



"Modelo Sistémico para analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador: EL CASO DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES"

Trabajo presentado para el I Premio de Investigación sobre Seguros y Fianzas 1994.

Maestro Ramón Montes Barreto, y
Maestro Enrique Santos Gaona Muñoz

"Grupo Ragalen"



COMISIÓN NACIONAL DE
SEGUROS Y FIANZAS

Premio de Investigación sobre
Seguros y Fianzas 1994

Tercer Lugar

ÍNDICE

	<i>Página:</i>
Introducción.	1
1. Marco Teórico.	2
1.1. Marco de Referencia.	2
1.1.1. El Sector Asegurador.	2
1.1.2. El Seguro de Gastos Médicos Mayores en México.	3
1.1.3. El Seguro de Gastos Médicos Mayores analizado bajo el enfoque de la Teoría General de Sistemas.	4
1.1.4. ¿Cómo aplicar la Teoría General de Sistemas al estudio de los seguros?	5
1.2. Marco Específico.	6
1.2.1. Precisiones sobre el campo de acción en el cual se realiza esta investigación.	6
1.2.2. Modelo Sistémico para analizar la calidad del servicio en el sector asegurador.	7
1.2.3. Explicación de los puntos críticos de la calidad en los seguros de gastos médicos mayores.	9
1.2.4. Método Sistémico para el Análisis (Ex-post-tacto) de una Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores.	10
2. Diseño y Procedimiento de la Investigación	11
2.1. Estudio exploratorio.	11
2.2. Planteamiento del Problema.	12
2.3. Objetivos de la Investigación.	12
2.4. Metodología utilizada para el Diseño del Cuestionario.	12
2.5. Selección de la Muestra.	14
2.6. Instrumento Estadístico.	14
3. Análisis de Resultados.	16
3.1. Usuarios Actuales y/o Potenciales del Seguro de Gastos Médicos Mayores.	16
3.2. Entidades Prestadoras del servicio para la recuperación de la salud (Médicos y Hospitales).	27
3.3. Compañías Aseguradoras.	32
4. Conclusiones v Recomendaciones.	36
5. Propuesta.	38
Bibliografía.	40
Anexos.	42

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consta de cinco capítulos que tienen como finalidad el estudio, análisis y propuesta de solución de una manera integral del proceso de los seguros de gastos médicos mayores.

En el Capítulo Uno se encuentra el análisis de las fuentes secundarias de información consultadas y se define el rumbo de la investigación, sin perder la perspectiva de la integralidad. Para fines prácticos y de mejor entendimiento se ha dividido en dos grandes partes:

- Una titulada Marco de Referencia.
- Otra titulada Marco Específico.

Desde este apartado se trata de ir definiendo la línea de investigación que perseguimos a lo largo del trabajo.

En el Capítulo Dos se describe el diseño y procedimiento de la investigación, en donde se propone un Método Sistémico para dar respuesta en cada uno de los puntos críticos mencionados en el desarrollo de lo que hemos denominado: Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador: El Caso del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

El Capítulo Tres contiene lo relacionado con el Análisis de Resultados, tratamientos estadísticos univariados, bivariados y multivariados.

En el Capítulo Cuatro presentamos las conclusiones y recomendaciones que se derivan del capítulo anterior.

En el Capítulo Cinco se presenta la Propuesta que como resultado de esta investigación, hacemos los investigadores al sector asegurador en cuestión. En esta se propone realizar un manejo de manera objetiva e integral de la información y la calidad del servicio en los Seguros de Gastos Médicos Mayores en México.

Queremos agradecer a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la oportunidad que nos brinda al poder participar en su Concurso Anual 1994 evento que nos motiva a realizar este esfuerzo de investigación y al mismo tiempo nos impulsa a continuar por este camino.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Marco de Referencia

Se presenta un marco de referencia con dos grandes apartados, el análisis de la situación actual en el sector asegurador en lo general y de Seguro de Gastos Médicos Mayores en lo específico.

1.1.1. El Sector Asegurador

En materia de seguros, resulta necesario destacar las asimetrías que de frente a la apertura comercial, como resultado del Tratado de Libre Comercio se observa en los tres países que convergen México, Estados Unidos y Canadá. Uno se pregunta: ¿Qué sucede con el sector asegurador en estas tres naciones?

Según lo reporta Tomás Ruiz¹ "*Comparando el sector de seguros mexicano con el de Estados Unidos de América y el de Canadá, se observa que las primas emitidas en México, -representan un 0.74% de las correspondientes de 1988 en los Estados Unidos y un 6.94% de las emitidas en Canadá durante 1989. En cuanto a los activos, México representa el 0.27% de los correspondientes en los Estados Unidos para 1988, mientras que contra Canadá representa el 3.42%...*".

Por otro lado, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), por medio de su presidente José Luis Llamosas indica en entrevista con Iván Sosa² que la Distribución de Primas Directas del sector a Diciembre de 1993 se encontraba de la siguiente manera:

<i>Vida.</i>	<i>66,021,396</i>
<i>Autos.</i>	<i>5,729,835</i>
<i>Incendio.</i>	<i>2,052,073</i>
<i>Diversos.</i>	<i>1,358,055</i>
<i>Accidentes y Enfermedades. *</i>	<i>1,434, 729</i>
<i>Marítimo y Transportación.</i>	<i>956,693</i>
<i>Responsabilidad Civil.</i>	<i>293,332</i>
<i>Agrícola</i>	<i>31,998</i>
<i>Crédito.</i>	<i>22,924</i>
<i>Total</i>	<i>**17,911,924</i>

* En este renglón se ubica el tipo de seguro motivo del caso que se presenta en esta investigación.

** Las cifras se encuentran expresadas en miles de nuevos pesos.

Iván Sosa, concluye su artículo diciendo: "...Las primas directas en el mercado crecieron 18.9 por ciento de Diciembre de 1992 a Diciembre de 1993, al pasar de un total de 15 millones 64 mil

¹ Tomás Ruiz Coordinador del Sector de Seguros ce, la Comisión Negociadora del Tratado de Libre Comercio. En el Artículo " EL SEGURO MEXICANO ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO " publicado en NEGOBANCOS el 15 de Julio de 1992. pp 11.14.

² Iván Sosa Analista de El Financiero "DIVERGENCIAS CON LA BANCA NO INGRESARON ASEGURADORAS DE AMIS A LA COORDINADORA INANCIERA" Articulo publicano en El Financiero, el día 26 de Abril de 1994.

nuevos pesos a 17 millones 911 mil nuevos pesos. Descontado el efecto inflacionario, el avance real fue 10.8 por ciento...".

No obstante, en la opinión de Ricardo Guajardo Touché³ "existe un atraso relativo en lo que se refiere a seguros, según los siguientes datos:

... En 1991 las primas directas en México alcanzaron una cifra de aproximadamente 3,550 millones de dólares, lo que representa un 1.3% del PIB. Mientras que en Estados Unidos y Canadá los porcentajes fueron respectivamente de un 9.1% y de un 5.8%. Lo anterior, significa que la industria aseguradora de los Estados Unidos tiene una importancia relativa en su economía que es 7.2 veces más que la que nuestra industria tiene en la economía mexicana; la de Canadá es 4.6 veces mas."

Es en este marco de referencia donde un grupo de colegas y amigos nos reunimos con la finalidad de aportar nuestra experiencia y conocimientos profesionales, realizando un trabajo de campo en el cual estamos poniendo en práctica las enseñanzas que hemos recibido en materia de investigación por parte de nuestros maestros en las distintas universidades de las cuales provenimos. Esperamos cumplir con este caro anhelo de realizar un trabajo que tenga calidad para su publicación y que contribuya a generar nuevos conocimientos y otros paradigmas en este sector de los servicios de nuestro país.

1.1.2. El Seguro de Gastos Médicos Mayores en México

Si bien es cierto que existe algún atraso en el desarrollo de la industria del seguro en general, también encontramos que, la participación de los Seguros en el rubro de Accidentes y Enfermedades, en el cual se encuentra el Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) en el Mercado Mexicano es reducida, a tal grado que las primas directas representan para el afro de 1993 el 8 por ciento de las primas emitidas en todas las operaciones del mercado. De ese porcentaje encontramos que los Gastos Médicos Mayores representan el 90%, según Fernando Solís Soberón⁴, lo cual justifica la tarea de investigar sobre las causas de este fenómeno.

De acuerdo con Pedro Mejía Tapia (Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, 1993): el origen del Seguro de Gastos Médicos Mayores "es la creación de un mecanismo que permite a la población hacer frente a los gastos en salud, mediante el pago de primas a entidades aseguradoras para la provisión de asistencia médica, a través de instituciones y prestadores médicos privados".

Al describir las características del SGMM, Pedro Mejía insiste en su objetivo principal es satisfacer la necesidad económica de resarcir los gastos por concepto de servicios de salud no previstos, que por su severidad pudieran crear a la familia o al individuo dificultades económicas.

³ Ricardo Guajardo Touche. "LA APERTURA EXTRANJERA Y LAS ASEGURADORAS". Artículo publicado en la Revista NEGOBANCOS el 15 de Julio de 1992. páginas 3 a la 6.

⁴ Fernando Solís Soberón COMPETENCIA DEPREDADORA EN EL SEGURO DE GRUPO DE GASTOS MEDICOS MAYORES EXPERIENCIA PROPIA". Documento de trabajo No 35. Publicado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en Septiembre de 1993. Vicepresidencia de Desarrollo.

1.1.3. El Seguro de Gastos Médicos Mayores analizado bajo el enfoque de la Teoría General de Sistemas

Los investigadores que desarrollamos esta investigación deseamos hacer un trabajo que permita visualizar el fenómeno del Seguro en cuestión bajo la óptica de la teoría de sistemas. Para lograr lo anterior se destaca la importancia que en la actualidad tiene esta teoría. En las últimas tres décadas la teoría general de sistemas ha servido como base para la integración del conocimiento científico⁵. Se define el SISTEMA como "un todo unitario organizado compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineado por los límites, identificables, de su ambiente o suprasistema". De acuerdo con Kast y Rosenzweig (Graduate School of Business Administration, University of Washington), el término SISTEMA cubre una amplia gama del mundo físico, lógico y social. De tal manera que en el universo existen sistemas galácticos, geográficos y moleculares. En biología se habla del organismo como un sistema de partes dependientes, cada una de las cuales incluye muchos subsistemas.

El cuerpo humano (el cual a su vez constituye el sistema objetivo del seguro de gastos médicos mayores), es un organismo complejo que incluye: sistema circulatorio, sistema digestivo, sistema respiratorio, sistema linfático, entre otros. A cualquiera de nosotros nos resulta fácil identificar sistemas en el medio ambiente, tales como sistema de transporte colectivo, sistema político, sistema económico, sistema educativo. etc. Kenneth Boulding propone una clasificación de los sistemas, utilizando 9 niveles, los cuales se enuncian a continuación:

1. Estático. Se puede llamar a este nivel como el de los marcos de referencia. Por ejemplo: el orden de los planetas en el sistema solar o la anatomía del universo.
2. Dinámico. Se consideran en éste, movimientos necesarios y predeterminados. Ejemplo: Movimiento del reloj.
3. Cibernético. Se autorregula para mantener su equilibrio. Un buen ejemplo es el termostato.
4. Abierto o Estructurado. En este nivel la vida se comienza a diferenciar de la inanimación. Ejemplo: la célula.
5. Genético-Social. Se da en el mundo empírico de los botánicos, un ejemplo típico son las plantas.
6. Animal. Se caracteriza por su creciente movilidad, comportamiento teleológico y su autoconciencia.
7. Humano. Es el del ser individual, considerado como un sistema con conciencia y habilidad para utilizar el lenguaje y los símbolos.
8. Social o de organizaciones humanas. En este se consideran los contenidos y significados de los mensajes, la naturaleza y dimensiones del sistema de valores, la transcripción de imágenes en registros históricos, sutiles simbolizaciones artísticas. música. poesía y la compleja gama de emociones humanas.

⁵ Kast, Fremont E. y James E Rosenzweig. "ADMINISTRACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES UN ENFOQUE DE SISTEMAS" Ed. McGraw-Hill. México, 1989. p. 107.

9. Trascendentales. Son los últimos y absolutos, los ineludibles y desconocidos, los cuales también presentan estructuras sistemáticas e interrelaciones⁶

Tanto el nombre de Teoría General de Sistemas, como muchos otros términos y conceptos asociados fueron desarrollados y establecidos por Ludwig Von Bertalanffy allá por los años cincuentas al publicar su artículo "THE THEORY OF OPEN SYSTEMS IN PHYSICS AND BIOLOGY" en el Journal Science del 13 de enero de 1950.

Nuestro interés de incluir el enfoque de sistemas en esta investigación tiene así su origen en el convencimiento que existe en el grupo de investigadores respecto de que la Teoría General de Sistemas constituye una sólida base para el entendimiento e integración del conocimiento de una gran variedad de campos. Para reforzar esta apreciación conviene citar a Bertalanffy, precisamente aportando ideas en un discurso que parece pertinente a nuestro caso: "En la ciencia moderna, la interacción dinámica es el problema básico en todos los campos y se tendrán que formular los principios generales en una Teoría General de Sistemas".

La Teoría General de Sistemas suministra el amplio enfoque macroscópico desde el cual se pueden ver todos los tipos de sistemas. Así ha nacido esta teoría, haciendo intentos por desarrollar principios científicos que ayuden a comprender los sistemas dinámicos que tienen un alto grado de interacción⁷

Las ciencias tales como la economía, la psicología, la mercadotecnia, la sociología y la administración han tenido cada vez más, que acudir a la Teoría General de Sistemas para encontrar una explicación a fenómenos que estudian.

1.1.4 ¿Cómo aplicar la Teoría General de Sistemas al estudio de los Seguros en México?

Ubiquemos la respuesta en el caso del Seguro de Gastos Médicos que estamos llevando a cabo:

Los actores que participan en el mercado de los Seguros de Gastos Médicos Mayores son:

- a) Clientes Internos.- Agente Vendedor de Seguros o Broker, personal de "back office" y los Médicos u hospitales que trabajan en convenio con la Aseguradora.
- b) Clientes Externos.- El usuario del servicio o cliente final (asegurado).
- c) Aseguradoras.- Compañías o empresas que ofrecen este tipo de producto.
- d) Instancias Gubernamentales.- Aquellas que controlan este sector, tal como la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Este trabajo de investigación se esquematiza considerando al Seguro de Gastos Médicos Mayores como un sistema abierto, cuyas "entradas" son las necesidades del usuario, las necesidades de los médicos u hospitales y las de los agentes/brokers y aseguradoras. En otras palabras, se intenta describir sus entradas en función de las necesidades de cada uno de los actores que participan en este producto.

⁶ Kenneth E., Boulding. "GENERAL SYSTEMS THEORY: SKELETON OF SCIENCE" Management Science abril de 1956 pags. 197 -208.

⁷ W. Ross Ashby "VIEWS ON GENERAL SYSTEM THEORY" Ed John Wiley & Sons Inc. New Volt USA 1964. p. 166.

**MAPA CONCEPTUAL DEL MODELO SISTÉMICO DE SEGUROS DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES DE TIPO INDIVIDUAL O FAMILIAR.**

ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS
Usuario. Médicos. Hospitales. Seguro de Gastos Médicos Mayores.	- La Póliza en si (contenido). - Atención. - Reclamaciones. - Cobros y Pagos.	-Satisfacción del usuario. - Recuperación de la salud. - Calidad del servicio.

El "proceso" del sistema está determinado por el contenido de la póliza del seguro y su cumplimiento. Las "salidas" se integran por la satisfacción de cada uno de actores involucrados, o sea la capacidad de satisfacer esas necesidades por parte del producto y como se percibe por cada uno de esos actores.

El "producto" para el asegurado es la recuperación de su salud y la calidad de las atenciones recibidas durante su proceso de sanación (periodo de recuperación) o estancia en el hospital.

El producto derivado del servicio, tanto para el médico como para el hospital, es una remuneración o ingresos que se logran generar a través del ejercicio profesional de atender clientes de la aseguradora.

La aseguradora percibe como resultado o producto, las utilidades, la participación en el mercado, el cumplimiento de la misión organizacional y la satisfacción de sus asociados.

La retroalimentación del sistema como un todo, está dada por el flujo de información entre los actores involucrados y la solución a los problemas y requerimientos que tengan entre si.

1.2. Marco Específico.

1.2.1 Precisiones sobre el campo de acción en el cual se está realizando la investigación.

PRIMERA. Estamos concentrando nuestra atención en el sector de los seguros y con mayor énfasis en el rubro de Accidentes y Enfermedades dentro del cual se encuentra el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

SEGUNDA. Es conveniente precisar que el Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM), en México, a partir del grado de participación que asume el asegurado principal⁸ tanto en la decisión de contratar la póliza, como en el pago de la prima, se clasifica en tres modalidades:

- 1.- Individual y/o Familiar. En el cual el asegurado principal toma la decisión de contratar dicho seguro y del cual paga el 100% de la prima. El contratante de la póliza es el asegurado principal y en la misma quedan inscritos todos sus dependientes económicos asegurados.

⁸ Pedro Mejía Tapia. "ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES EN MEXICO". Documento de trabajo No 28 Ed. Por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dirección General de Desarrollo e Investigación. Publicado en Septiembre de 1993. pp. et-7

- 2.- Colectivo. En este caso el asegurado principal toma parte en la decisión de ser asegurado y, a su vez, contribuye al pago de la prima.
- 3.- De Grupo. Aquí el asegurado no decide si desea tomar el seguro y, en general, no contribuye al pago de la prima, salvo en algunos casos para sus dependientes económicos. Este a su vez se subdivide en Pólizas con experiencia propia y Pólizas en experiencia global

TERCERA. Consideramos que para dar un enfoque con mayor precisión y nivel de especificidad a nuestro estudio, decidimos realizarlo en el renglón de los Gastos Médicos Mayores de tipo Individual y/o Familiar.

CUARTA. Que el grupo de candidatos al doctorado está interesado en realizar este estudio con fines académico -prácticos y de participar en el concurso de la CNSF '94.

QUINTA. Se pretende realizar esta investigación por la vía de encuestas que serán aplicadas a los actores del sector de los Seguros que se mencionan a continuación:

- 1.- Usuario actual o potencial. del SGMM, a quienes pretendemos acotar a una muestra de empresarios/dueños de industrias medianas y pequeñas en el Distrito Federal.
- 2.- Entidades prestadoras de servicios de recuperación de la salud. las cuales prestan los servicios de "salud prepagada" en convenio con las empresas aseguradoras.
- 3.- Compañías Aseguradoras, las cuales venden el servicio (Póliza de Seguro) contra riesgos de la salud. En este caso estamos utilizando la siguiente estrategia:

Realización de un estudio comparativo del contenido de las pólizas del Seguro de Gastos Médicos Mayores en la versión individual y/o familiar, tanto entre las aseguradoras mexicanas como de otros países.

1.2.2. Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador.

Consideramos que las aportaciones evidentes que arroja el trabajo que aquí se presenta son:

- ❖ Metodología para la realización de la investigación.
- ❖ Arranque y ejecución de la primera etapa.

Este estudio se presenta como una respuesta a la convocatoria 1994 que lanzó la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Se pretende contribuir al conocimiento de las actitudes y percepciones que tienen los usuarios de la póliza del seguro de gastos médicos mayores en la ciudad de México.

El trabajo comprende tres grandes partes las cuales se describen a continuación:

PRIMERA PARTE:

Desarrollo de este producto que hemos denominado "*Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador EL CASO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES*", fue

elaborado por los miembros de este grupo de investigadores, quienes nos ilustramos en A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml y Leonard L. Berry "A *Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research*" para establecer los elementos básicos de su contenido pero con una total adaptación y reforma a lo que plantean en su propuesta estos autores⁹. En nuestro modelo se dividen los principales "actores" en tres (Consumidor usuario actual o potencial de la póliza), Entidades Prestador-as de Servicios de Recuperación de la Salud y Compañías Aseguradoras, el cual se presenta considerando los siguientes factores:

Modelo Sistémico...

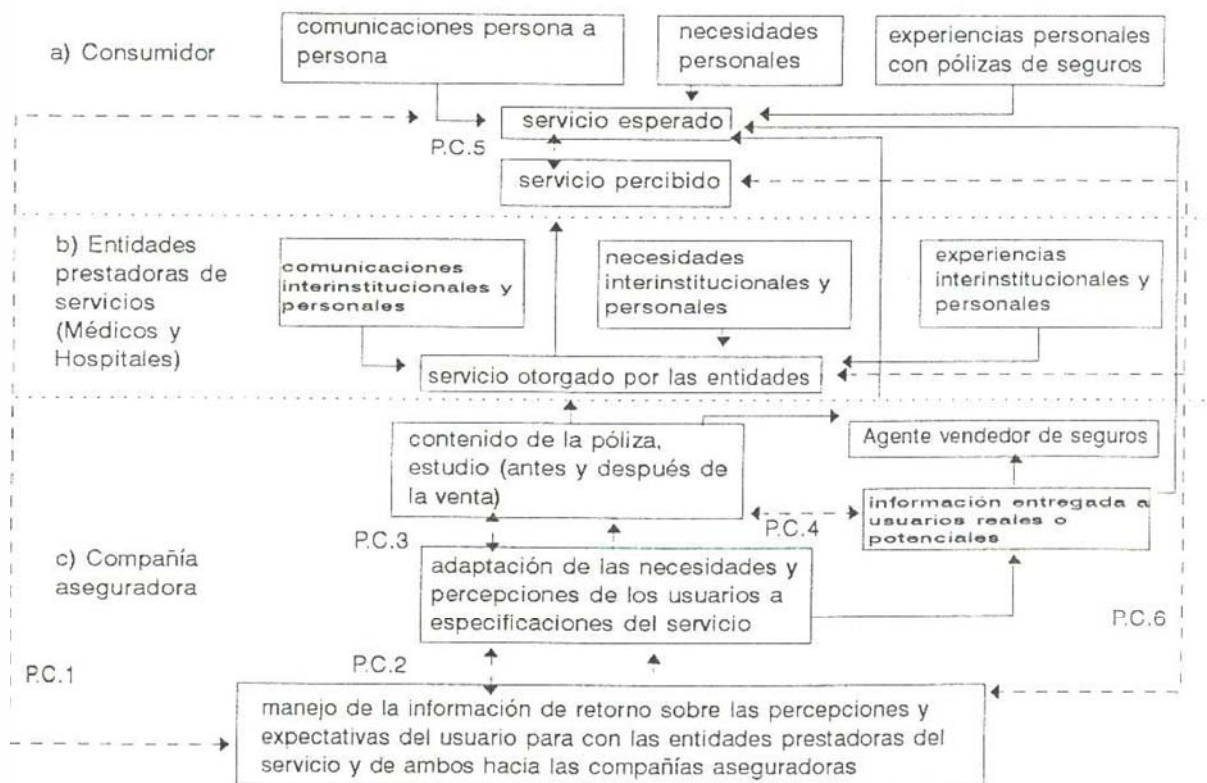
2.2.1 Usuario Actual o Potencial (a quien se reconoce como el consumidor del producto o servicio).

2.2.2 Entidades prestadoras de servicios de recuperación de la salud (Médicos y Hospitales que prestan atención a problemas físicos y enfermedades).

2.2.3 Compañías Aseguradoras, las cuales venden el servicio (póliza de seguro) contra riesgos de la salud.

De manera gráfica se presentan estos elementos a continuación:

Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador:
EL CASO DEL SGMM.



El diseño de este modelo es creación del grupo de investigadores de la UNAM/DEPI/FCA/1994 quienes se ilustraron en el modelo propuesto por A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml y Leonard Berry

⁹ A. Parasuraman, Valarie A., Zeithaml y Leonard L. Berry "A CONCEPTUAL MODEL OF SERVICE QUALITY AND ITS IMPLICATIONS FOR FUTURE RESEARCH", Journal of Marketing Otoño de 1985. pp 44.

1.2.3 Explicación de los Puntos Críticos de la Calidad en los Seguros de Gastos Médicos Mayores.

La estrategia es eliminar los efectos negativos de los puntos críticos (P.C. 1-a1-6) del modelo que se presenta. La descripción de cada uno de los puntos críticos que se mencionan en el modelo se hace a continuación, incluyendo algunas estrategias para minimizarlos o eliminarlos:

PUNTO CRÍTICO 1. Consiste en la relación que se establece entre la Administración de las Percepciones y expectativas del consumidor y las de los Agentes Prestadores de Servicio de Recuperación de la Salud (Hospitales y Médicos) y el servicio esperado por el usuario.

Los efectos negativos que se generen en esta relación se minimizan o eliminan siguiendo alguna de las siguientes estrategias:

- a) Elaboración de un sistema de información que monitoreado las expectativas y percepciones de los usuarios actuales y potenciales.
- b) Elaboración de un "sistema de información" que de seguimiento a las expectativas y percepciones de los "Agentes Prestadores de Servicios" (hospitales y médicos).
- c) Elaboración de sistemas de información de mercadotecnia.

PUNTO CRÍTICO 2. Se presenta en la relación entre la administración de las percepciones de las expectativas del consumidor y de los Agentes Prestadores de Servicio con la "traducción" de las percepciones a especificaciones de la calidad del servicio por parte de la Compañía Aseguradora.

Los efectos negativos que se presenten en este Punto Critico se pueden minimizar o eliminar de la siguiente manera:

- a) Desarrollando y estableciendo estándares de calidad que busquen el bienestar de las partes involucradas en el proceso, en otras palabras de los usuarios del seguro, de los agentes prestadores de los servicios y de las propias compañías aseguradoras.
- b) Tomando en cuenta los tres aspectos que se mencionan en el Punto Critico 1.

PUNTO CRÍTICO 3. Se presenta en la relación que se establece entre la "traducción" de las percepciones a especificaciones de la calidad del servicio, con el contenido de la póliza, con base en estudios antes y después de la venta.

Los efectos negativos se minimizan o eliminan con las siguientes estrategias:

- a) La compañía de seguros de seguros debe ser realista en los estándares de calidad que establezca, tornando en cuenta al usuario, a los agentes prestadores de servicio y a la parte financiera de la empresa.

PUNTO CRÍTICO 4. Se presenta en la relación que se da entre el contenido de la póliza y la comunicación externa al consumidor realizada por la compañía aseguradora.

Los efectos negativos se minimizan o se eliminan de acuerdo con las siguientes estrategias:

- a) Proporcionando comunicación externa al consumidor congruente con el contenido de la póliza.
- b) Tomando en cuenta las estrategias mencionadas en el punto critico 3.

PUNTO CRÍTICO 5. Se presenta en la relación entre el servicio esperado y el servicio percibido. Los efectos negativos se pueden minimizar o eliminar siguiendo las estrategias que a continuación se mencionan:

- a) Tomando en cuenta las consideraciones mencionadas en el punto crítico 1.
- b) Tomando en cuenta las consideraciones del punto crítico 4.
- c) Desarrollando un sistema de información encaminado a evaluar el servicio percibido.

PUNTO CRITICO 6. Se presenta en cuanto entran en acción los siguientes factores:

- ❖ La administración de las percepciones de las expectativas del consumidor;
- ❖ El servicio ofrecido por los agentes prestadores del servicio
- ❖ La calidad del servicio percibida por el usuario de la póliza.

Los efectos negativos se minimizan o eliminan mediante las siguientes estrategias:

- a) Elaborando un sistema de información monitoreado por la compañía de seguros, que evalúe el servicio ofrecido por los agentes prestadores *del* servicio de salud.
- b) Tomando en cuenta las recomendaciones enunciadas en el punto crítico.
- c) Tomando en cuenta las recomendaciones establecidas en el punto crítico 1.

1.2.4. Método Sistémico para el Análisis (ex-post-facto) de una Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores.

La metodología que se sugiere va acorde con dar soluciones inmediatas a cada uno de los puntos críticos mencionados en el modelo para lograr el bienestar de las partes involucradas en la póliza de SGMM y que se pueden presentar en el momento de prestar el servicio.

Para fines de entender mejor del modelo lo dividiremos en dos grandes etapas:

1.2.4.1. Etapa I: Está compuesta por todas las actividades de carácter cualitativa y exploratoria de la investigación, para que de ahí se generen variables concretas de más fácil ubicación y evaluación para la segunda etapa de la investigación.

1.2.4.2. Etapa II: En esta fase de la investigación se maneja información cuantitativa que nos va a servir para describir o realizar una inferencia de lo observado y tomar decisiones con menos grados de incertidumbre.

Esta parte también la tenemos subdividida en tres unidades de análisis al igual que en el modelo para lograr el bienestar de las partes involucradas:

- a) Usuarios actuales y/o potenciales del SGMM
- b) Entidades prestadoras de servicios (Médicos y Hospitales), son todas las partes involucradas en la interacción que se efectúa en el momento de la prestación del servicio (el servicio ofrecido por los agentes involucrados)
- c) Compañías Aseguradoras: la empresa creadora del servicio y por lo tanto de todas las actividades del cambio de comportamiento del mercado en el que están laborando.

2. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1. Estudio Exploratorio.

Comprende el Estudio Exploratorio y/o Cualitativo de la primera etapa del Método Sistémico para el Análisis Ex-Post Facto de una póliza de seguro de gastos médicos mayores, el cual contiene los siguientes instrumentos:

- 2.1.1. Encuesta aplicada a usuarios actuales y/o potenciales del seguro de gastos médicos mayores.
- 2.1.2. Encuesta aplicada a médicos y hospitales.
- 2.1.3. Análisis del Contenido de las Pólizas.

En la siguiente gráfica se puede apreciar como interactúan los componentes del Método propuesto para esta primera etapa:

Etapa I: Estudio Exploratorio y/o cualitativo Método Sistémico para el análisis (ex-post-facto) de una póliza de SGMM.



2.2. Planteamiento del Problema.

El problema que nos hemos propuesto resolver es el siguiente: ¿Cuáles son las variables externas de identificación (edad, sexo, estado civil, antigüedad en el trabajo, nivel de escolaridad y jerarquía en la organización) e internas (percepción, expectativas y necesidades) de los Usuarios actuales o potenciales, Médicos-hospitales y Compañías Aseguradoras que influyen en la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador: Caso del Seguro de Gastos Médicos Mayores en la Ciudad de México?

2.3. Objetivos de la Investigación.

2.3.1. Objetivo General.

Conocer mediante un Modelo Sistémico, las percepciones, expectativas y necesidades de las partes involucradas en el proceso de una Póliza. de Seguros de Gastos Médicos Mayores: usuarios reales y potenciales (consumidores), entidades prestadoras de servicios (hospitales y médicos) y compañías aseguradoras. Así mismo elaborar una propuesta de solución.

2.3.2. Objetivos Específicos.

- a) Colaborar con otras instituciones al profundizar y avanzar en problemas que atañen a la sociedad mexicana.
- b) Establecer las bases para que este y otros problemas que interesan a empresarios pequeños y medianos sean estudiados por parte de quienes hacen investigación en México.
- c) Que las Aseguradoras se sientan apoyadas por los investigadores para que a su vez apoyen a estos, promoviendo procesos de investigación que tanta falta hacen en nuestro país para crear modelos propios.
- d) Obtener información sobre las expectativas que tienen los usuarios, médicos/hospitales y compañías aseguradoras (en los servicios de salud propagada) respecto del negocio que representa el Seguro de Gastos Médicos Mayores.
- e) Elaborar una propuesta integral mediante el Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador: Caso del Seguro de Gastos Médicos Mayores.
- f) Participar en el Concurso al que convoca la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para el año de 1994 y ganarlo.

2.4. Metodología utilizada para el Diseño de los Instrumentos de Investigación (Cuestionarios de las Encuestas).

PASO UNO.

Se discutió entre los miembros del grupo de investigadores, la pertinencia de iniciar nuestras pesquisas a partir de un esquema con referencia a la realidad que prevalece en nuestro país. Se llegó a la conclusión de que nuestra realidad se ve plasmada en el contenido de la póliza que actualmente existe (seleccionando la que consideramos se encuentra más avanzada en el mercado).

PASO DOS.

Utilizando como base la póliza del Seguro de Gastos Médicos Mayores, "más avanzada o más perfeccionada", se obtuvieron definiciones de los elementos o factores que resultan ser componentes importantes para el producto.

PASO TRES.

Los elementos o factores se definieron operacionalmente con el criterio de utilizar solamente "atributos positivos" del producto para llegar a un lenguaje común.

PASO CUATRO.

Se construyeron reactivos en función de lo que definimos como "palabras clave" contenidas en las definiciones, utilizando inclusive sinónimos de las mencionadas palabras clave o también utilizando en algunos casos reactivos en positivo y reactivas en negativo para la misma "palabra clave".

PASO CINCO.

Se anotaron claves numéricas para los reactivos que se construyeron de cada factor o elemento derivado y posteriormente se aleatorizaron dichos reactivos utilizando una tabla de números aleatorios. pero conservando su clave numérica inicial.

PASO SEIS.

Se aplicó el instrumento a una premuestra con la finalidad de realizar algunas "pruebas matemáticas previas" en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) para conocer la confiabilidad y validez del instrumento.

PASO SIETE.

Una vez validado el instrumento, se aplicó a la muestra planeada de empresarios asegurados o potenciales compradores del Seguro en cuestión. También se derivaron reactivos para el diseño del instrumento que se aplicó a los médicos.

PASO OCHO.

Se analizaron los cuestionarios aplicados y se realizó la captura en el paquete estadístico SPSS.

PASO NUEVE.

Se obtuvieron resultados de la muestra en su conjunto y se realizaron tratamientos estadísticos con análisis factorial y regresión múltiple para determinar la cantidad de explicación que se daba para cada una de las variables en estudio.

PASO DIEZ.

Elaboramos un reporte en extenso para los miembros del grupo de investigadores y otro reporte con los detalles de interés para su presentación al director de esta investigación JAVIER CERVANTES A. PH.D. y una vez discutido y analizado a satisfacción por los que integramos el grupo de investigadores, se definió un formato de reporte apropiado para su presentación a la COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

2.5. Selección de la Muestra

La muestra que se obtuvo a juicio de los investigadores que conformamos este grupo, integrando personas que de manera cualitativa y conveniente resultaran representativas de sus organizaciones. Esta muestra se compuso de la siguiente manera:

2.5.1. Por la parte de empresas.

- a) Empresarios Pequeños y Medianos (algunos de ellos alumnos o ex-alumnos o padres de algunos alumnos de la Universidad de las Américas y de la Universidad Latinoamericana)
- b) Maestros y Coordinadores Académicos de estas universidades que adicionalmente a sus funciones en el campus, son dueños, administradores o propietarios de alguna empresa.
- c) Empresarios Diversos que resultaron ser clientes de los bancos del Sistema Financiero Mexicano, en donde algún funcionario amigo nos apoyó para aplicar las encuestas. (Banco del Atlántico y Banco Mexicano)

En esta muestra el total de casos fue de 79 personas.

2.5.2. Por la parte de los Médicos.

Se encuestaron profesionistas de la medicina en tres distintos hospitales de la Ciudad de México: Español, México y ABC. En total se entrevistaron 30 Médicos.

2.5.3. Por la parte de los Hospitales.

Se visitaron para esta investigación los siguientes hospitales:

- a) Ángeles.
- b) Español.
- c) ABC.

2.6. Instrumento Estadístico

Se utilizaron las estadísticas básicas para cada una de las variables involucradas:

- a) Frecuencias y Porcentajes.
- b) Media y Desviación Estándar en las Escalas Intervalares (Likert).
- c) Cruce de Variables Independientes vs Dependientes:
 - ❖ Pruebas de Dependencia.
 - ❖ Porcentajes.
 - ❖ Frecuencias.

Para las variables de Percepción y Expectativas se utilizaron:

a) Análisis Factorial para agrupar y determinar los factores que se obtuvieron al correr el programa.

b) Cruce de las variables dependientes que se obtuvieron con el Análisis Factorial vs las Variables Independientes de la Investigación.

b.1) Variables Independientes

b.1.1.) Datos de la empresa:

- Tamaño de la empresa.
- Giro de la empresa.
- Propiedad y Administración de la empresa.
- Antigüedad de la empresa.
- Experiencia con seguros.

b.1.2.) Datos del Empresario:

- Edad.
- Escolaridad.
- Sexo.
- Estado Civil.
- Número de hijos.

b.1.3.) Datos de los trabajadores:

- Número de trabajadores.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Sindicato.
- Riesgos laborales.
- Experiencia con seguros.

b.2. Médicos:

Se utilizaron los mismos 48 reactivos sólo dando un enfoque a la parte de la atención médica. Las variables de identificación prácticamente fueron iguales.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de este estudio, divididos en tres grandes áreas: Usuarios actuales y/o Potenciales, Entidades prestadoras de Servicios para la recuperación de la salud (médicos y hospitales) y Compañías Aseguradoras.

3.1 Usuarios Actuales y/o Potenciales del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Con el fin de conocer la actitud de los usuarios reales o potenciales frente a la póliza de seguros de gastos médicos mayores, (SGMM), se seleccionó como población objetivo, a los pequeños empresarios de la ciudad de México D.F.

Para adelantar la etapa exploratoria, se elaboró un instrumento con los siguientes conceptos, derivados de las entrevistas preliminares con los pequeños empresarios sobre sus apreciaciones respecto de la póliza en mención.

Los conceptos fueron los siguientes:

1. Consecuencias económicas del riesgo de perder la salud.
2. Conveniencias económicas que representa tener una póliza SGMM.
3. La posibilidad de obtener mejores servicios médicos y tecnología más moderna.
4. La protección que representa la póliza para el empresario y su familia.
5. La edad como requisito para adquirir o renovar la póliza.
6. El cubrimiento geográfico de la póliza.
7. Los costos de la póliza y las facilidades de pago para adquirirla.
8. La unificación de los costos de los servicios médicos.
9. La información de la compañía aseguradora a los usuarios sobre la póliza.
10. El servicio percibido por el usuario de la póliza.
11. Conciencia del riesgo de perder la salud.

Con estos conceptos se elaboraron reactivos en forma de afirmación y para su control se elaboraron reactivos en forma negativa. En total 48 reactivos.

Análisis de resultados

En análisis pretende establecer el grado de aceptación de los tres conceptos. (protección, costos y conveniencia), de la póliza por parte de los empresarios. Para simplificar el proceso, se cruzan las tres variables dependientes con las principales variables independientes.

Análisis de las variables independientes.

Se fijaron 15 conceptos, de los cuales 9 hacen referencia al empresario y 6 a su equipo directivo. Las principales variables independientes se analizan a continuación:

a) Tipo de administración.

Los administradores representan un 42%, los propietarios en un 36.7% y los gerentes un 21.5% de los empresarios entrevistados..

b) Antigüedad en el cargo

El 83.5% de los empresarios entrevistados tienen menos de 5 años en el cargo y el 12.7% tiene entre 5 y 10 años de antigüedad en el cargo..

c) Escolaridad.

Los empresarios con licenciatura representan el 55.7% y los empresarios con postgrado representan el 38%.

d) Profesión.

La mayoría de los empresarios pertenecen a dos profesiones: Contadores con 27.8% y Administradores de empresa con el 30.4%. El restante porcentaje se distribuye entre once diferentes profesiones.

e) Edad.

Los empresarios cuya edad está entre 30 y 40 años representan el 27.8%

Los empresarias cuya edad está entre 40 y 50 años representan el 35.4%

Los empresarios cuya edad está entre 50 y 60 años representan el 16.5%

Los empresarios cuya edad es mayor de 60 años representan el 20.3%

f) Estado civil.

Empresarios solteros. 32.9%, empresarios casados 63.3% y empresarios divorciados 2.5% y el porcentaje de viudos es 1.3%.

g) Sexo.

Empresarios 69.6% y empresarias 30.4%

h) Número de hijos.

Sin hijos el 36.7%, con un hijo el 17.7%, con dos hijos el 36.7%, con tres hijos el 7.6% y con cuatro hijos el 1.3%.

i) Experiencia con seguros.

Ninguna experiencia, 45.6%

Experiencia con seguro individual, 41.8%

Experiencia con seguro colectivo, 2.5%

Experiencia con seguro de grupo, 5.1%

j) Ejecutivos.

Aproximadamente el 50% de los empresarios no cuenta con equipo directivo.

k) Ejecutivos afiliados a algún tipo de seguro.

El 70.9% de los ejecutivos no cuenta con seguro social.

El 81 % de los ejecutivos no cuenta con póliza de gastos médicos mayores.

El 93.7% de los ejecutivos no cuenta con otros tipos de seguros.

Análisis de las variables dependientes

Se aplicó el análisis factorial a 79 casos para identificar los principales conceptos o percepciones del usuario real o potencial de la póliza SGMM.

Se obtuvieron 7 factores con carga significativa por lo que se requería hacer rotación de ejes para reducir la complejidad múltiple. Sin embargo el proceso de rotación falló *en la* iteración 24, por lo tanto fue necesario suprimir 28 variables que registraron más del 10% de respuestas indecisas.

Con las 20 variables restantes se logró rotación de ejes en la iteración número 9 y una confiabilidad por factor superior al 80%, lo cual es aceptable.

Los tres primeros factores explicaron el 53% de la varianza, por lo tanto se toman solamente tres macro conceptos para resumir las percepciones de los empresarios respecto de la póliza.

En el primer factor se agruparon los siguientes conceptos:

- a) La póliza representa protección efectiva al permitir el acceso a buenas instituciones, buenos médicos y buena tecnología.
- b) La póliza protege a toda la familia.
- c) La póliza protege dentro y fuera del país.
- d) La póliza protege sin límite de edad.
- e) La póliza es la mejor protección frente al riesgo de perder la salud. Este factor se denomina protección.

En el segundo factor se agruparon los siguientes conceptos:

- a) Los costos de la póliza se pueden reducir mediante la estandarización de los costos de los servicios médicos.
- b) Los costos de una enfermedad, desequilibran el presupuesto.
- c) Los costos de enfermedad y se deben incluir en el presupuesto. Este factor se denominó costos.

En el tercer factor se agruparon los siguientes conceptos:

- a) El seguro de salud conviene a toda la familia.
- b) Conviene asegurarse inmediatamente.

Este factor se denominó conveniencia.

De esta forma se obtienen tres variables dependientes, medidas *en* forma intervalar según la escala de Likert siguiente:

- 1. Total desacuerdo
- 2. Parcial desacuerdo.
- 3. Indeciso.
- 4. Parcial acuerdo.
- 5. Total acuerdo.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza de seguros de gastos médicos mayores, (SGMM), por parte de los empresarios según *e/* tipo de administración

PROPIETARIO	GERENTE	ADMINISTRADOR
-------------	---------	---------------

	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Protección	90%	10%	100%	0	92%	8%
Costos	86%	14%	65%	35%	61%	39%
Conveniencia	59%	61%	76%	24%	78%	22%

La percepción de protección es ampliamente compartida por los empresarios, entre un 90% y un 100%. Los gerentes están más convencidos de este aspecto.

En cuanto a la importancia de la póliza para atenuar los efectos de los costos de los riesgos de salud, los propietarios son los más convencidos. Los gerentes y los administradores comparten la idea en menor proporción.

La conveniencia de la póliza es percibida en buena medida por los gerentes y los administradores, pero los propietarios tienen serias reservas al respecto.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM por parte de los empresarios según su edad.

Empresarios	PROTECCIÓN		COSTOS		CONVENIENCIA	
	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
De 30 a 40 años	95%	5%	68%	32%	59%	41%
De 40 a 50 años	100%	0%	82%	18%	75%	25%
De 50 a 60 años	100%	0%	69%	31%	54%	46%
Más de 60 años	20%	80%	56%	44%	44%	56%

La percepción de protección que ofrece la póliza es ampliamente compartida por los empresarios hasta los sesenta años, a partir de esa edad su interés por la protección que le pueda ofrecer la póliza decae verticalmente.

La percepción de los beneficios de la póliza en cuanto a los costos asociados con el riesgo de perder la salud, es máxima para los empresarios cuya edad esta entre los 40 y los 50 años y notablemente más baja para empresarios dentro de otros rangos de edad.

La conveniencia de la póliza guarda el mismo comportamiento que la percepción de los beneficios de la póliza respecto de los costos.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM, por parte de los empresarios según su estado civil.

	PROTECCIÓN		COSTOS		CONVENIENCIA	
	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Soltero	96%	4%	73%	27%	62%	38%
Casado	92%	8%	70%	30%	60%	40%
Viudo	100%	0%	100%	0%	50%	50%
Divorciado	100%	0%	0%	100%	100%	0%

Prácticamente la necesidad de protección es experimentada por los empresarios sin importar su estado civil. La opinión es favorable al concepto de protección entre un 92% y un 100%.

Los beneficios de la póliza como moderadora de los traumas por conceptos de costos de cualquier riesgo de salud, son percibidos al 100% por los empresarios viudos, pero en proporción notablemente menor por los empresarios casados o solteros, 70% y 73% respectivamente.

Extrañamente los empresarios divorciados no perciben dicho beneficio.

En cuanto a la conveniencia de la póliza, hay una aparente paradoja, ya que los empresarios opinan en forma inversa a su nivel de percepción sobre los beneficios de la póliza respecto de los costos.

Los empresarios solteros y casados guardan posición relativa en cuanto a su apreciación frente a los costos y la conveniencia de la póliza. Se diría que es moderadamente aceptada.

Los empresarios divorciados estiman la conveniencia de la póliza un 100%, los solteros en un 62%, los casados en un 60% y los viudos en un 50%

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM por los empresarios según su experiencia con pólizas de seguros.

	PROTECCIÓN		COSTOS		CONVENIENCIA	
	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Ninguna experiencia	94%	6%	72%	28%	69%	31%
Seguro individual	97%	3%	73%	27%	52%	48%
Seguro Colectivo	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Seguro de Grupo	50%	50%	50%	50%	25%	75%
Seguro Individ.. y Grupo	100%	0%	67%	33%	67%	33%
Indiv. colect, y grupo	100%	0%	0%	100%	100%	0%

Con excepción de la experiencia con seguros de grupos, los empresarios que han tenido experiencia con pólizas de seguros, estiman que la protección es importante.

No obstante los empresarios que no han tenido ninguna experiencia aprecian la protección de una póliza en el 94%, lo cual significa que todos los empresarios perciben la importancia de la protección aunque no hayan tenido experiencia con seguros.

En cuanto a la percepción de los costos asociados con la póliza, solamente los que han tenido seguro colectivo están plenamente de acuerdo con la ventaja de obtener una póliza para manejar adecuadamente los costos de los riesgos de salud.

La conveniencia de una póliza es percibida por los empresarios que han tenido seguro colectivo y se nota la misma percepción de los empresarios sobre los beneficios de la póliza en cuanto a los costos del riesgo y la conveniencia de adquirirla.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM por parte de los empresarios según los ingresos de sus ejecutivos.

	PROTECCIÓN		COSTOS		CONVENIENCIA	
	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Menos de N\$ 2000	88%	12%	69%	31%	55%	45%
N\$ 2000 A N\$ 4000	100%	0%	86%	14%	57%	43%
N\$ 4000 A N\$ 6000	100%	0%	50%	50%	67%	33%
N\$ 6000 A N\$ 8000	100%	0%	75%	25%	50%	50%
MAS DE N\$ 6000	100%	0%	75%	25%	81%	19%

Los empresarios cuyos ejecutivos ganan más de N\$ 2,000 estiman que la protección es importante. Los conceptos de costos y conveniencia no parecen tener relación con los niveles salariales de los ejecutivos.

Son significativos los márgenes de desacuerdo o indecisión por parte de los ejecutivos en cuanto a los costos de la póliza y su conveniencia, es decir los empresarios que tienen equipo de ejecutivos no perciben los beneficios que aporta la póliza SGMM en la reducción de costos y la conveniencia de adquirirla.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM por parte de los empresarios con ejecutivos afiliados al seguro social

	PROTECCIÓN		COSTOS		CONVENIENCIA	
	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Ningún ejecutivo afiliado	95%	5%	50%	50%	57%	47%
1 ó 2 ejecutivos afiliados	50%	50%	80%	20%	60%	40%
2 ó 4 ejecutivos afiliados	100%	0%	75%	25%	75%	25%
4 ó 6 ejecutivos afiliados	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Más de 6 ejecutivos afiliados	82%	18%	73%	27%	55%	45%

Los empresarios que no tienen ejecutivos a cargo perciben a protección de a póliza en un 95%, los empresarios que tienen 1 o 2 ejecutivos a cargo comparte el percepción de protección en un 50% y se incrementa la percepción al 100% a medida que aumentan los ejecutivos a cargo del empresario.

La utilidad de la póliza frente a los costos que generan los riesgos de salud, es percibida en forma baja por los empresarios sin ejecutivos y se incrementa con el número de éstos hasta llegar a un 100%.

La conveniencia se comporta en forma parecida a la percepción de la utilidad de la póliza frente a los costos.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM por parte de los empresarios con ejecutivos afiliados al seguro de gastos médicos mayores, (SGMM).

	PROTECCIÓN		COSTOS		CONVENIENCIA	
	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Ningún ejecutivo afiliado	95%	5%	69%	31%	44%	56%
1 o 2 ejecutivos afiliados	100%	0%	80%	20%	100%	0%
2 o 4 ejecutivos afiliados	100%	0%	67%	33%	50%	50%
4 o 6 ejecutivos afiliados						
Más de 6 ejecutivos afiliados	100%	0%	100%	0%		25%

La percepción de los beneficios de la póliza por parte de los empresarios es muy alta. (100%), aunque no tengan ejecutivos a cargo asegurados con una póliza de gastos médicos mayores.

Los empresarios que tienen ejecutivos asegurados con póliza de gastos médicos mayores no comparten plenamente la opinión de la bondad de la misma frente a los posibles costos del riesgo y lo mismo en cuanto a su conveniencia.

Percepción de protección, costos y conveniencia de la póliza SGMM por parte de los empresarios con ejecutivos afiliados a otro tipo de seguro.

PROTECCIÓN	COSTOS	CONVENIENCIA
------------	--------	--------------

	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso	Acuerdo parcial o total	Desacuerdo o indeciso
Ningún ejecutivo afiliado	93%	7%	73%	27%	59%	41%
1 ó 2 ejecutivos afiliados	100%	0%	0%	100%	100%	0%
2 ó 4 ejecutivos afiliados	100%	0%	50%	50%	50%	50%
4 ó 6 ejecutivos afiliados						
Más de 6 ejecutivos afiliados	100%	0%	100%	0%	100%	0%

Los empresarios perciben la utilidad de la póliza como un factor de protección sin importar el número de ejecutivos afiliados a otro tipo de seguros.

La percepción de la utilidad de la póliza para hacer frente a los costos de los riesgos de salud no es clara, para los empresarios y la conveniencia oscila desde un 50% hasta un 100%, sin que se pueda establecer algún tipo de asociación de tipo exploratorio.

Conclusión de la investigación exploración a los empresarios.

Los empresarios son sensibles a ante el riesgo y su gran mayoría son conscientes de la necesidad de protegerse contra el riesgo de perder la salud por medio de una póliza SGMM no solamente en su persona sino en su familia. De otra parte quieren que a póliza los ampare dentro y fuera del país y tal protección tenga lugar sin límite de edad. Esta opinión es compartida por el 94% de los empresarios.

Las consecuencias económicas del riesgo son manejables con una póliza SGMM según la opinión del 70.9% de los empresarios.

Los empresarios que estiman conveniente la adquisición de una póliza de seguros médicos mayores solamente llegan al 60.8% de los entrevistados.

Una recomendación inmediata es la mejora del proceso de comunicación entre las empresas de seguros y los clientes reales o potenciales, *ya* que en su mayoría mostraron grandes reservas en cuanto a la certeza de los beneficios que las pólizas ofrecen. Incluso hubo comentarios sobre las dificultades que tienen los derechohabientes para lograr que se les pague una reclamación.

Por lo demás, los tres factores detectados como las percepciones definitivas para adquirir una póliza de seguro de gastos médicos mayores, son bastante elocuentes para guiar el contenido de la póliza y la atención del usuario.

Sugerencias

Para la aplicación total de modelo sugerimos aplicar la etapa II del método sistémico de investigación propuesto, con el fin de minimizar los efectos negativos de los puntos críticos indicados en el modelo sistémico de la propuesta.

Se está viviendo un momento propicio para realizar este estudio y dar propuestas que satisfagan a todas las partes involucradas en el proceso de dotar a la sociedad de una póliza altamente conveniente para su protección en el campo de la salud.

3.2. Entidades Prestadoras de Servicios para la Recuperación de la Salud (Médicos y Hospitales).

En total se encuestaron a 30 médicos de varios de los hospitales privados de la ciudad de México, en donde se encontraron los siguientes resultados:

3.2.1. VARIABLES DE IDENTIFICACION DE LOS ENCUESTADOS:

- El 90 por ciento (27 de 30) de los encuestados son médicos con especialidad y el 10 por ciento son médicos generales.
- El 63 % son médicos que trabajan en hospitales privados, el 30 % en ambos y el 7 % restante trabaja solo en hospitales públicos.
- El 90 % de los encuestados tienen más de dos años de estar trabajando en los hospitales de donde se localizaron para la encuesta.
- El 87 % de los encuestados son mayores de 31 años de edad.

3.2.2. VARIABLE DE EXPERIENCIA CON SEGUROS:

- El 96.7 % (29 médicos) de los encuestados han tenido experiencias con pacientes asegurados.

3.2.3 VARIABLES DE EXPLORACION DE LOS MEDICOS HACIA LOS SEGUROS:

- Tan solo un 10 % de los encuestados estuvo de acuerdo que los médicos cobraban más cuando se enteraban que el paciente tenía seguro de gastos médicos. Lo que nos quiere decir que en esta muestra de carácter exploratorio, los médicos cobran por sus honorarios lo mismo a pacientes asegurados que aquellos que no lo son.
- El 90 % de los encuestados están de acuerdo de que las compañías de seguros deben capacitar a los usuarios reales y potenciales sobre las ventajas de tener una póliza de seguros de salud.
- El 72 % de los encuestados están en acuerdo de que una póliza de seguros no evita las consecuencias económicas de un riesgo en salud.
- El 73 % de los encuestados están de acuerdo que una póliza de seguros de salud da la posibilidad del asegurado de tener acceso a buenas instituciones de salud.
- El 93 % de los encuestados están de acuerdo que las pólizas de seguros en salud deben tener cobertura dentro y fuera del país.
- El 83 % de los encuestados manifestaron que la Póliza de Seguros de Gastos Médicos Mayores, no es segura si cubre parcialmente los riesgos.
- El 69 % de los encuestados manifestaron que las compañías de seguros pueden moderar los costos de atención médica y hospitalización, mediante tarifas estándar. Vemos que el porcentaje no es tan alto como en las otras variables analizadas lo que nos refleja un 21 % de los encuestados que están en desacuerdo de que las compañías fijen estándares y nos encontramos con 10 por ciento de la muestra que está indecisa ante este cuestionamiento.
- El 96.7 % de los encuestados están de acuerdo en que no hay suficiente información sobre la utilidad de los seguros.
- El 66.7 % están de acuerdo que la letra pequeña de las pólizas es una restricción.
- El 73 % de los encuestados están en desacuerdo ante el cuestionamiento de que la póliza es útil si se cuenta con un médico amigo.
- El 60 % de los encuestados están de acuerdo que trabajar con pacientes asegurados hace que el pago por sus servicios se efectuó de manera muy retrasada.
- El 64.3 % de los encuestados están de acuerdo que las tarifas fijadas por las compañías de seguros limitan el precio real de los servicios realizados por los médicos.
- El 66.7 % de los encuestados están en desacuerdo ante el cuestionamiento de que si de ellos dependiera, no trabajarían con pacientes asegurados. Esto nos refleja que en este porcentaje de la muestra si están de acuerdo en trabajar con pacientes asegurados. El 33.3% restante se encuentran entre los médicos que no están de acuerdo o permanecen indecisos, lo cual nos parece un porcentaje considerable.
- Ante el cuestionamiento de si los procedimientos quirúrgicos que pagan las aseguradoras son los más adecuados, hubo un equilibrio entre las posibilidades positivas, negativas y neutrales, lo cual nos refleja un punto de difícil evaluación por parte de los encuestados.

- El 73.4 % de los encuestados si están de acuerdo en recibir capacitación sobre el manejo de las pólizas de gastos médicos. Es un reflejo del interés del médico por entender más este medio de canalización de pacientes.
- El 83.4 % de los encuestados están de acuerdo de que los médicos se deben capacitar en el manejo (conocimiento) de las pólizas de gastos médicos.
- El 83.4 % de los encuestados estén de acuerdo en participar en un Foro para la elaboración de un manual de procedimientos quirúrgicos, con costos reales y justos que se manejarán a nivel nacional.
- El 73.3 % de los encuestados están de acuerdo que las Pólizas de Gastos Médicos no son tan conocidas por los médicos.
- El 83.4 % de los encuestados están de acuerdo que las pólizas no son muy conocidas por las personas.

Tabla de Resultados del comportamiento descriptivo de las variables de exploración aplicadas a los Médicos:

Descripción	De Acuerdo	En Desacuerdo
Experiencia	96.70%	3.3.%
Cobran más	10.00%	90.00%
Capacitación a los usuarios	90.00%	10.00%
Capacitación a los Médicos	83.40%	16.60%
Participar en Foro	83.40%	16.60%
Son conocidas por los médicos.	26.70%	73.30%
Son conocidas por las personas.	16.60%	83.40%
Hay información de Seguros.	3.30%	96.70%
Cobertura dentro y fuera del país.	93.00%	7.00%
No es segura si cubre parcialmente los riesgos.	83.00%	17.00%
Útil con médico amigo.	17.00%	73.00%
Pago retrasado por los servicios.	60.00%	40.00%

3.2.4 Cuestionamientos Negativos de los Médicos hacia los Seguros.

Los médicos tienen algunos cuestionamientos negativos sobre los seguros, los cuales se mencionan a continuación como parte de los resultados de esta encuesta:

- Las pólizas no deben tener coberturas parciales o limitativas.
- No hay suficiente información sobre la utilidad (beneficios) de las pólizas de los seguros.
- La letra pequeña de las pólizas es considerada como una restricción.
- Un gran porcentaje de los encuestados (médicos) consideran que el pago de sus honorarios, que corresponden a los servicios prestados a sus pacientes asegurados, se realizan de manera extemporánea por parte de las compañías aseguradoras.
- Se encontró que existe un gran porcentaje de encuestados que perciben que las compañías aseguradoras establecen los honorarios de los médicos con topes que no son los más adecuados al mercado. Opinan que, si de ellos dependiera, no darían el servicio a los pacientes asegurados. De lo anteriormente manifestado, se puede concluir que hay un grupo considerable de médicos que desconocen el funcionamiento de las pólizas de seguros o que han tenido "experiencias negativas" con las compañías aseguradoras al atender pacientes asegurados.

Exploración hospitalaria

Se visitaron tres hospitales privados, el ABC, Ángeles y Español, dentro del área metropolitana y los siguientes fueron algunos conceptos obtenidos.

- a) Los hospitales consideran que tienen muy buenas relaciones con las agencias de seguros y que la demanda de servicio por parte de personas aseguradas esta entre 25 y 30% de sus clientes.
- b) Las compañías de seguros de México están ganando un medio muy importante para la venta de seguros de salud, al canalizar a sus clientes hacia los hospitales.
- c) Los hospitales están dispuestos a colaborar con las instituciones de salud para lograr el bienestar de las partes involucradas en este servicio

Análisis comparativo de los resultados obtenidos en el estudio exploratorio a Médicos y Usuarios de la póliza SGMM

Conceptos

1. "Las aseguradoras deben capacitar a los usuarios activos o potenciales sobre las ventajas de tener una póliza de seguros SGMM".
 - a) Médicos: El 90% de los encuestados está de acuerdo en que las compañías deben ejercer esa labor de capacitación.

- b) Empresarios: 87.4% de los usuarios está de acuerdo con a importancia de a capacitación para adquirir una póliza de seguros de gastos médicos mayores.
- 2. "Una póliza de seguros no evita las consecuencias económicas de un riesgo de salud".
 - a) Médicos: El 72% considera que la póliza no evita las consecuencias económicas indeseables de un riesgo de salud.
 - b) Empresarios. El 65.8% considera que la póliza no evita las consecuencias del riesgo de salud.
- 3. "La póliza de gastos médicos mayores ofrece a posibilidad de tener acceso a "buenas" instituciones de salud".
 - a) Médicos. el 73% está de acuerdo con el concepto.
 - b) Empresarios. El 93.6% opina que esto es verdad.
- 4. "La póliza debe cubrir los riesgos dentro y fuera del país".
 - a) Médicos. El 93% está de acuerdo con el concepto.
 - b) Empresarios. El 93.7 de los entrevistados está de acuerdo con el concepto.
- 5. "La póliza que cubre parcialmente los riesgos no es segura".
 - a) Médicos. El 83% opina que en tales circunstancias la póliza no es segura.
 - b) Empresarios. El 70.9% Opina que no sería seguro este tipo de póliza.
- 6. "No hay suficiente información sobre la utilidad del seguro".
 - a). Médicos. 96.7% de los encuestados esta de acuerdo
 - b) Empresarios. 87.3% opina que no hay suficiente información.
- 7. "Me parece que los médicos cobran mis cuando uno esta asegurado".
 - a) Médicos. El 90% estuvo en desacuerdo con esta afirmación.
 - b) Empresarios. el 74.7% no esta de acuerdo con esta afirmación.
- 8. "La letra menuda de las pólizas me parece una restricción para su compra".
 - a) Médicos. El 66.7% están de acuerdo con la afirmación.
 - b) Empresarios. El 73.4% comparten la opinión de los médicos.
- 9. "La póliza es útil si se tienen amigos médicos."
 - a) Médicos. El 73% esta en desacuerdo.
 - b) Empresarios. El 74.8% esta de acuerdo con esta opinión.
- 10. "Las compañías de seguros pueden moderar los costos de la atención medica y hospitalización, mediante tarifas estándar."
 - a) Médicos. El 69% están de acuerdo.
 - b) empresarios. El 70.8% están de acuerdo.

Conclusión del análisis comparativo de la opinión entre médicos y empresarios.

La exploración de opinión ha demostrado gran convergencia de opinión entre médicos y empresarios.

En su mayoría comparten la opinión sobre los costos de la póliza, la necesidad de tener mayor información e incluso capacitación para saber utilizar a póliza.

De los 10 conceptos analizados solamente el que se refiere a la posibilidad de recibir mejor atención si el médico es amigo, (esto por obvias razones fue impugnado por los médicos), nueve de ellos coinciden en sus apreciaciones y recomendaciones.

3.3 Compañías Aseguradoras.

Presentamos los resultados que se obtuvieron al indagar sobre la situación actual de los contenidos de las pólizas del SGMM en nuestro país y otros países con el fin de compararlos, he aquí los hallazgos:

3.3.1. Estudio de los Sistemas de Salud en algunos países del Mundo.

Cuando nos propusimos realizar esta investigación los miembros del grupo de trabajo nos cuestionábamos a nosotros mismos. ¿Cómo son los diferentes países que hay en el mundo respecto de los servicios de salud?

Entonces nos abocamos a dar una respuesta a nuestra propia inquietud. Consultamos diferentes fuentes y de esta manera nos encontramos con una interesante tabla que publicó: Swiss Reinsurance Company en la cual aparecían cuatro importantes economías del mundo relacionando el tipo de Sistema de Salud con que cuentan en su país, de la siguiente manera:

- ◆ *Estados Unidos de Norteamérica. Con un Sistema de Salud 100% privada.*
- ◆ *Chile. Su Sistema de Salud se puede considerar en un 80% privado y 20% público.*
- ◆ *Canadá Con un Sistema de Salud 80 % público y 20% privado.*
- ◆ *Gran Bretaña. Su Sistema (de Salud se puede considerar 100% público.*

Como resultado de nuestra indagación se pudo rediseñar el esquema y agregar a esta tabla un CONTINUUM en donde se pueden apreciar los países que nos proporcionaron información sobre este tema y de manera complementaria nos enviaron la información relativa a sus pólizas de Seguros de Gastos Médicos Mayores.

Los países que se agregan a esta tabla son los que a continuación se mencionan:

- *Dinamarca. País que posee ambos enfoques en su Sistema de Salud.*
- *Colombia. Que maneja una mezcla aproximada de 70% público y 30% privado.*
- *México. Cuyo sistema se puede ubicar en el 75% público y el 25% privado.*

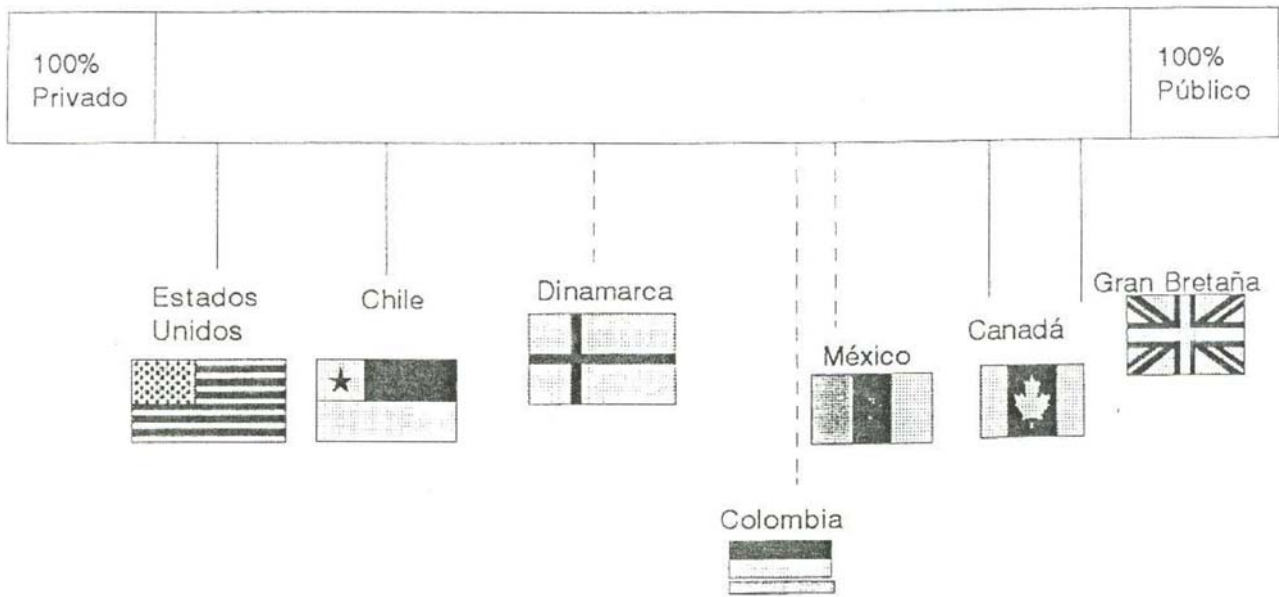
En la siguiente tabla se pueden apreciar las ubicaciones de los enfoques que siguen los países que aportaron información para este estudio. Se utilizan dos variables, a saber:

Variable 1. Enfoque Público del Sistema de Salud.

Variable 2. Enfoque Privado del Sistema de Salud.

La línea continua indica que se utilizó información de la fuente citada y la línea punteada significa que se utiliza información recabada por el grupo de investigadores de la DEPI/UNAM, quienes realizaron esta investigación:

Continuum de los sistemas de salud en el mundo



———— Fuente: Swiss Reinsurance Company

----- Países que se agregan a este continuum como parte de la indagación hecha por el grupo de investigadores.

3.3.2. Estudio comparativo del contenido de las Pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores (individual/familiar) en diferentes países.

Con la firme intención de realizar un estudio sistémico, se presenta en seguida un cuadro comparativo con las principales características de las diferentes pólizas que prevalecen en el mercado de los Seguros de Gastos Médicos Mayores en los países que respondieron a nuestra petición de información.

La petición se realizó a distintas embajadas en la Ciudad de México, como parte de una entrevista al agregado comercial o al embajador directamente. Los países que se incluyen son

los que respondieron en tiempo, sin embargo, conviene aclarar que no necesariamente coinciden los niveles de las pólizas que se obtuvieron:

Cuadro Analítico sobre el Contenido de las Pólizas del SGMM en diferentes países.

Característica/*país	México	Estados Unidos	Dinamarca	Colombia
Aseguradora	Grupo Nacional Provincial	The Prudential Insurance Company	International Health Insurance Danmark	Colseguros
Nombre de la Póliza	Línea Azul Hospitalaria	Prudential Health Care Plan	Premier 1 (Premier Health)	Póliza Blanca Mayor.
Importe de la Suma Asegurada	Premier \$138,800.00 Dlls Uscy. Por Póliza/año.	Asegura la cobertura total de varios servicios médicos.	Por póliza por año. \$300,000.00 Dlls Uscy	\$ 22,222.22 Dlls Uscy.
Elección de Asegurados.	desde el nacimiento hasta 64 años.	Tendrá que ser aprobado médicamente. No hay límite de edad.	Desde el nacimiento hasta 75 años.	Desde 10 días de nacido hasta 70 años de edad.
Costo de la Póliza.	Hombre 30 años \$375.00US	El costo está en función del plan.	Hombre 30 años. \$1,680.00	\$ 444.44 USCY
Deducible	\$695.00 Us	No existen.	\$ 250.00	\$1,611 Uscy promedio.
Coaseguro.	10%	Existen diferentes cuotas en función del servicio requerido.	No aplican	No existe
Edad Límite	64 años. Se aceptan de 65-69 solo renovaciones.	A cualquier edad.	75 años. Pero una vez aceptados, hasta la muerte.	No existe edad límite, el costo se incrementa cuando el asegurado tiene mayor edad

<p>Exclusiones</p>	<p>Servicio de acompañantes, barbería, aparatos o servicios para la comodidad, tratamientos estéticos y de calvicie, dietéticos y de obesidad, partos, control de natalidad, miopía, padecimientos preexistentes, malformaciones, estrabismo, aparatos ortopédicos y prótesis, alteraciones del sueño y de la conducta, depresión, acupuntura, quiroprácticos, intentos de suicidio, accidentes a consecuencia del alcoholismo, servicio militar, práctica profesional de cualquier deporte, lesiones en práctica amateur u ocasional de cualquier deporte peligroso.</p>	<p>Servicio de custodia y de ama de llaves, procedimientos experimentales, inseminación artificial, reparación y mantenimiento de equipo médico, cuidados derivados de una enfermedad o evento no cubierto, terapias de recuperación largas. Se realizan servicios limitados en los siguientes casos: Cirugía Estética, Equipo médico y prótesis se cubre hasta 7500.00 Usye por año, trasplante de órganos no experimental se cubre al 80%, enfermería especializada se cubre por los primeros 60 días, con un máximo de 90 días por año y 270 por toda vida.</p>	<p>Tratamientos residenciales o de largo plazo, cirugía estética elegible, tratamiento de enfermedades venereas, SIDA, tratamientos derivados del abuso del alcohol o drogas ilegales y medicinas, intentos de suicidio o autodestrucción, medicina anticonceptiva, tratamientos sobre fertilidad o sobre control natal, exámenes médicos de rutina, tratamiento derivado del servicio militar o de actos de guerra o de reacciones nucleares, tratamiento proporcionado por el asegurado a su esposa o parientes, epidemias, psicología, neuropatías, medicina alternativa.</p>	<p>Tratamientos elegibles. Enfermedades congénitas, padecimientos pre-existentes al inicio del contrato. Las personas menores de 60 años deben llenar un certificado de asegurabilidad. Las personas mayores de 60 años deben practicarse un examen médico. Tratamientos que se llegaran a derivar del abuso en el consumo de alcohol, drogas, medicamentos ilegales. Intentos de suicidio.</p>
--------------------	---	--	--	---

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de la Etapa 1 de la investigación, denominada: Estudio Exploratorio y/o Cualitativo del Método Sistémico para el Análisis (ex-post-facto) de una Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores, nos permitió obtener resultados suficientes para la justificación del desarrollo y ejecución de la Etapa H de este método.

Así mismo, dar solución a cada uno de los Puntos Críticos mencionados en el Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador: El Caso del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Los empresarios que formaron parte del presente trabajo, con su colaboración nos permitieron conocer un punto de vista más sólido con relación a su confiabilidad, comparados con los mismos puntos o variables de análisis en los médicos:

- ❖ **PERCEPCIÓN.** El empresario tiene una percepción de los Seguros de Gastos Médicos Mayores concentrada en los siguientes puntos:
 1. Protección. Para los propietarios, gerentes y administradores una póliza debe tener como fin primordial la protección, con una coincidencia por arriba del 90% de los encuestados.
 2. Costos. Los empresarios consideran la póliza como un medio para atenuar los efectos de los costos eventuales derivados de los riesgos de salud. También indican que para ellos es importante el importe que se paga por la póliza.
 3. Conveniencia. Los empresarios sienten que es conveniente estar asegurado. Una proporción considerable de los encuestados está de acuerdo en que es mejor estar asegurado contra los riesgos de salud.

En resumen, la agrupación de factores que se obtuvo al correr el programa SPSS con los datos de nuestras encuestas, nos permiten afirmar que la percepción de los empresarios hacia los seguros es muy positiva. A reserva del cruzamiento de cada uno de estos factores con las variables independientes analizadas en el capítulo 3 de esta investigación.

Por su parte, se pudo observar en los médicos con un gran margen de confiabilidad no estadística, similitud al comparar sus respuestas con las de los empresarios, por lo cual también se pudo explorar la existencia de una percepción positiva hacia los seguros como un nuevo medio para atender pacientes e incrementar la demanda por sus servicios de manera particular o intrahospitalaria.

Si analizamos dos de las tres partes mencionadas en nuestro Modelo Sistémico, éstas (médicos y usuarios) demostraron cierto interés por el tema de los seguros. Esto nos hace pensar que se deben integrar en un estudio cuantitativo y descriptivo a las tres partes que constituyen: El proceso para el logro del bienestar de las partes involucradas en nuestro Modelo Sistémico

Los hospitales explorados mencionaron una buena percepción hacia las Entidades Aseguradoras y dos de los tres hospitales (ABC y Ángeles) visitados, manifestaron tener buenos tratos con las instituciones de seguros, ya que las consideran como un medio importante para incrementar la demanda hospitalaria de manera inmediata y mediata.

Se está viviendo un momento propicio para realizar la Segunda Etapa de este Estudio y dar propuestas que satisfagan a todas las partes involucradas en el proceso de dotar a la sociedad de una Póliza en la cual prevalezca la conveniencia de la protección en el campo de la salud.

Para la aplicación total del Modelo sugerimos aplicar la mencionada Etapa II del Método Sistémico de Investigación propuesto con el fin de minimizar los efectos negativos de los puntos críticos indicados en el modelo sistémico de la propuesta.

Por otro lado, consideramos que en función de los hallazgos reportados en el Continuum de los Sistemas de Salud en el Mundo, contamos en nuestro país con un sistema de salud que inicia un cambio de público hacia privado, lo cual plantea mayores posibilidades de negocio para las empresas aseguradoras que se especialicen en nichos específicos para colocar estos productos.

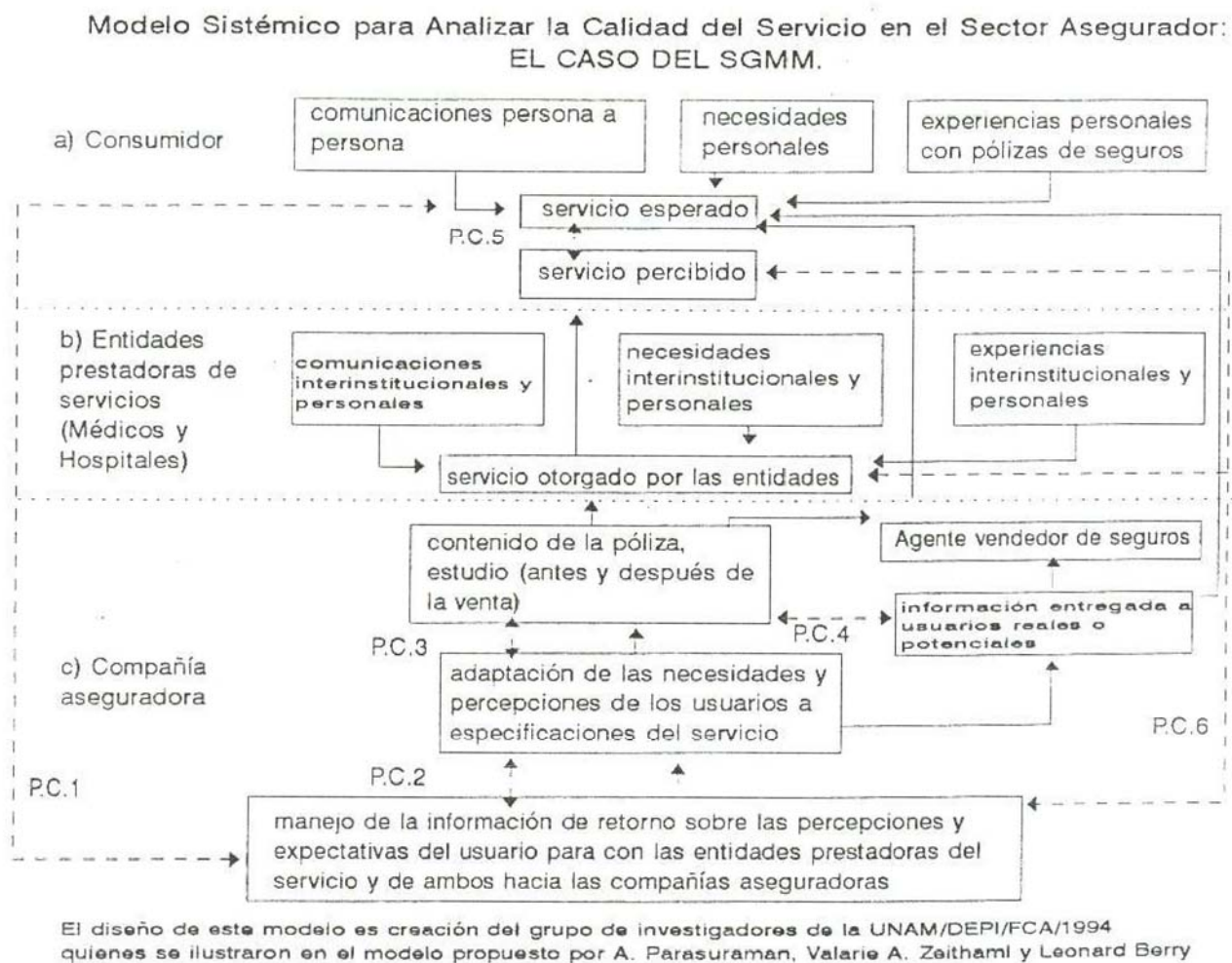
Creemos que el Modelo Sistémico para Analizar la Calidad de los Servicios en el Sector Asegurador, tal como lo demostramos en el caso de los Seguros de Gastos Médicos Mayores, se puede aplicar a cualquiera de los tipos de seguros que se ofrecen en el mercado mexicano, lo cual hace de este modelo una herramienta de uso práctico al investigar o analizar dichos productos.

Exhortamos a otros investigadores a continuar este proceso hasta alcanzar el desarrollo de otros modelos y paradigmas nuevos hacia la mejora de procesos.

5. PROPUESTA.

El punto medular de nuestra proposición se ubica en la ejecución del Modelo Sistémico para Analizar la Calidad del Servicio en el Sector Asegurador Mexicano: El Caso del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Esta es la propuesta con la que nos acercamos, este grupo de investigadores a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y constituye un desarrollo de nueva creación por los autores de este trabajo:



Para la ejecución de este Modelo es primordial desarrollar la Etapa II del Método Sistémico para el Análisis (ex post facto) de una Póliza de Seguros de Gastos Médicos Mayores. En este estudio, al realizar la Etapa I que nos propusimos, encontramos resultados que evidencian y justifican el esfuerzo para Desarrollar la Etapa II ya que es viable y promete resultados de mayor utilidad para el Sector de Seguros en México.

Etapa II. Estudio Descriptivo y/o Predictivo

Método Sistémico para el análisis (ex-post-facto) de una Póliza de SGMM.

Usuario (Cliente)	Cías. Aseguradoras	Médicos y Hospitales
* Real (asegurado)	- Instrumento:	- Instrumento
* Potencial (no asegurado)	Cuantitativo:	cuantitativo:
- Instrumento:	Encuestas con censo	Encuestas con censo
Encuestas con un gran margen de representatividad de los usuarios reales o potenciales del servicio.	o muestra con gran margen de representatividad de las entidades que ofrecen o no ofrecen el servicio y los agentes de venta de la póliza.	o muestra con gran margen de representatividad de los hospitales y los médicos que ofrecen o que no ofrecen el servicio de atención a pacientes asegurados.

BIBLIOGRAFÍA.

1. L Ashby, W. Ross. "VIEWS ON GENERAL SYSTEM THEORY", Editorial John Wiley And Sons, Inc., New York, USA. 1964. pp. 166.
2. Asociación Mexicana de Actuarios en las Memorias de la Semana del Seguro en México. "PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES" Ed. memorias de congreso en la Semana del Seguro en México. México, D. F., 1994. pp. 141-148.
3. Beltrán Prado, Miguel Angel. "ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE RIESGO EN EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES", Artículo publicado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. México, Dic. de 1992.
4. Britain 1994. "AN OFFICIAL HANDBOOK PREPARED BY THE CENTRAL OFFICE OF INFORMATION LONDON: HMSO. London, Englad. 1994.
5. Canadian Handbook. "INSURANCE, INCOME SUPPORT AND SOCIAL SERVICES. Canadian Embassy of Mexico. 1994.
6. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. "ACTUALIDAD EN SEGUROS Y FIANZAS". Volumen H, Número 11, México. Abril-Junio de 1994.
7. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. "COMPORTAMIENTO DEL SECTOR ASEGURADOR" Artículo publicado en el tercer trimestre de 1993. Vol. I Número 9. PP. 9.
8. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. "INFORME DE. INCONFORMIDADES EN MATERIA DE SEGURO POR EL EJERCICIO 1993"
Publicado en el Boletín de Información al Consumidor de la CNSF. Año I Número 1. México, D. F., 1994.
9. Guajardo T., Ricardo. "LA APERTURA EXTRANJERA Y LAS ASEGURADORAS". Artículo publicado en la Revista NEGOBANCOS. 15 de julio de 1992. pp. 3-6.
10. Kast, Fremont E. y Rosenzweig, James E. "ADMINISTRACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES: UN ENFOQUE DE SISTEMAS". Ed. McGraw-Hill, México 1989. pp. 107.
11. Kotler, Philip. "DIRECCIÓN DE LA MERCADOTECNIA: ANÁLISIS, PLANEACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y CONTROL". 7a. Edición. Ed. Prentice Hall. México. 1993. pp. 520-530.
12. Mejía Tapia, Pedro. "ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES. Artículo publicado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Septiembre de 1993.
13. Morris, L. Mayer. Barry Mason y Hazel F. Ezell. "RETAILING" Fifth Edition. Ed. IRWIN. Alabama, USA. 1994.
14. Parasuraman, A., Valarie, A. Zeithaml y Berry, Leonard. "A CONCEPTUAL MODEL OF SERVICE QUALITY AND ITS IMPLICATIONS FOR FUTURE RESEARCH". Journal of Marketing. Otoño de 1985. pp. 44
15. Quejas y Reclamaciones ente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, revelan el grado de Satisfacción. Artículo publicado en el Periódico El Asegurador, Órgano Informativo de la Asociación Iberoamericana de Prensa de Seguros. Publicación Quincenal No. 230 y 232. Mayo y Junio de 1994.

16. Régimen Laboral Colombiano. "SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL" Ed. Gobierno Colombiano, Santa Fe de Bogotá, Colombia. Febrero-Marzo de 1994. pp. 873-896.
17. Romero Gatica, Héctor. "EL SEGURO EN EL MUNDO 1990-1991". Artículo publicado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Volumen 1, Número 9. Octubre-Diciembre de 1993. pp. 105-121.
18. Ruiz, Tomás. "EL SEGURO MEXICANO ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO". Artículo publicado en la Revista Negobancos. 15 de Agosto de 1992. pp. 11-14.
19. Solís Soberón, Fernando. "LA CULTURA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS EN MEXICO". Art. publicado por la Comisión Nacional de Seguros. Octubre, 1993.
20. Solís Soberón, Fernando. "COMPETENCIA DEPREDATORIA EN EL SEGURO DE GRUPO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, ESPERNCIA PROPIA". Ed. CNSF. Septiembre. 1993.
21. Sosa, Iván. "DIVERGENCIAS CON LA BANCA, NO INGRESARAN ASEGURADORAS DE LA AIMS A LA COORDINADORA FINANCIERA" Artículo publicado en El Financiero el 26 de Julio de 1992. pp. 3-6.
22. Von Bertalanffy, Ludwig. "THE THEORY OF OPEN SYSTEMS IN PHYSICS AND BIOLOGY". Journal of Science. January 13, 1950. USA.

ANEXOS.

ESTUDIO DE LA POLIZA DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES DE UNA COMPAÑIA ASEGURADORA TIPICA.

La póliza más avanzada en materia del Seguro de Gastos Médicos Mayores contiene información que nos permite visualizar cuando menos los siguientes factores importantes dentro del proceso:

1. Economía.
2. Beneficios.
3. Limitaciones.
4. Tramites.

Con la finalidad de aclarar cada uno de estos conceptos, definirlos y luego cuestionar sus significados ante los clientes actuales o posibles compradores, se decidió establecer una definición amplia de cada uno y luego descomponerla en palabras clave con la finalidad de derivar posteriormente los reactivos conteniendo atributos con los cuales llegáramos a medir su conocimiento y grado de aceptación o rechazo por parte de los encuestados.

A continuación se detallan cada uno de los factores encontrados:

1. ECONOMÍA.

Se refiere al pago o erogaciones que el empresario tiene que hacer para contar con la protección y seguridad frente a un eventual accidente o enfermedad, para pagar al hospital o al medico que atienda, inclusive el pago de medicinas y tratamientos, ya sea que cuente con seguro de gastos médicos o no.

1.1. Costo de la Prima.

Es el importe que debe pagar el asegurado por concepto del Seguro, se establece una cuota de acuerdo con una tabla de edades y de acuerdo con su ocupación y sexo con una suma asegurada en múltiplos del Salario Mínimo General mensual.

1.2. Costo Adicional por Zona.

Es una cuota que se agrega a la prima dependiendo el lugar donde resida el asegurado. Las Zonas son A = N\$ 136.07 y B = N\$ 55.44. La zona C, ya está incluida en el costo de la prima.

1.3. Derechos de Póliza.

Se trata de un costo adicional que debe pagar el asegurado por concepto de derechos, esta cuota se establece en función del rango en que se ubique a prima:

- 1.3.1. Derecho de Póliza NS 55.00 prima 250.00 a 500.00
- 1.3.2. Derecho de Póliza N\$ 82.50 prima 500.01 a 2,500.00
- 1.3.3. Derecho de Póliza 110.00 prima 2.500.01 a 10.000.00

1.3.4. Derecho de Póliza 165.00 prima de 10.000.00 delante

1.4. Deducible.

Es una suma que el asegurado debe pagar cuando hace una reclamación o pide /e atienda un hospital o médico del sistema, generalmente se establece en términos de 5 Salarios Mínimos Generales mensuales o una suma específica que se anota en la carátula de la póliza.

1.5. Coaseguro.

Es un porcentaje a cargo del asegurado, el cual aplica la aseguradora al monto total de gastos cubiertos una vez que se ha descontado el deducible para cada reclamación. Este porcentaje se indica también en la carátula de la póliza y en algunos casos es del 10 por ciento.

Nota técnica: En el instrumento nos planteamos preguntar al asegurado o potencial comprador:

¿Qué le parecen los costos?

¿Se entiende claramente lo que se cobra?

¿Le parece caro o barato?

¿Cree que el costo es congruente con el beneficio?

¿Si lo compró... fue por el costo?

¿Si no lo ha comprado, se debe a que le parece caro ó a que cree que no lo necesita?

2. BENEFICIOS.

Se refiere a la serie de servicios y atenciones que el asegurado recibiría si durante la vigencia de la póliza tuviera una enfermedad o accidente cubierto por el contrato. Incluye un cierto grado de tranquilidad y actitud anti-stress frente a la realidad del riesgo.

2.1. Hospital o Sanatorio.

Son los gastos que se originan por el costo de una habitación en un cuarto privado de un hospital y los alimentos. Se incluyen los gastos de una cama extra para un acompañante durante el tiempo en que el asegurado se encuentre internado.

2.2. Medicamentos.

El costo de los medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital o sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes.

2.3. Honorarios.

Se trata del pago que se hace a los médicos, cirujanos, enfermeras y ayudantes por intervención quirúrgica y por consulta.

2.4. Gastos de Recuperación de la Salud.

Son los costos en que se incurre al utilizar la sala de operaciones, recuperación, curaciones, equipo de anestesia, transfusiones, terapia intensiva, análisis de

laboratorios, estudios de rayos x. electrocardiografía, electroencefalograma y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.

2.5. Compra o Renta de Aparatos y Equipo.

La aseguradora se encarga de comprar o rentar los equipos y aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como de la ambulancia para traslado terrestre del asegurado.

3. LIMITACIONES.

Se refiere a los gastos que la póliza no cubre y que el asegurado eventualmente tiene que erogar mayores recursos o acudir a otros esquemas de atención para lograr la recuperación de la salud.

3.1. -Tratamientos y/o estudios que no resultan necesarios para la recuperación de la salud.

La aseguradora no cubre gastos por servicio de acompañante, peluquería, barbería, servicios o aparatos para a comodidad personal. Tampoco tratamientos estéticos y de calvicie.

3.2. Tratamientos que tienen una alta incidencia.

En este renglón se contemplan los tratamientos dietéticos y de obesidad, anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, check-up, dentales, partos, control de la natalidad o esterilidad, miopía, presbicia y astigmatismo.

3.3. Padecimientos que tiene el asegurado desde antes de contratar la póliza.

Se denominan preexistentes los padecimientos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura de la póliza. También se incluyen en este rubro las malformaciones y males congénitos, estrabismo y la reposición de aparatos y prótesis existentes a la fecha de contratación.

3.4. Tratamientos no reconocidos por la práctica médico científica o por ser experimentales.

No se incluyen en la cobertura, los trastornos de la conducta, alteraciones del sueño, enajenación mental, depresión, histeria, neurosis, psicosis. En general cualquier tratamiento psicológico o psiquiátrico. Tampoco los de acupuntura o quiroprácticos y otros de naturaleza experimental o de investigación.

3.5. Accidentes o lesiones en donde la decisión del asegurado incrementa el grado del riesgo.

En este renglón se contemplan los padecimientos o accidentes a consecuencia de alcoholismo, estado de ebriedad o toxicomanía. Intentos de suicidio o mutilación voluntaria, actos delictivos intencionales, peleas, servicio militar, práctica profesional de cualquier deporte y lesiones cuando viaje como tripulación de aeronaves y vehículos de carreras.

4. TRÁMITES

Se refiere a la serie de procedimientos administrativos que el asegurado tiene que realizar para obtener el servicio de la póliza y también a los pasos a seguir en caso de que requiera ser atendido al amparo de la cobertura del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

4.1. Contratación.

El asegurado deberá de requisitar los formatos que aplican las aseguradoras para elaborar la póliza y el contrato respectivo.

4.2. Renovación.

El contratante puede renovar la póliza, previa notificación de la aseguradora.

4.3. Reembolso.

El asegurado deberá entregar las formas de declaración correspondientes para que le sean reembolsados sus gastos siempre y cuando los comprobantes cubran los requisitos fiscales y se acompañen de la receta expedida por el médico tratante.

4.4. Programación de Cirugías y Tratamientos.

Se deberán realizar con anticipación a la intervención en este caso la aseguradora le dará al asegurado una "carta pase" para que la entregue en el área de admisión del hospital y al médico tratante para garantizar el pago directo.

Encuesta sobre el Seguro de Gastos Médicos.

Este cuestionario fue elaborado por un grupo de candidatos al doctorado en administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración en la División de Estudios de Postgrado e Investigación y pretende explorar la actitud que tienen los usuarios o clientes potenciales del Seguro de Gastos Médicos Mayores respecto del mismo. Agradecemos por anticipado su participación en el avance (le esta investigación al contestarlo y nos comprometemos a dar un tratamiento profesional a la información que nos proporcione.

Cuando termine de contestar este cuestionario le agradecemos lo entregue de inmediato a la persona que hizo el contacto con usted *.

Le reiteramos nuestro profundo agradecimiento por su tiempo y esfuerzo al colaborar con nuestro estudio.

* El Grupo de investigadores que se encuentra realizando este trabajo, ponemos a su disposición el siguiente domicilio, teléfono y fax, en caso de que se requiera para que nos deposite su información o solicite datos:

Cerro de San Andrés No. 14 Col. Campestre Churubusco, C.1200. Coyoacan, México.
Tel. y Fax 544.71.15.

Instrucciones: Esta información es de carácter general por favor marque el espacio correspondiente o escriba los datos que se le piden. La encuesta no requiere en ningún espacio su nombre o el de su empresa, es anónima.

Director de la Empresa	Equipo Directivo
<p>1. Tipo de Administración.</p> <p>1.1. Propietario ()</p> <p>1.2. Gerente ()</p> <p>1.3. Administrador ()</p> <p>2. Antigüedad en el cargo.</p> <p>2.1. Años ()</p> <p>2.2. Meses ()</p> <p>3. Escolaridad.</p> <p>3.1. Primaria ()</p> <p>3.2. Secundaria ()</p> <p>3.3. Preparatoria ()</p> <p>3.4. Licenciatura ()</p> <p>3.5. Postgrado ()</p> <p>3.6. ¿Cuál es su Profesión?</p> <p>_____</p> <p>4. Edad. _____</p> <p>5. Estado Civil.</p> <p>5.1. Soltero ()</p> <p>5.2. Casado ()</p> <p>5.3. Viudo ()</p> <p>5.4. Unión Libre ()</p> <p>5.5. Divorciado ()</p> <p>6. Sexo.</p> <p>6.1. hombre ()</p> <p>6.2. Mujer ()</p> <p>¿Cuántos hijos tiene? _____</p> <p>8. ¿Ha manejado Seguros de Gastos Médicos?</p> <p>8.1. No ()</p> <p>8.2. Si... ()</p> <p>8.3. Individual ()</p> <p>8.4. Colectivo ()</p> <p>8.5. Grupo ()</p>	<p>9. Ejecutivos.</p> <p>9.1. Directores _____</p> <p>9.2. Gerentes _____</p> <p>9.3. Jefes _____</p> <p>9.4. Coordinadores _____</p> <p>9.5. Total # ejecutivos _____</p> <p>10. ¿Cuántos ejecutivos hombres?</p> <p>_____</p> <p>11. ¿Cuántos ejecutivos son mujeres?</p> <p>_____</p> <p>12. ¿Cuál es la escolaridad promedio de sus ejecutivos? (En número de años)</p> <p>_____</p> <p>13. ¿Cuál es el estado civil de sus ejecutivos?</p> <p>13.1. Casados _____</p> <p>13.2. Solteros _____</p> <p>13.3. Unión Libre _____</p> <p>13.4. Otros _____</p> <p>14. Indique el número de hijos que tienen en promedio los ejecutivos de su empresa:</p> <p>_____</p> <p>15. Indique el ingreso promedio mensual per cápita que reciben sus ejecutivos:</p> <p>NS _____</p> <p>16. Indique el número de ejecutivos que cuentan con:</p> <p>16.1 Seguro Social _____</p> <p>16.2 Seguro de Gastos Médicos Mayores _____</p> <p>16.3 Otros Seguros _____</p>
<p>Fecha de la Encuesta:</p> <p>Día: Mes: Año:</p>	<p>Ubicación de la Empresa:</p>

Instrucciones

Por favor encierre en un círculo o marque con una "X" el número en la escala que mejor describa lo que usted opina respecto de lo que se indica en cada reactivo.

¿Qué significan los números en la escala de 1 a 5?

- 1 = Estoy en total desacuerdo.
- 2 = Estoy parcialmente en desacuerdo.
- 3 = No se, estoy indeciso.
- 4 = Estoy parcialmente de acuerdo.
- 5 = Esto^y totalmente de acuerdo.

Un ejemplo:

00. Los Seguros Médicos solamente cubren un riesgo. 1 2 3 4 5

1. Una póliza de Seguro no evita las consecuencias económicas de un riesgo en la salud	1	2	3	4	5
2. Una póliza es un pago parcial anticipado de un riesgo.	1	2	3	4	5
3. La póliza de seguro médico es un ahorro que no paga intereses y en cambio pierde poder adquisitivo.	1	2	3	4	5
4. La ventaja de una póliza de seguro de gastos médicos es que siempre se puede contar con dinero para pagarla.	1	2	3	4	5
5. Me parece que la gran ventaja de la póliza de gastos médicos es la asesoría que te dan para obtener un buen servicio médico.	1	2	3	4	5
6. La ventaja de una póliza de gastos médicos es la tranquilidad de saberse protegido contra ese riesgo.	1	2	3	4	5
7. Una póliza de gastos médicos mayores ofrece la posibilidad de tener acceso a "buenas" instituciones de Salud.	1	2	3	4	5
8. Toda familia debería (estar protegida contra riesgos de Salud.	1	2	3	4	5
9. El seguro de gastos médicos sólo le importa al jefe de familia.	1	2	3	4	5
10. La edad no debiera tomarse en cuenta para otorgar el seguro de gastos médicos.	1	2	3	4	5
11. Si las pólizas no limitaran tanto la edad, serían más aceptadas, es decir las comprarían más los interesados.	1	2	3	4	5
12. La póliza debe cubrir los riesgos dentro y fuera del país.	1	2	3	4	5
13. Una póliza que cubra todos los riesgos es demasiado costosa.	1	2	3	4	5
14. La póliza que cubre parcialmente los riesgos no es segura.	1	2	3	4	5
15. Los avances en tecnología no deben encarecer los servicios de salud, sino abaratarlos.	1	2	3	4	5
16. Las compañías de seguros pueden moderar los costos de atención médica y hospitalización, mediante tarifas estándar.	1	2	3	4	5
17. Los servicios médicos se pueden cotizar como cualquier otro.	1	2	3	4	5
18. Los beneficios de la póliza se entienden solamente hasta el momento de la "reclamación" (cuando se usa el servicio).	1	2	3	4	5
19. El usuario de la póliza siempre paga más de lo previsto.	1	2	3	4	5
20. No hay suficiente información sobre la utilidad del seguro.	1	2	3	4	5

21. Las compañías de seguros no cumplen con lo que prometen en sus pólizas.	1	2	3	4	5
22. La letra menuda de las pólizas me parece una restricción.	1	2	3	4	5
23. El riesgo es como una lotería, no a todos nos ocurre.	1	2	3	4	5
24. He vivido mucho tiempo sin seguro, no veo por qué deba tomarlo ahora.	1	2	3	4	5
25. Un individuo prevenido se anticipa a los riesgos o por lo menos piensa en su solución oportuna.	1	2	3	4	5
26. La salud se pierde para siempre, hay que asegurar su pronta recuperación.	1	2	3	4	5
27. Tengo la impresión de que el Seguro de Gastos Médicos nunca cubre todas las erogaciones que ocasiona un riesgo.	1	2	3	4	5
28. Me parece que los médicos cobran más cuando uno está asegurado.	1	2	3	4	5
29. El seguro de gastos médicos es la única forma de recuperar la salud sin que se presenten traumas económicos.	1	2	3	4	5
30. La póliza es útil si se tienen amigos médicos.	1	2	3	4	5
31. Si se tiene un seguro, se pueden obtener tratamientos no justificados (al cabo la aseguradora los paga).	1	2	3	4	5
32. Una segunda opinión médica no sirve, puesto que los médicos no se desautorizan entre sí.	1	2	3	4	5
33. La póliza debe cubrir todos los riesgos, incluso los preexistentes aunque su costo se eleve.	1	2	3	4	5
34. El costo de la póliza debe ser proporcional a los beneficios ofertados.	1	2	3	4	5
35. La preexistencia se acuita, pero de todos modos se realiza su reclamación. (ya estaba enfermo pero de todos le exijo a la aseguradora que me pague o atienda)	1	2	3	4	5
36. Si las aseguradoras aceptan todos los riesgos y cobran lo justo, todos ganan y nadie hace trampa.	1	2	3	4	5
37. Las aseguradoras deben capacitar a los usuarios activos o potenciales sobre las ventajas de tener esta póliza de seguro.	1	2	3	4	5
38. El riesgo en salud es algo que yo manejo y conozco bien.	1	2	3	4	5
39. El riesgo es algo inevitable.	1	2	3	4	5
40. Los costos de tratamientos médicos especializados, afectarían sensiblemente mi presupuesto.	1	2	3	4	5
41. La enfermedad no es un riesgo.	1	2	3	4	5
42. Un accidente Podría interrumpir los estudios de mis hijos.	1	2	3	4	5
43. En caso de mi invalidez total o parcial, mi familia quedaría desprotegida.	1	2	3	4	5
44. Considero necesario estar asegurado contra todo riesgo de salud, inclusive enfermedades menores.	1	2	3	4	5
45. Las enfermedades comunes no requieren de seguro.	1	2	3	4	5
46. Nunca en mi presupuesto considero un caso de enfermedad grave o accidente.	1	2	3	4	5
47. Esta póliza es la mejor solución para todos los problemas de salud.	1	2	3	4	5
48. Me gustaría tener acceso al crédito, para cubrir los gastos de enfermedad o accidente que se me presentaran.	1	2	3	4	5

49. ¿Ha tenido usted, reclamaciones por enfermedad o accidente?

50. Narre su experiencia en una reclamación de gastos médicos:

51. ¿Existe algo que usted nos quiera decir y que nosotros no lo preguntamos?

A continuación tiene usted la libertad y el espacio para hacernos saber su propuesta u opinión:

¡¡ Muchas Gracias !!

CUESTIONARIO PARA MEDIR ACTITUD HACIA LOS SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN ES DE CARÁCTER EXPLORATORIO REALIZADA POR LOS PASANTES DEL DOCTORADO EN ADMINISTRACION-ORGANIZACIONES DE LA FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION QUIENES ESTÁN PARTICIPANDO EN EL CONCURSO NACIONAL DE INVESTIGACIONES SOBRE SEGUROS EN MÉXICO: POR LO QUE SOLICITAMOS DE USTED SU VALIOSA COLABORACION CONTESTANDO ESTE CUESTIONARIO DE MANERA SINCERA. TODAS LAS PREGUNTAS TIENEN POSIBILIDAD DE UNA SOLA RESPUESTA, POR LO QUE SE DEBE DE MARCAR CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE A SU JUICIO ES LA CORRECTA.

1.- GRADO PROFESIONAL:

a.- Médico General () b.- Médico especialista ()

2.- TRABAJO:

a.- Hospital privado. ()- b.- Hospital público () c.- Ambos ()

3.- ANTIGUEDAD EN EL TRABAJO:

a.- Meses () b.- Años ()

4.- EDAD _____

5.- ESTADO CIVIL

a.- Casado () b.- Soltero () c.- Divorciado ()

6.- ¿USTED HA ATENDIDO PACIENTES CON SEGURO DE GASTOS MEDICOS? a.- Si ()

b.- No ()

MARQUE CON UNA "X" EL NÚMERO QUE A SU JUICIO SEA EL MÁS CORRECTO. SIGNIFICADO DE LOS NÚMEROS:

1. TOTALMENTE EN DESACUERDO.
2. EN DESACUERDO.
3. INDECISO.
4. DE ACUERDO.
5. TOTALMENTE DE ACUERDO.

7. LOS MÉDICOS COBRAN MAS CUANDO SABEN QUE EL PACIENTE ESTÁ ASEGURADO. 1 2 3 4 5

8. LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS DEBEN CAPACITAR A LOS USUARIOS ACTIVOS O POTENCIALES SOBRE LAS VENTAJAS DE TENER UNA PÓLIZA DE SEGUROS DE SALUD. 1 2 3 4 5

9. PÓLIZA DE SEGURO NO EVITA LAS CONSECUENCIAS ECONÓMICAS DE UN RIESGO EN SALUD. 1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. LA VENTAJA DE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD ES LA POSIBILIDAD DE TENER ACCESO A BUENAS INSTITUCIONES DE SALUD. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. LA PÓLIZA DEBE CUBRIR LOS RIESGOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. EL USUARIO DE LA POLIZA SIEMPRE PAGA MAS DE LO PREVISTO EN CUALQUIER RIESGO NO ASEGURADO. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. UNA PÓLIZA QUE CUBRE PARCIALMENTE LOS RIESGOS NO ES SEGURA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS PUEDEN MODERAR LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN. MEDIANTE TARIFAS ESTÁNDAR. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. NO HAY SUFICIENTE INFORMACION SOBRE LA UTILIDAD DE LOS SEGUROS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS NO CUMPLEN CON LO QUE PROMETEN EN LAS POLIZAS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. LA LETRA MENUDA DE LAS POLIZAS ES UNA RESTRICCIÓN. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. LA PÓLIZA ES UTIL SI EL PACIENTE TIENE MEDICOS AMIGOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. EL PACIENTE ASEGURADO PUEDE TENER MANEJOS MÉDICOS NO JUSTIFICADOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. SI LAS ASEGURADORAS ACEPTAN TODOS LOS RIESGOS Y COBRAN LO JUSTO. TODOS GANAN Y NADIE HACE TRAMPA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. EL MÉDICO QUE TRABAJA CON PACIENTES ASEGURADOS PIERDE DINERO. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. TRABAJAR CON PACIENTES ASEGURADOS HACE QUE EL PAGO POR MIS SERVICIOS SE EFECTUE DE MANERA MUY RETRASADA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. LOS STOP O TARIFAS FIJADAS POR LAS COMPAÑÍAS AS DE SEGUROS LIMITAN EL PRECIO REAL DE LOS SERVICIOS REALIZADOS POR LOS MEDICOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. SI DE MI DEPENDIERA NO TRABAJARIA CON PACIENTES ASEGURADOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE PAGAN LAS ASEGURADORAS SON LOS MAS ADECUADOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. ESTOY MUY ININTERESADO EN RECIBIR CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LAS PÓLIZAS DE GASTOS MÉDICOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. CONSIDERO QUE LOS MEDICOS SE DEBEN CAPACITAR EN EL MANEJO DE LAS POLIZAS DE GASTOS MÉDICOS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. PARTICIPARÍA EN UN FORO PARA ELABORAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. CON COSTOS REALES Y JUSTOS QUE SE MANEJARA A NIVEL NACIONAL. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

29. LAS PÓLIZAS DE SEGUROS SON SIMPLES Y SENCILLAS DE ENTENDER. 1 2 3 4 5
30. LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS SON AMPLIAMENTE CONOCIDAS POR LOS MEDICOS. 1 2 3 4 5
31. LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS SON AMPLIAMENTE CONOCIDAS POR LAS PERSONAS. 1 2 3 4 5