es conveniente que la primera recomendación como agentes a los asegurados sea: Si tiene alguna duda de que sus gastos no van a ser cubiertos por la aseguradora, preferentemente no asistir a hospitales que estén fuera de sus posibilidades económicas en caso de que estos sean rechazados.

c) Preexistencia

Debido la subjetividad, deberían precisar en la mencionada cláusula, que sólo se considerará como enfermedad preexistente, aquella de la que exista un diagnóstico previo a la celebración del contrato, sustentado con las correspondientes pruebas de laboratorio y haya sido realizado por un médico con cédula profesional.

Asimismo, las Aseguradoras, a través de su red médica, deberían realizar en todos los casos, un examen médico a los solicitantes de la póliza como parte de la selección, con el cual podrán

determinar, fehacientemente las enfermedades existentes antes de la contratación del seguro. Con esto la institución no podrá rechazar ninguna reclamación por preexistencia salvo las diagnosticadas en el examen médico y, el asegurado no podrá reclamar una indemnización por una enfermedad o padecimiento del cual ya tenía conocimiento, como resultado de dicho examen.

d) Pago de complementos

Las compañías de seguros al aceptar una colectiva procedente de otra, deberá de aceptar exactamente las mismas condiciones bajo las cuales fueron asumidos los siniestro de la anterior.

Es indispensable que desde antes del inicio de vigencia se soliciten estados de cuenta con las condiciones incluyendo claramente el remanente de Suma Asegurada y deberá ser respetado el cálculo del mismo, en lo que la Comisión de Seguros y Fianzas unifica establece sanciones a quien lo calcule arbitrariamente.

e) Gasto Usual y Acostumbrado:

Adicionalmente al catálogo fijo y universal, todas las compañías de seguros deberán manejar indistintamente catálogos ya preestablecidos para lo cual todos tengan acceso a este y evitar que hasta el día que se lleva a cabo el tratamiento o la operación, el médico no se ajuste a los honorarios ofrecidos por la compañía de seguros lo que ocasiona que el único perjudicado sea el asegurado.

Normalmente bajo el sistema de Gasto Usual y acostumbrado los médicos coordinadores primero preguntan cuanto va a cobrar el médico para evitar según esto, ofrecer más de lo que originalmente estaban dispuestos a cobrar.

Cuando surgen las complicaciones, es todavía más complicado que ambas partes lleguen a un acuerdo y en ocasiones el asegurado termina pagando por remanentes insospechados.

f) Anticipo para cirugía

Los anticipos deben hacerse sobre los límites establecidos y no sobre el presupuesto.

IV.4 Algunas Cláusulas

a) Al respecto de la tercera intervención quirúrgica:

No beneficia en lo más mínimo al asegurado ser tan radical el excluir la tercera intervención adicional, ya que por principio de cuentas si califica como padecimiento en el seguro de gastos médicos, se deberá de poner en consideración dependiendo de las situación en particular, ya que podría darse el caso de que no existiese otra oportunidad de realizar la intervención quirúrgica para el asegurado o que médicamente no sea viable.

b) 30 días para tener cobertura ING-COMSA:

Algún asegurado puede sufrir un accidente grave a consecuencia de una enfermedad no manifestada (como sufrir un infarto cuando la persona está conduciendo) y claro que resulta totalmente desfavorable para los asegurados, por que o se elimina dicho periodo sin cobertura o se les informa a todos los asegurados que al comprar una póliza por un año, sólo están cubiertos por once meses

c) Sobre el periodo de espera para Urgencia Médica y accidente con GNP

Se debería de cubrir las urgencias médicas y los accidentes, a causa o como consecuencia de estos padecimientos ya que es cuando más se necesita la protección del seguro, ya que un accidente es 100 por ciento aleatorio e imposible de predecir.

Sucede algo similar para una urgencia médica ya que generalmente se manifiesta sin antecedentes previos, como puede ser un dolor agudo de apendicitis o de quiste ovárico.

conclusión

Es inminente o realizar una revisión exhaustiva sobre la forma que en se están llevando a cabo las contrataciones de los seguros de gastos médicos mayores en México. Sobre todo por que el costo para adquirirlo se vuelve inalcanzable para la gran mayoría de la población, y los que cuentan con este seguro normalmente se topan con conflictos para el pago de sus reclamaciones, ya que existen actualmente una gran cantidad de candados y limitantes.

Los altos costos para recibir una atención médica de calidad y la falta de normas regulatorias en el sector salud para los servicios privados es el detonador de los conflictos de las aseguradoras con los asegurados.

La corrección de los conceptos y condiciones que forman un contrato son sumamente inaccesibles para el buen entendimiento de sus alcances y limitaciones a los que puedan aspirar los asegurados.; Así que cada compañía de seguros debería de realizar un examen ante un jurado de la CNSF sobre el entendimiento y claridad de las mismas.

Los intermediarios de seguros tenemos la obligación profesional y moral de antes que nada estar perfectamente bien capacitados e informar cabalmente a los asegurados de cuales son sus beneficios y que el asegurado comprenda el significado y el objetivo del seguro que está comprando. Debemos además de cuidar el ramo del que vivimos no dejándonos llevar por el interés monetario, calculando primas de riesgo insuficientes causando desequilibrio en el medio asegurador por la desmedida competencia.

Anexo 1.

Definiciones

- 1) **Accidente;** un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es).
- 2) **Antigüedad;** es el tiempo que el asegurado ha estado cubierto en forma continua con una aseguradora
- 3) **Asegurado;** es la persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente cubierto por la póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.
- 4) **Asegurado Titular;** es aquella persona asegurada que firma como responsable de las declaraciones hechas en el consentimiento otorgado para esta póliza.
- 5) **Auxiliares mecánicos;** son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que cursan una enfermedad o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, silla de ruedas, entre otros).
- 6) **Coaseguro;** cantidad que pagará el asegurado del total de los gastos cubiertos por la póliza una vez descontado el deducible contratado.
- 7) **Contratante;** Persona física o moral que interviene en la celebración del contrato, misma que para efectos de éste, será la responsable del pago de la prima.
- 8) **Deducible;** cantidad inicial que debe pagar el asegurado por cada enfermedad o accidente cubierto.
- 9) **Dependientes económicos;** se consideran dependientes económicos a su cónyuge o concubinario y alas hijas de que sean solteros menores de 25 años y que no obtengan ingreso por trabajo personal.
- 10) **Endoso;** documento que forma parte del Contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones generales.
- 11) **Enfermedad o padecimiento;** es la alteración en la salud del asegurado, diagnosticada por un médico profesional independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

12. **Extraprima;** es la cantidad adicional que el asegurado se obliga a pagar a la aseguradora, por sufrir un riesgo agravado.
13. **Honorarios médicos;** pago que obtiene el médico profesionalista independiente legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados.
14. **Hospitalización;** es la permanencia del asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable o justificada para la atención de una enfermedad o accidente, inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.
15. **Hospitalización por cirugía ambulatoria;** es aquel caso en que el asegurado ingreso al hospital o sanatorio para un procedimiento quirúrgico de corta estancia es decir de menos de 24 horas.
16. **Inicio de cobertura;** es la fecha que a partir de la cual el asegurado tienen derecho a los beneficios de este contrato de seguro.
17. **Aparatos ortopédicos;** aditamento mecánico que sirve para suplir una función
18. **Signo;** es cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.
19. **Síntoma,** es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
20. **Siniestro;** la ocurrencia de cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización.
21. **Póliza de Seguro;** Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas, que de forma general particular o especial regulen las relaciones contractuales convenidas entre la compañía aseguradora y el contratante.
22. **Padecimiento;** término genérico para referirse a una enfermedad o accidente.
23. **Pago directo,** es el pago que realiza directamente la aseguradora al prestador de servicios independiente, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los asegurados que se presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este contrato.

24. **Periodo al descubierto**, es aquel lapso durante el cual quedan suspendidos los beneficios del contrato. Se genera por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza.
25. **Periodo de espera**; tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada asegurado, a fin de ciertas enfermedades puedan ser cubiertas por la póliza.
26. **Plan**; conjunto de componentes de la póliza, incluyendo sus endosos, que indican al asegurado los beneficios a que tiene derecho.
27. **Prima**; es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del asegurado
28. **Prótesis**; sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.
29. **Reclamación o solicitud de servicios**; es el trámite que efectúa el asegurado ante la aseguradora, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente.
30. **Salud**; bienestar biológico objeto del contrato de seguro.
31. **Suma Asegurada**; es el límite máximo de responsabilidad de la aseguradora, convenido para cada cobertura y aplicable por enfermedad o accidente y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.
32. **Tabulador de honorarios médicos**; relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo, a pagar por la aseguradora para cada uno de éstos
33. **Urgencia médica o emergencia médica**; es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención inmediata.
34. **Vigencia**; periodo de validez del contrato.

Anexo 2.

Glosario Médico

- 1) **Adenoides;** hipertrofia del tejido ganglionar que existe normalmente en la rinofaringe.
- 2) **Adherencias;** membrana de origen inflamatorio que reúne ya sea dos hojas de un mismo órgano, o dos órganos contiguos que normalmente están separados y movibles; puede provocar la obstrucción de estos órganos o fenómenos de compresión.
- 3) **Alveolo;** nombre de las cavidades en los maxilofaciales para la implantación de las raíces dentales.
- 4) **Apnea;** falta o suspensión de la respiración.
- 5) **Apoplejía;** suspensión súbita de la acción cerebral por derrame sanguíneo
- 6) **Astigmatismo;** defecto de visión debido a curvatura irregular de superficies de refracción del ojo. (Que no ve desde un punto)
- 7) **Congénito;** presente en el momento del nacimiento, innato, no adquirido.
- 8) **Crónico;** que se prolonga por mucho tiempo
- 9) **Dioptría;** unidad de medida, poder de una lente cuya distancia focal es de un metro.
- 10) **Discos;** formación fibrosa con figura de disco, entre dos vértebras, en cuyo interior hay una masa pulposa.

- 11) **Endometriosis;** inflamación de la mucosa uterina o endometrio
- 12) **Endoscopia;** exploración visual de cavidades o conductos internos del organismo
- 13) **Enfermedad aguda;** es aquella cuyos signos y síntomas son acentuados y su evolución a la curación o la muerte es rápida.
- 14) **Enfermedad crónica;** es aquella enfermedad cuyos signos y síntomas son poco precisos y su evolución a la curación o muerte es lenta, progresiva o regresiva.
- 15) **Estrabismo;** disposición viciosa de los ojos por la cual los dos ejes visuales no se dirigen a la vez a un mismo objeto. es un defecto de la vista caracterizado por la desviación de un globo ocular hacia adentro, es decir hacia la raíz de la nariz (estrabismo convergente) o hacia fuera estrabismo divergente.
- 16) **Escoliosis;** deformación del raquis con inclinación lateral de la columna vertebral, se expresa precisando la localización de la concavidad.
- 17) **Esterilidad;** femenina, incapacidad de una mujer de quedar embarazada, debido a una alteración en la estructura o función de sus órganos genitales. Masculina, imposibilidad de fecundar el óvulo, por una insuficiencia o anomalía de la espermatogénesis.
- 18) **Fibrosis quística;** es la enfermedad genética y hereditaria más frecuente en la raza blanca. Afecta a las glándulas secretoras del cuerpo, causando daños a órganos como los pulmones, páncreas, hígado y a los aparatos digestivo y reproductor. Las personas que tienen FQ, producen un moco muy viscoso, que taponan los pulmones y el sistema digestivo, haciendo difícil la respiración y la correcta asimilación del alimento.
- 19) **Fisioterapia;** terapia por medio del movimiento, cuya finalidad es la recuperación de las funciones del sistema motor.
- 20) **Fístula;** conducto, llaga en forma de conducto estrecho con un orificio (fístula ciega) o con dos que no tiene tendencia a la cicatrización y deja salir pus, líquido seropulento

- 21) **Gingiva;** relativo a las encías
- 22) **Hernia;** tumor que hace prominencia fuera de una cavidad natural a través de un orificio normal o anormal. Por ejemplo intestino que se escapa por el conducto inguinal, *músculo* que sale de su vaina.
- 23) **Hidatiforme;** con aspecto semejante a un racimo de uvas
- 24) **Hipermetropía;** vista anormal en la cual el ojo en reposo no está adaptado para la visión al infinito, y los rayos refractados van a formar su foco detrás de la retina.
- 25) **Hipertrofia;** desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de su estructura, que da por resultado el aumento de peso y volumen del órgano.
- 26) **IN SITU;** en su lugar natural o normal.
- 27) **Infertilidad;** incapacidad para llevar un embarazo (infertilidad femenina). En el hombre disminución de la fertilidad ocasionada por un proceso reversible.
- 28) **Insuficiencia;** disminución de la capacidad de un órgano para cumplir su
- 29) función
- 30) **Laparoscopia;** Introducción del endoscopio (véase ENDOSCOPIA) para la observación del espacio abdominal, introduciendo aire a través del laparoscopio. Generalmente se hace a la altura del ombligo.
- 31) **Litiasis;** formación de cálculos especialmente en las vías biliares o urinarias, calculosis, mal de piedra.
- 32) **Lordosis;** (lordos encorvado) Deformación de la columna vertebral, caracterizada por una incurvación de convexidad anterior. Asienta lo más generalmente en la región lumbar. Se observa en las lesiones de la cadera, el raquitismo, la parálisis infantil.
- 33) **Magnetoterapia;** terapia que emplea la acción beneficiosa de las ondas y los campos magnéticos.
- 34) **Maxilar;** relativo a quijada.

- 35) **Mola**; masa carnosa que se desarrolla en el útero, especialmente la producida por la degeneración o hidropesía de las vellosidades del corion.
- 36) **Ortopedia**; rama de la medicina que se ocupa de la corrección quirúrgica o mecánica de las desviaciones o deformaciones del sistema esquelético y estructuras asociadas.
- 37) **Patología**; parte de la medicina que tiene por objetivo el estudio de las enfermedades en todos sus aspectos
- 38) **Perineo**; anatómicamente es la relación de forma romboideal, que se extiende en longitud desde el subpubis ala punta de cóccix.
- 39) **Placenta Previa**; inserción de la placenta en la parte inferior del útero que ocasiona la expulsión antes del feto y puede ocasionar gravísima hemorragia.
- 40) **Placenta Acreta**; placenta inseparable de la pared uterina a cuasa de vellosidades que penetra en el músculo uterino.
- 41) **Puerperio**; periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación.
- 42) **Presbiopía** o Presbicia; disminución del acomodador del ojo, que no permite ya la visión clara de los objetos próximos
- 43) **Signo**; síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o provoca.
- 44) **SIDA**; virus de inmunodeficiencia humana (VIH), un retrovirus. Dos tipos principales de VIH han sido reconocidos, VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el tipo mundialmente dominante. El VIH-2 es principalmente encontrado en África Occidental pero ha habido casos reportados en África Oriental, Asia, y Latinoamérica. Hay por lo menos 10 subtipos genéticos diferentes del VIH-1, pero su significado epidemiológico y biológico no es claro hasta ahora.
- 45) **Síndrome**; conjunto de síntomas que concurren en una enfermedad.
- 46) **Síntoma**; manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solo
- 47) por el paciente
- 48) **Terapia**; tratamiento de las enfermedades.

Anexo 3.
Principales defunciones en México
(%)

	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Cáncer y tumores	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades del aparato respiratorio	muerres violentas	otras causas
1922	32.38	0.56	1.07	15.39	2.58	48.01
1930	46.97	0.70	1.92	15.94	4.14	30.33
1940	43.11	1.19	3.73	20.04	5.13	26.81
1950	34.61	2.00	6.20	20.72	5.89	30.58
1960	25.54	3.35	8.52	19.34	6.54	36.71
1970	23.11	3.98	10.52	21.78	7.16	33.45
1980	13.75	6.47	16.43	13.70	15.51	34.15
1990	9.70	10.08	19.83	10.47	13.93	36.00
1995	4.65	11.63	22.63	9.98	13.23	37.88
2000	6.90	14.00	22.45	7.00	14.20	35.45
2005	6.30	15.70	23.25	6.25	13.05	35.45
2010	5.20	17.90	24.05	5.50	11.90	35.45
2015	4.30	19.90	24.85	4.75	10.75	35.45
2020	3.55	21.75	25.65	4.00	9.60	35.45
2025	3.25	23.15	26.45	3.25	8.45	35.45
2030	2.65	25.00	27.20	2.50	7.20	35.45

Fuentes: Estadísticas históricas de México, INEGI, 1994; Anuarios de los Estados Unidos Mexicanos

Bibliografía

Julio A. Millán B.
Antonio Alonso Conchero
México 2030, Nuevo Siglo Nuevo País
Fondo de Cultura Económica

Miguel Angel Beltrán Prado
Técnicas para la determinación de prima de riesgo
Documento de trabajo N. 11
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Estadísticas AMIS
Resumen del cuarto trimestre 2003

Criterios Generales de Solvencia
Constitución de Reservas Técnicas
ASSAL

James Cercone, Jean Jacques de St. Antoine
Reforma al Sistema del cuidado de la Salud en México
Documento de trabajo

Fundar, Centro de Análisis e Investigación
Propuestas para la Mesa de Gasto de la Convención Nacional Hacendaria
Gasto en Salud, Abril 2004

Ana Patricia Torres, Felicia Marie Knaul
Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones
para el aseguramiento universal en México: 1992-2000
Caleidoscopio de la salud

Indicadores demográficos 2000-2003
CONAPO

Documentos para el análisis y la convergencia 18
Economía y salud
La Reforma de la Salud en México
Fundación Mexicana para la Salud
Publicado en Gaceta Médica de México 137