

PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR A DIVERSAS AUTORIDADES A EJECUTAR ACCIONES EN MATERIA DE GASTOS MÉDICOS, A CARGO DE LA DIPUTADA MARÍA ALEMÁN MUÑOZ CASTILLO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI

María Alemán Muñoz Castillo, diputada de la LXIV Legislatura del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, en ejercicio de la facultad conferida en la fracción II del artículo 71 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 6, numeral 1, fracción I, 77, 78 y demás aplicables del Reglamento de la Cámara de Diputados somete a consideración del pleno de esta honorable asamblea la siguiente proposición con punto de acuerdo por el que la Cámara de Diputados exhorta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con la opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y la Secretaría de Salud, realice un estudio técnico que le permita modificar la circular única de seguros y fianzas respecto de los productos estandarizados de seguros de gastos médicos, salud y salud dental, todos en la operación de accidentes y enfermedades, dando preferencia al pago directo en caso de siniestros y que sólo existan excepciones para el reembolso, disminuyendo los días para su realización, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

El derecho a la salud es protegido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como lo dispone su artículo 3o. y es regulado en la Ley General de Salud, estableciendo diversas modalidades para los servicios de salud, clasificándolos por el tipo de prestadores en públicos, a derechohabientes por instituciones públicas de seguridad social, privados y sociales, principalmente, establecidos en su artículo 34.

En el artículo 38 de la referida ley general define a los servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. Y señala que estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.

Los antecedentes formales de los seguros en México se remontan al año de 1870, cuando en el código civil se regula el Contrato del Seguro y en 1892 se promulga la primera ley que rige a las compañías de seguros mexicanas y extranjeras existentes en esos años.¹

En el artículo “seguros de gastos médicos retos, desafíos y alternativas”² del seminario “El ejercicio actual de la medicina”, 2002, se hace la siguiente reflexión:

Un seguro de gastos médicos “es un instrumento financiero que permite hacer frente a posibilidades de quebranto económico al atender problemas de salud, principalmente aquellas que requieren atención médico (sic)-quirúrgica en un hospital, por un accidente o una enfermedad.

El ramo de seguros con más desarrollo ha sido el de accidentes y enfermedades que ha crecido más de seis veces en los últimos diez años.

El grupo de personas aseguradas en el sector privado, independientemente de los derechohabientes de la seguridad social, debería ser de acuerdo con índices internacionales mayores. Se estima en aproximadamente 10 millones de personas el universo objetivo que las aseguradoras esperan alcanzar en los próximos diez años.

En México se promueven y venden seguros de gastos médicos mayores (SGMM) de cobertura y costos diferentes, precios ajustados a la edad y género del comprador, montos variables del deducible y del coaseguro pactados en el contrato.

El costo es proporcionalmente elevado sujeto a incrementos anuales que rebasan la inflación, pago de contado al suscribir la póliza y cobertura condicionada a una serie de variables explícitas y exclusiones implícitas, amén de otras restricciones y exclusiones escritas en “letra chiquita” que el agente vendedor calla y el comprador generalmente no lee.

La reforma fiscal redistributiva promueve la adquisición de seguros de gastos médicos y lo alienta ofreciendo deducir su costo del pago anual del I.S.R., tanto de las personas físicas como morales, con la amenaza de cancelar la deducibilidad de los “gastos de bolsillo” erogados por servicios médicos y dentales a quien no posea un seguro, afectando de inmediato a 8.5 millones de personas mayores de 50 años.

El sector asegurador considerado como parte del sector financiero está regulado y supervisado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por medio de la Dirección General de Seguros y Valores, la cual es responsable de la normatividad y por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, órgano desconcentrado responsable de la inspección y vigilancia del sector.”

De acuerdo con la Tercera Encuesta Nacional de Inclusión Financiera 2018³ el tipo de seguro con el que cuentan más personas es el de vida: 67 por ciento de los adultos de 18 a 70 años que tienen al menos un seguro cuentan con seguro de vida; cabe mencionar que pudo haber sido contratado directamente, adquirido con un crédito formal, o bien, puede ser un beneficio laboral o de algún programa de gobierno. De acuerdo con los datos de la ENIF 2018, 13.5 millones de personas tienen al menos un seguro de vida, una diferencia de 600 mil personas en relación con 2015. Al seguro de vida le sigue el seguro de auto con 7.8 millones de personas, y el seguro de gastos médicos con 5 millones de personas.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los usuarios de Servicios Financieros (Condusef),⁴ atendió en el año 2017 un total de 42 mil 901 reclamaciones en materia de seguros, lo que significó un incremento del 15 por ciento respecto a 2016.

De los cuales 2 mil 517 fueron reclamaciones por seguros de gastos médicos mayores, teniendo como principales causas de reclamación las siguientes:

- 39.6 por ciento por la negativa de la aseguradora en el pago de la indemnización;
- 17.2 por ciento por la solicitud de cancelación del contrato y/o póliza no atendida;
- 8.4 por ciento por la inconformidad con el tiempo para el pago de la indemnización.

Lo anterior teniendo como parámetro únicamente de aquellas personas que presentaron una queja, dejando fuera las personas que pudieron haber recibido un mal servicio y que desistieron en sus reclamaciones.

Las aseguradoras son reguladas principalmente por dos instrumentos: la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y la Circular Única de Seguros y Fianzas.

La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas establece en su artículo 208 la obligación de las instituciones de seguros de ofrecer un producto básico estandarizado:

Artículo 208. Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las instituciones de seguros, atendiendo a las operaciones y ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas:

- I. Fallecimiento, en la operación de vida;
- II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades;
- III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades;
- IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, y
- V. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles.

Para efectos de esta ley, se entenderá por productos básicos estandarizados de seguros, los que cubren aquellos riesgos que enfrenta la población, que se pueden homologar por sus características comunes y que tienen por propósito satisfacer necesidades concretas de protección de la población.

A fin de garantizar que los referidos productos básicos estandarizados sean comparables entre todas las instituciones de seguros del sector, la comisión, oyendo la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y considerando la opinión que le presenten las instituciones de seguros, mediante disposiciones de carácter general dará a conocer el modelo de contrato de adhesión que las instituciones deberán utilizar para cada una de las coberturas referidas en este artículo. Dichos modelos deberán considerar cláusulas contractuales de fácil comprensión que uniformen: riesgos cubiertos, exclusiones, suma asegurada, deducibles, duración del contrato, periodicidad del pago de la prima, procedimiento para el cobro de la indemnización y demás elementos que los integren.

Las instituciones de seguros deberán registrar estos productos de acuerdo a lo previsto en los artículos 201 a 204 de esta ley, observando que la nota técnica en la que cada institución de seguros sustente la fijación de la prima, guarde congruencia con lo dispuesto en este artículo.

Con el objeto de efectuar la comparación de las primas de tarifa de estos productos y difundirlas entre el público, las instituciones de seguros deberán informar mensualmente a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la prima de tarifa total que cobren respecto de los productos a que se refiere este artículo, en la forma y términos que la misma establezca. Dichas instituciones podrán cumplir con esta obligación mediante la difusión y actualización de la información a que se refiere este párrafo en la página principal del portal electrónico que deberán mantener en la red mundial denominada Internet.

La Circular Única de Seguros y Fianzas⁵ prevé en el Capítulo 4.7. De Los Productos Básicos Estandarizados de Seguros:

Para los efectos del artículo 208 de la LISF y previa opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros:

4.7.1. Los modelos de contratos de adhesión y demás documentación contractual a los que deberán apegarse las instituciones de seguros para ofrecer los productos básicos estandarizados de seguros para las siguientes coberturas, serán:

I...

II. ...

III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades, los señalados en el Anexo 4.7.1-c;

IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, los señalados en el Anexo 4.7.1-d;

V. Salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades, los señalados en el Anexo 4.7.1-e, y

...

En el Anexo 4.7.1-c ⁶ se establece para las indemnizaciones:

6. Pago de indemnizaciones

6.1 Límites de indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de la Compañía dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todos los documentos que fundamenten la indemnización que la Compañía haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula 6.2 comprobación del evento cubierto.

En el Anexo 4.7.1-d: ⁷

4.2 Pago de reclamaciones

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 30 días naturales, de cualquier reclamación que pueda ser motivo de reembolso.

b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además de los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante, asegurados o familiares del asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

d) La Compañía sólo reembolsará los honorarios de médicos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos realizados por estudios de laboratorio y gabinete en empresas legalmente autorizadas.

e) La Compañía reembolsará al asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

En el Anexo 4.7.1-e: ⁸

6. Pago de Reclamaciones

A) Servicio de pago directo en el caso de que el asegurado requiera de atención de la red médica dental, podrá hacer uso del servicio de pago directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago directamente al dentista u odontólogo de la red medica dental por la consulta, radiografías y procedimientos realizados, al asegurado, quedando a cargo del asegurado los gastos no cubiertos, así como el copago y deducible que correspondan. El servicio de pago directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Compañía para verificar la situación de procedencia del caso y a la suficiencia de su red. Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima no se otorgará el servicio de pago directo si la póliza no ha sido pagada.

B) Sistema de pago por reembolso

En caso de que no se cuente con red en el lugar de residencia del asegurado se reembolsarán los gastos dentales u odontológicos con base en el siguiente procedimiento.

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 30 días naturales siguientes a la obtención del servicio de que se trate, de cualquier reclamación que pueda ser motivo de reembolso.

b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración (formato de solicitud de reembolso y diagnóstico a detalle) que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además en el caso de los gastos correctivos deberá anexar las Radiografías anteriores y posteriores a la realización de los procedimientos reclamados. Hasta en tanto no se cumplan estos requisitos, La Compañía no estará obligada a realizar el pago de la reclamación.

c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante, asegurados o familiares del asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

d) La Compañía sólo reembolsará los honorarios de dentistas u odontólogos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

e) La Compañía reembolsará al asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Como puede apreciarse en los seguros de salud y gastos médicos, respecto de los productos estandarizados que deben tener las aseguradoras, para garantizar condiciones mínimas a los usuarios, contiene como uno de sus elementos reglas para el pago directo y el reembolso, éste último que se establece a realizarse dentro de los 30 días naturales siguientes a que el asegurado entregue las pruebas de su reclamación.

Lo anterior sujeta a los usuarios (asegurados) a realizar el pago de los gastos médicos y esperar un periodo para el reembolso que es considerado gravoso e incluso absurdo, si se considera que éste ya ha realizado un esfuerzo importante para el pago de la prima del seguro, precisamente para tener la certeza de que al necesitar los servicios médicos tendrá un servicio expedito, eficiente, de calidad, respecto de su salud y su vida, y no deba realizar pagos que afecten su economía y la posible disminución y pérdida de su patrimonio, en razón de un que la aseguradora no realice un pago directo, o en su caso el reembolso de los gastos en el menor tiempo posible.

Es por lo anterior que se propone realizar un respetuoso exhorto para que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con la opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, la Comisión Nacional para la

Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y la Secretaría de Salud, en ejercicio de sus facultades y atendiendo a los derechos que les corresponde defender y proteger, para que realice un estudio técnico que le permita modificar la Circular Única de Seguros y Fianzas, respecto de los productos estandarizados de seguros de gastos médicos, salud y salud dental, todos en la operación de accidentes y enfermedades, para que se prevea con preferencia el pago directo y que sólo existan excepciones para el reembolso, disminuyendo los días para su realización, que actualmente son 30, para que sean restituidos los gastos a los asegurados en el menor tiempo posible.

Lo anterior tendría un doble beneficio para los usuarios respecto de la protección de la salud y la protección de sus finanzas.

Es por lo anteriormente expuesto, someto a la consideración de esta soberanía la siguiente proposición con

Punto de Acuerdo

Único. La Cámara de Diputados exhorta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con la opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y la Secretaría de Salud, realice un estudio técnico que le permita modificar la Circular Única de Seguros y Fianzas respecto de los productos estandarizados de seguros de gastos médicos, salud y salud dental, todos en la operación de accidentes y enfermedades, dando preferencia al pago directo en caso de siniestros y que sólo existan excepciones para el reembolso, disminuyendo los días para su realización.

Notas

1 http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_ene_2k2.html

2 Ídem.

3 https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/OtrTemE_con/ENIF2018.pdf

4 <https://www.gob.mx/condusef/prensa/en-2017-condusef-atendio-42-mil-901-reclamaciones-en-materia-de-seguros?idiom=es>

5 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/453145/Circular_nica_de_Seguros_y_Fianzas_compulsada_sin_Anexos_26-mar-19.pdf

6 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/73499/ANEXO_4.7.1-c.pdf

7 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/73483/ANEXO_4.7.1-d.pdf

8 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/76326/ANEXO_4.7.1-e.pdf

Salón de sesiones del Palacio Legislativo de San Lázaro.- Ciudad de México, a 5 de septiembre de 2019.

Diputada María Alemán Muñoz Castillo (rúbrica)