

Bienvenido a Revista Siniestro

- "Procuremos Juntos tu Bienestar" -



GASTOS MEDICOS Y DE SALUD

El enemigo oculto en los precios de los seguros de GMM

marzo 4, 2024 Revista Siniestro

Dr. Enrique W. Alarcón Mtz. / Director médico, Nocrala Selarom / Dictamed
enrique.alarcon@nocralaselarom.com Twitter: @EnriqueWAlarcn1

Existen mil versiones y razones por las que un seguro de gastos médicos mayores (GMM) aumenta su costo; sin embargo, ni el más experto agente es capaz de responder cuál es la razón específica del alza en la póliza de un cliente, porque las aseguradoras no dicen de forma transparente cuál es, así que el agente debe encontrar la respuesta en las múltiples causas que le han platicado a través del tiempo.

Una de las razones de las aseguradoras es la inflación médica, pues atribuyen de sus decisiones al alto precio o el incremento importante de los insumos usados por el médico en el tratamiento, pero la decisión del aumento obedece solo a las aseguradoras y la inflación médica es una de las variables menos importantes para ello, aunque se ha repetido tanto este argumento que ya se acepta sin reparo y ni los agentes ni los asegurados ni mucho menos los prospectos confrontan esta idea.

Una de las verdaderas razones para el incremento del costo de las pólizas surge durante un procedimiento poco conocido pero determinante a la hora de poner precio al servicio que prestan las aseguradoras. Los errores al clasificar las diferentes enfermedades que cubren las compañías de seguros es el verdadero enemigo oculto. La aseguradora acepta un siniestro de GMM cuando el diagnóstico es adecuado y está encuadrado dentro de las condiciones generales y los endosos de la póliza afectada; el asegurado está dentro de la edad de aparición de la enfermedad en cuestión, y los signos, síntomas y estudios de laboratorio dan como resultado ese padecimiento y ningún otro posible. Sin embargo, la compañía muchas veces comete errores al clasificar una enfermedad, los cuales suelen deberse al

diagnóstico estampado por el médico tratante en el informe.

Cuando las aseguradoras reciben la información de un prospecto, revisan su documentación y estado de salud para comparar los datos con los registros de sus asegurados con siniestros abiertos y, en general, con el comportamiento de toda su población. Por supuesto, las aseguradoras también usan las estadísticas e información del Inegi y otras fuentes. Todos estos datos son básicos, así que si la base está defectuosa el resultado será equivocado.

Imagínense el reembolso de un asegurado con diagnóstico de apendicitis, que gastó un millón de pesos. El asegurado masculino de 20 años de edad, aparentemente sano, presenta su primera reclamación, la cual es aceptada y pagada porque, después de una investigación, la aseguradora halló que se trató de una apendicitis complicada con sepsis y que el asegurado pasó una semana en terapia intensiva dentro de un hospital AAA y que, además, durante la tercera cirugía tuvieron que extirparle un segmento del intestino delgado. Todo está muy bien, pero nadie corrigió el diagnóstico de apendicitis por el de apendicitis con sepsis y falla orgánica múltiple. Esto provoca que, cuando se presente un prospecto con un familiar masculino con las características de la persona que consiguió el reembolso, la aseguradora tome medidas ante la posibilidad de que se presente una apendicitis como la del caso antes mencionado. De manera similar, la aseguradora incrementa el costo de una póliza para enfrentar la posibilidad de que un integrante de dicha póliza, que cuente con las características del paciente descrito, desarrolle una apendicitis con un gasto tan importante.

Aunque la problemática no es tan simple como la expongo, ya que los actuarios deben realizar muchas operaciones y fijarse en varios factores, el punto que comento es básico para determinar el precio de un seguro.

[Ver todas las entradas de Revista Siniestro](#)

Publicado por Revista Siniestro

