

Nadie planea enfermarse en medio de un terremoto o tener un accidente cuando un huracán ha colapsado las carreteras. Sin embargo, en México la experiencia demuestra que la crisis llega en días comunes y el sistema público acostumbra a resentirla con esperas largas, hospitales saturados y recursos al límite. Ahí, cuando la ventana de tratamiento se mide en horas y no en semanas, un seguro médico en México cambia el desenlace. No solo por la cama disponible en un privado, asimismo por la certidumbre logística y financiera que deja tomar decisiones sin temblar por la factura.

He acompañado familias en quirófanos, salas de espera y ventanas de empresas de seguros. Lo que más agradecen no es que el seguro pague, es que ordena el caos. Un teléfono de asistencia que sí responde, una ambulancia que llega, un médico de la red que toma el caso, una autorización que sale a tiempo. Cuando se atasca ese engranaje, la diferencia entre una buena o una mala póliza se siente de inmediato.

Lo que nos enseñaron la pandemia y los desastres naturales

La pandemia dejó 3 lecciones que es conveniente recordar. Primera, los sistemas públicos, por robustos que sean, se saturan en picos de contagios o de demanda simultánea. En México, clínicas del IMSS e ISSSTE trabajaron a tope, reconvirtieron áreas y, aun así, hubo gente que no alcanzó cama o atención oportuna para nosologías no COVID. Segunda, la salud no espera. Una apendicitis no espera a que baje la ocupación hospitalaria. Tercera, el gasto de bolsillo pega duro. México se sitúa entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos con mayor proporción de gasto de bolsillo en salud. Según series comparables, se ha movido en torno a 40 a 48 por ciento del gasto total en salud por años, cifra que sube en tiempos de crisis. Esos porcentajes representan casas hipotecadas, ahorros liquidados y deudas que se pagan a lo largo de quinquenios.



Los sismos de dos mil diecisiete y 2022, y más últimamente huracanes como Otis en Guerrero, recordaron otro ángulo: la infraestructura también es vulnerable. Un hospital público o privado puede quedar fuera de operación por daños, cortes eléctricos o rutas bloqueadas. Quien cuenta con un seguro médico en México que incluye asistencia y traslado tiene mejores opciones de ser referenciado a otra ciudad, de localizar cama donde la hay y de activar proveedores que conocen sendas alternas.

Cómo operan las pólizas y por qué valen más en una crisis

El seguro de gastos médicos mayores tiene una lógica simple, mas ejecutarla bien marca la diferencia. La aseguradora arma una red de centros de salud, clínicas y médicos, negocia tarifas y estandariza procesos. En acontecimiento de enfermedad o accidente cubierto, el asegurado paga un deducible y un coaseguro, y la compañía acepta el resto hasta la suma asegurada. En papel suena frío; en la práctica, contar con red preferente, gestión de siniestros 24/7 y preautorizaciones diligentes deja ingresar a un privado cuando el sistema público está sobresaturado.

Una crisis prueba tres cosas: acceso, velocidad y liquidez. Acceso significa hallar cama y quirófano donde otros ya no caben. Velocidad es que la autorización salga en minutos, no en días. Liquidez, que la cuenta de 350 mil pesos por una neumonía [seguro gastos médicos mayores](#) complicada o 600 mil por una cirugía de columna no destruya el patrimonio familiar. Para ponerlo en términos reales, una terapia intensiva privada en una enorme ciudad puede costar entre 40 y 100 mil pesos por día, en dependencia del equipo y las dificultades. Un infarto con intervención y estancia de múltiples días de forma fácil supera los 400 mil. Una cirugía oncológica mayor, con quimioterapia posterior, puede rebasar el millón. Con póliza activa, los montos personales acostumbran a quedar en el rango del deducible y el coaseguro, que

combinados en cuentas medianas rondan entre 15 y sesenta mil pesos, variable según plan, hospital escogido y tope de coaseguro.

La fotografía mexicana: coberturas, huecos y realidades

En México, entre 8 y doce por ciento de la población cuenta con algún género de seguro privado de salud. Suena poco, y lo es si se mira la magnitud de la clase media expuesta a un gasto catastrófico. A la par, la transición institucional reciente, con el cierre del INSABI y el avance de IMSS-Bienestar, reordenó capacidades y coberturas, proceso que en varios estados aún ajusta engranes. Esto no inutiliza el valor del sistema público, mas subraya su vulnerabilidad en picos de demanda o en zonas con menor infraestructura.

En paralelo, la inflación médica acostumbra a superar a la inflación general. En años recientes ha oscilado entre nueve y 15 por ciento anual, empujada por tecnología, fármacos innovadores y costos hospitalarios. Esto impacta la prima de las pólizas, que suben por edad y por la siniestralidad del portafolio. Es esencial anticiparlo para no abandonar la cobertura inmediatamente antes de precisarla. Lo he visto más de una vez: familias que suspenden a los cincuenta y ocho años y, 3 años después, encaran un cáncer sin la protección que pagaron durante décadas.

Dónde añade más valor a lo largo de un evento crítico

No todas y cada una de las enfermedades ameritan centro de salud privado. Un constipado, un esguince leve o una consulta de control se resuelven en el primer nivel de atención. El seguro de gastos médicos mayores brilla cuando hay hospitalización, cirugía o tratamientos de alto costo. Tres escenarios ilustran su valor:

- Un accidente automovilístico con trauma abdominal en el fin de semana. En una urbe grande, los centros de salud de trauma público se saturan de manera fácil. Con póliza, ambulancia y referencia a un hospital privado de la red, el ingreso ocurre en menos de una hora. En siniestros que no aceptan espera, ese margen cambia el pronóstico.
- Un diagnóstico oncológico en primera fase. El beneficio no es solo económica. El acceso a una red oncológica de calidad, segundas opiniones y terapias concretas acorta tiempos y estandariza protocolos.
- Una complicación respiratoria en temporada alta. Cuando los picos de influenza o COVID rebasan camas en públicos, los privados absorben parte de la demanda, aunque con triage. Llegar con compañía aseguradora y preautorización abre puertas.

Costos, números y de qué manera leerlos sin sobresaltos

Pedir una cotización sin contexto confunde. No es lo mismo una póliza individual para un adulto de treinta y cinco años en la ciudad de Monterrey que un plan familiar con dos hijos y una mujer de cuarenta y dos con cesárea anterior. Para dimensionar, las primas anuales en pólizas individuales suelen moverse, de manera muy general, entre ocho mil y cuarenta mil pesos ya antes de impuestos, con deducibles de 10 a treinta mil y coaseguros de diez a veinte por cien, prácticamente siempre con tope. Arriba de los 55 años, las primas medran con más pendiente y pueden situarse en un rango de 40 a ciento veinte mil, dependiendo de suma asegurada, red hospitalaria y siniestros anteriores. No son montos menores, por eso hay que ajustar bien coberturas, deducible y centros de salud para que la relación costo beneficio tenga sentido.

Un punto técnico que pocos explican bien: el coaseguro con encuentre. Pagar diez por cien de una cuenta de quinientos mil suena a cincuenta mil, mas si el máximo de coaseguro es 25 mil, el impacto real se limita a ese tope más el deducible. De igual forma, una suma asegurada de cincuenta millones luce sobrada, y en la mayor parte de los casos lo es, mas hay patologías extrañas o tratamientos biológicos que escalan veloz. Salvo planes muy limitados, una suma en decenas y decenas de millones deja amplio margen.

Errores comunes al contratar un seguro médico

Hay patrones que se repiten y cuestan. Personas que desdeñan la red hospitalaria pues “yo quiero ir con mi médico”, y descubren en plena crisis que ese médico no opera en la red o no tiene privilegios en el centro de salud elegido. Otros que compran por precio sin mirar exclusiones, encuentres por evento o periodos de espera para maternidad y algunos padecimientos. Asimismo están quienes cambian de compañía aseguradora perdiendo antigüedad sin asegurarse de un endoso de continuidad. En salud, la historia construye protección: haber pasado periodos de espera y no tener preexistencias bajo disputa reduce fricciones.

Cómo contratar un seguro médico que funcione cuando todo tiembla

- Define para qué lo quieres y hasta dónde puedes abonar, no del revés. Si el propósito es cubrir hospitalizaciones y cirugías, prioriza red hospitalaria y encuentro de coaseguro por encima de servicios menores.
- Revisa la red, no el folleto. Elige centros de salud donde realmente asistirías en tu urbe y, si viajas por trabajo, en dos ciudades más.
- Ajusta deducible y coaseguro con una hoja de cálculo simple. Proyecta dos siniestros probables al año por tres años y valida si tu flujo lo soporta.
- Pregunta por portabilidad y continuidad. Si planeas cambiar en el futuro, entiende de qué manera conservar antigüedad y qué certificaciones médicas solicita cada compañía aseguradora.
- Verifica exclusiones y periodos de espera. Maternidad, rodilla, columna, hernias y sufrimientos específicos acostumbran a tener faltas o topes.

Este es el primer y único listado de la pieza. Todo lo demás puede ir hilado en prosa para no perderte en viñetas.

Público y privado, aliados más que opuestos

No es una riña. El sistema público ofrece cobertura poblacional y es pilar en vacunación, urgencias de trauma mayor y enfermedades transmisibles. El privado es un amortiguador valioso en picos y un acelerador para diagnósticos y cirugías programables. En varias zonas, IMSS-Bienestar está ampliando plantilla y equipamiento, mas ese despliegue toma tiempo. Mientras madura, contratar un seguro médico que complementa el acceso reduce fricción y gasto de bolsillo, sobre todo en urbes donde la infraestructura privada es extensa.

Para quien tiene seguridad social, el seguro privado es un plan B que se vuelve plan A en dos casos: saturación o urgencias tiempo dependientes. Vale también para segundos diagnósticos o tratamientos renovadores que el cuadro básico público aún no absorbe.

Pequeñas letras que importan en una tormenta

Tres piezas del contrato aparecen solo cuando llueve: la definición de urgencia, los mecanismos de reembolso y la cobertura fuera de red. Muchas pólizas piden aviso a la empresa aseguradora dentro de un plazo, en ocasiones veinticuatro o cuarenta y ocho horas, o tan pronto como sea razonable, si ingresaste por urgencia. No lo dejes a la memoria del familiar que te acompaña. Pone en tu celular y en el refrigerador el número de asistencia y tu número de póliza. Si precisas un reembolso, conserva facturas y notas médicas con diagnósticos y claves convenientes. En crisis, la administración de papeles parece secundaria, pero es la diferencia entre un trámite fluido y uno trabado.

Otro punto sutil: preexistencias y declaraciones imprecisas. Cualquier síntoma documentado antes de la contratación puede considerarse preexistente, aun si no hubo diagnóstico formal. Al aplicar, responde con honestidad y solicita a tu agente que deje constancias por escrito de lo declarado y aceptado. Evita atajos, salen caros.

Casos reales que ilustran decisiones

Una pareja de Puebla, ambos de 39 años, con dos hijos. Él maratonista, ella con hipotiroidismo controlado. Compraron una póliza familiar con red media y deducible de 20 mil, coaseguro al 10 por ciento con tope de treinta mil. Tres años sin siniestros. En el cuarto, su hijo se fractura el fémur jugando futbol, cirugía con clavo intramedular y dos noches de centro de salud. La cuenta rozó doscientos ochenta mil. Pagaron deducible y el tope de coaseguro, en suma cerca de cincuenta mil. ¿Hubieran podido pagar doscientos ochenta mil de cuajo? Tal vez, vendiendo el coche o utilizando una línea de crédito. La póliza evitó ambos.

Otro ejemplo, mujer de cincuenta y uno años en la ciudad de Guadalajara, póliza individual desde los 35. Diagnóstico de carcinoma ductal temprano detectado en mastografía anual. Cirugía conservadora y radioterapia. Sin complicaciones, la cuenta final estuvo cerca de 350 mil. Cubrió el plan. El valor agregado fue el tiempo: en un par de semanas desde el descubrimiento ya estaba operada. En escenario público, con rutas oncológicas reordenadas, ese lapso puede alargarse. En cáncer temprano, el reloj pesa.

Ajustes prudentes según etapa de vida

No es igual asegurar a un universitario que a un profesionalista con hijos o a una persona de 63 años. En años jóvenes, conviene privilegiar suma asegurada alta y red de accidentes robusta con deducible algo más alto para abaratar prima. En familias, equilibrar red hospitalaria pediátrica y maternidad si está en planes, y cuidar topes por dificultades del embarazo. Tras los 55, mantener la antigüedad es oro. Se puede subir deducible si el ahorro lo amerita, mas mantén la red donde tus médicos de confianza operan y valida cobertura para enfermedades crónicas usuales.

Para quienes trabajan por su cuenta, un esquema con deducible mayor y coaseguro topado, combinado con un fondo de urgencia, acostumbra a cuadrar bien. Quien tiene empleo formal con seguro de gastos médicos colectivo debe estudiar si le conviene una póliza individual espéculo para preservar antigüedad en caso de cambio laboral. En México, perder el uso y, con esto, la póliza colectiva, justo cuando hay un sufrimiento en curso no es raro.

Fisco, reguladores y defensa del usuario

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas supervisa a las compañías aseguradoras. [Visitar sitio web](#) Para protestas y aclaraciones, existe la Condusef, que media polémicas y publica comparativos de reclamaciones y sanciones. Revisar esos indicadores ayuda a evitar sorpresas.

En materia fiscal, las primas de seguros de gastos médicos mayores califican como deducciones personales en el Impuesto sobre la Renta para ti, tu cónyuge, concubina o concubinario, y tus ascendientes o descendientes en línea recta, toda vez que no sobrepasen los topes globales de deducciones. Ese límite acostumbra a ser el menor entre quince por ciento del ingreso anual y un múltiplo de la UMA anualizada. Las cantidades varían año con año, por lo que resulta conveniente verificar los montos vigentes y, de ser posible, solicitar perseverancia de primas pagadas a la compañía de seguros para la declaración.

¿Y si hoy no te alcanza?

No todos pueden pagar una póliza extensa. Hay opciones alternativas parciales mejor que nada. Algunas empresas aseguradoras ofrecen planes con red hospitalaria delimitada, deducibles altos o esquemas por evento a precio alcanzable. También existen microseguros o coberturas de accidentes personales que, si bien no sustituyen un seguro de gastos médicos mayores, sí cubren fracturas o cirugías urgentes hasta un encuentro. Otra alternativa sensata es un plan hospitalario con cuarto estándar y deducible alto, conjuntado con un ahorro etiquetado para copagos. Lo esencial es evitar la falsa seguridad de planes muy baratos con encuentros irrisorios que, al primer siniestro serio, se agotan.

Una recomendación práctica: si hoy no puedes costear la póliza ideal, empieza por una versión funcional y cúbrete de manera creciente. Contratar un seguro médico a los 30 años sin exclusiones crea antigüedad y te permite escalar a mejores redes más adelante. Entrar a los cincuenta y ocho, con diagnóstico reciente, complica mucho las cosas.

Cómo actuar el día que te toca usar la póliza

- Si es emergencia, pide traslado a un centro de salud de la red más próximo y llama a la línea de asistencia cuando sea razonable. Muchas compañías autorizan de palabra y formalizan después.
- Si es ingreso programado, confirma por lo menos dos veces: médico tratante en red, centro de salud en red, suma asegurada, deducible, coaseguro y tope. Documenta todo por correo.
- Nombra a un responsable administrativo en tu familia para recabar notas médicas, estudios y facturas. Que guarde copias digitales y compruebe requisitos fiscales inmediatamente.
- Si un procedimiento requiere material singular, valida si la cobertura lo incluye o si hay que solicitar autorización particular con cotizaciones.
- Al alta, examina que el hospital facture a la empresa de seguros lo que corresponde y que tu parte sea la adecuada. Errores simples duplican molestias.

Este es el segundo y último listado del texto.

Telemedicina, pólizas modulares y lo que viene

La pandemia aceleró la telemedicina y muchas pólizas ya incluyen consultas virtuales sin costo o con copago simbólico. Asimismo surgieron productos modulares que permiten armar coberturas por bloques: hospitalización, cáncer, accidentes, maternidad. En papel suena moderno; en la práctica, hay que cuidar que la suma de módulos no salga más cara que un plan integral y, sobre todo, que no existan huecos entre módulos. Un caso común es cubrir cáncer mas dejar fuera fármacos de alto costo no hospitalarios. Pregunta por rutas de autorización y por cómo se integra cada módulo en siniestros complejos.

Otra tendencia es el deducible flexible por red. Si escoges un hospital de alta especialidad, pagas un deducible mayor; si optas por uno de la red preferente, el deducible baja. Esta lógica premia decisiones informadas y, en crisis, puede ser útil cuando hay que moverse de ciudad.

Un apunte de realismo financiero

A veces, aun con seguro, el gasto de bolsillo duele. Un coaseguro topado de 30 mil, más deducible de quince mil, en mitad de un mes flojo puede asfixiar. Por eso aconsejo un fondo de urgencia que cubra cuando menos dos deducibles y dos encuentros de coaseguro de tu póliza. Si tu plan familiar implica, en el peor escenario, 120 mil de desembolso anual, procura tener de 120 a doscientos mil líquidos. No se junta de un día a otro, mas se edifica con disciplina. Esta previsión hace que, al llegar la crisis, el dinero no sea la variable decisiva.

El papel del agente y cómo medir su valor

Un buen agente es mitad traductor, mitad gestor. Traduce tecnicismos, propone estructuras prudentes y, cuando hay siniestro, ayuda a destrabar autorizaciones. En la práctica, esto se nota en tiempos de contestación, claridad de explicaciones y disponibilidad. He visto agentes que aparecen solo para cobrar renovación, y otros que se sientan con el médico a revisar el presupuesto quirúrgico para eludir cargos no cubiertos. No cobres económico a quien hace lo segundo; a la vuelta de un siniestro, su trabajo se paga solo.

Cierre abierto, con una idea simple

La importancia seguro médico no se resume en un número. Es la posibilidad de elegir un centro de salud que sí te puede atender cuando el resto ya no, de percibir un diagnóstico certero sin rodar meses entre citas, de evitar que una fractura o un tumor te obliguen a vender lo que has construido. En México, donde el gasto de bolsillo aún pesa y la infraestructura pública navega olas de demanda, un seguro médico bien escogido es una herramienta de resiliencia.

No se trata de vivir con temor. Se trata de diseñar por adelantado, con calma, las decisiones que no desearás improvisar en la tormenta. Si hoy estás evaluando contratar un seguro médico, deja que la reflexión sea franca y tus números, responsables. Si ya lo tienes, tómate una tarde para comprobar red, contactos y condiciones. Las crisis no informan. La preparación sí.