

83  
ZET



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**TENDENCIAS DE LOS SEGUROS  
DE GRUPO EN MÉXICO**

**TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
A C T U A R I O  
P R E S E N T A:  
MAGDALENA SANCHEZ VALDES**



**MEXICO, D. F.**

**1995**

**FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Con todo mi amor:**

**A mis Padres:**

**Por su infinito amor, ternura y comprensión que durante toda mi vida me han dado la fuerza para ser mejor. Por el valioso ejemplo que representan para mí y el gran amor que siento por ustedes. Siempre estarán en mi mente y corazón.**

**A mis Hermanos:**

**Por compartir conmigo momentos inolvidables y llenos de amor, que me han hecho aprender y disfrutar la vida. Por su apoyo incondicional y por el cariño que me dan. Los adoro.**

**A toda mi Familia:**

**Por enseñarme a crecer día a día con sus experiencias, apoyo y comprensión. Por llenar mi vida de alegría.**

**A mis Amigos:**

**Por su amistad sincera, por su apoyo y cariño brindado durante toda mi vida. Por los momentos que hemos compartido juntos.**

**A mis Profesores:**

**Porque gracias a su enseñanza y ejemplo he logrado alcanzar un nivel que me permite aportar algo de mí a los demás.**

**TENDENCIAS DE LOS SEGUROS DE  
GRUPO EN MÉXICO**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>I. HISTORIA DEL SEGURO EN MÉXICO</b>	<b>3</b>
<b>1.1. ORIGEN Y OBJETO DEL SEGURO</b>	<b>3</b>
<b>1.2 EL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO</b>	<b>5</b>
<b>1.3 EL SEGURO PRIVADO EN MÉXICO</b>	<b>9</b>
<b>II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SEGUROS DE GRUPO.</b>	<b>13</b>
<b>2.1 PRINCIPIOS</b>	<b>13</b>
<b>2.2 SEGURO DE GRUPO VIDA</b>	<b>15</b>
<b>2.3 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES</b>	<b>32</b>
<b>III. COMPORTAMIENTO DEL MERCADO ACTUAL EN LOS SEGUROS DE GRUPO.</b>	<b>44</b>
<b>3.1 SEGURO DE VIDA GRUPO</b>	<b>44</b>
<b>3.2 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES</b>	<b>47</b>
<b>IV. TENDENCIAS DE LOS SEGUROS DE GRUPO EN MÉXICO</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>71</b>
<b>A N E X O S</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO 3</b>	<b>88</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>91</b>

## **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo tiene como finalidad el dar a conocer el funcionamiento de los programas de seguros de grupo que existen actualmente en México en la mayoría de las compañías de seguros y las tendencias que se vislumbran en cuanto a sus coberturas y administración en un futuro próximo, basadas en la experiencia hasta el momento y las necesidades del mercado.

Para lograr lo anterior, en el primer capítulo se presenta una breve historia del origen y evolución de los seguros de grupo en el mundo y su aplicación en México.

En el segundo capítulo se dan a conocer las principales características de los seguros que se manejan hoy en día en las compañías de seguros así como su administración.

Dentro del cuarto capítulo se menciona cual ha sido el crecimiento de los seguros de vida y gastos médicos mayores y los principales problemas a los que se enfrentan cada uno de ellos, debido a sus limitaciones y la necesidad de cubrir en forma integral a la población para asegurar a un mayor número de habitantes.

Como consecuencia de los resultados hasta el momento en los seguros de grupo, en el último capítulo se presentan alternativas que se tienen tanto en los seguros de vida como en los seguros de gastos médicos mayores, las cuales podrán ser utilizadas para mejorar el sistema de salud en México. Todo esto, como una respuesta a las necesidades que está teniendo la población, para la cual, se han utilizado como herramientas,

sistemas aplicados en otros países como Chile y Estados Unidos de Norteamérica, entre otros, los cuales han dado un buen resultado.

Como actuario, es necesario apoyar en todos los aspectos a la seguridad social, utilizando la experiencia y alternativas que permitan diseñar e implementar programas de seguros que se adecuen al mercado, satisfaciendo sus necesidades.

Este trabajo puede ser un material de mucha utilidad para todas aquellas personas interesadas en conocer las bases y la administración de los seguros de grupo, ya que en la mayoría de los casos se conoce poco de la práctica de los mismos.

Es importante concientizar la necesidad de trabajar rápidamente en una adecuación del sistema actual de salud, ya que en este momento el país está atravesando por una situación difícil, lo que obliga a tener cambios en todos los ámbitos.

## **I. HISTORIA DEL SEGURO EN MÉXICO**

### **1.1. ORIGEN Y OBJETO DEL SEGURO**

Hay un momento en la vida del hombre en que se da cuenta de la importancia de una previsión adecuada para sus exigencias futuras. El peligro de la pérdida de la vida o de alguna propiedad significa para él esfuerzo y trabajo, que puede llevar al desamparo o a la penuria de los suyos. Le hace sentir la necesidad de buscar un medio seguro para evitar, hasta donde sea posible, los trastornos económicos, que pueden conducir a un quebranto fortuito.

El ahorro, es el primer recurso, el hombre separa las sumas que le permite su presupuesto para reunir una cantidad con la que, algún día, pueda hacer frente a cualquier pérdida eventual. No obstante, rara vez se ha logrado por este medio acumular los elementos indispensables para tal fin. Surge entonces la observación de que el hombre aislado y atendido a sus propios recursos difícilmente puede cumplir ese objeto; pero uniendo sus fuerzas a las de otras personas que se encuentren en el mismo caso, la ayuda mutua que pueden proporcionarse para afrontar los gastos necesarios y los peligros a que todos están expuestos hace posible una protección firme, surgiendo así la forma más simple de la institución del seguro.

Tanto el seguro sobre la vida como el seguro sobre daños a la propiedad han venido evolucionando gradualmente. Se tienen noticias que la idea de la protección de la vida, mediante indemnización al ocurrir el fallecimiento, se conocía en el mundo mucho



tiempo antes de que quedara establecido el seguro de vida en la forma de institución que existe en nuestros días.

La historia nos refiere la existencia de sistemas de indemnización, en los casos de fallecimientos, desde los tiempos de la antigua Grecia. De la misma manera, desde la época en que alcanzó su más grande desarrollo el comercio marítimo de los fenicios, se conocieron diversos procedimientos para indemnizar a los propietarios de embarcaciones, por las pérdidas sufridas al ocurrir naufragios o extravíos.

En la antigua Roma existieron sociedades fraternales y de beneficencia, cuya función principal consistía en el pago de indemnizaciones al sobrevenir la muerte de sus miembros. Estas organizaciones estaban formadas por esclavos y hombres libres muy pobres.

Por la similitud entre la organización y la práctica de proveer para el caso de fallecimiento, de las sociedades fraternales, y los beneficios que ofrece el seguro en nuestros días, dichas sociedades han sido consideradas como las iniciadoras de la práctica del seguro en el mundo.

## **1.2 EL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO**

Las ideas sobre el seguro social en México, empezaron a surgir en los primeros años del presente siglo, cuando los diferentes partidos políticos discutieron y publicaron sus programas de acción, estructurándose el ideario de la Revolución Mexicana, erigiendo en Institución constitucional el seguro social.

En 1906 el Partido liberal publicó su programa y manifiesto político, pidiendo entre otros asuntos vitales, que se reformara la Constitución en el sentido de establecer:

" La indemnización por accidente y la pensión a obreros que hayan agotado sus energías en el trabajo".

Este programa del partido liberal mexicano es base esencial de las garantías individuales y colectivas, establecidas por nuestra Carta Magna de 1917 en sus artículos 3º, 27, 123 y 130.

Durante varios años, personajes como el Sr. Lic. Benito Juárez, Don Francisco I. Madero y Don Venustiano Carranza, lucharon por la creación de leyes que permitieran garantizar la seguridad social de toda la población.

No es sino hasta 1917 cuando la Institución del seguro social mexicano se constitucionaliza y forma parte del derecho del trabajo.

Es la Constitución Mexicana del 5 de febrero de 1917 la primera en América que se ocupa de los seguros sociales.

El concepto de previsión popular es tan general que no delimita los campos entre el seguro social y el seguro privado.

La redacción original de la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional fue poco clara, no precisó los riesgos del seguro social y el concepto de previsión popular se interpretó en sentidos muy diversos dando origen a organizaciones y sociedades disímiles, sin observar las normas ni las técnicas del seguro social, que prácticamente eran desconocidas.

Correspondió al Sr. General de División Alvaro Obregón, el mérito de haber realizado en 1921 el proyecto de Ley del Seguro Social. Con esta Ley se empiezan a delimitar los riesgos de que se ocupan los seguros sociales: Accidentes y enfermedades profesionales; Invalidez; cesación Involuntaria del trabajo; Jubilaciones por vejez y seguros de vida;

El seguro social se convierte en un factor de equilibrio entre el capital y el trabajo y auxiliar valioso en el engrandecimiento y prosperidad de la nación.

Se piensa en una Reforma Constitucional donde se federalice la legislación del trabajo y de los seguros sociales para conceder iguales derechos a todos los mexicanos.

El 6 de septiembre de 1929, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional, quedando en los siguientes términos:

"Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de la invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos.

En 1933 el Partido Nacional Revolucionario aprobó tres puntos importantes en relación con los seguros sociales, que se exponen a continuación:

I. La implantación del Seguro Social Obligatorio, aplicable a todos los trabajadores y que cubra los principales riesgos no amparados por la Ley Federal del Trabajo; es una de las cuestiones más trascendentales que tiene enfrente todo el Gobierno Revolucionario. Se expedirá una Ley del Seguro Social en favor de los asalariados, sobre la base de participación de las tres unidades concurrentes: Estado, trabajadores y patrones, en la proporción que un estudio detenido señale como equitativa;

II. Se continuarán los estudios técnicos necesarios para llegar a su implantación a la brevedad de tiempo, expidiéndose la Ley correspondiente, para el efecto de que los trabajadores puedan ser amparados en los riesgos no previstos por la Ley Federal del Trabajo, tales como enfermedades generales, maternidad, invalidez, paro, retiro por vejez, y

III. Será capítulo en materia de crédito dar los primeros pasos para la integración de un sistema de seguros, que substraiga del interés privado este importante ramo de la economía.

Desde su nacimiento, las ideas del seguro social mexicano surgen de la idiosincrasia del pueblo, se modelan y perfilan poco a poco hasta adquirir su estructura que lo identifica en la actualidad.

### **1.3 EL SEGURO PRIVADO EN MÉXICO**

Paralelamente al establecimiento del seguro social a nivel Constitucional en México se fue legalizando la operación de las compañías privadas de seguros en México, basadas en el Código de Comercio.

La primera Ley sobre compañías de seguros se expidió en 1892. En esta Ley se fijaban las bases para el establecimiento de una compañía de seguros, vigilada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Esta Ley fue siempre considerada como de finalidad fiscal y no precisamente tendiente a proteger los intereses de los asegurados.

Las primeras compañías de seguros que se fundaron fueron "La Mexicana" y "La Fraternal", operando en el ramo de vida pero que pronto desaparecieron.

En 1897 se funda la "Cía. Gral. de Seguros Anglo Mexicana" operando en el ramo de automóviles, en 1901 "La Nacional Cía. de Seguros" operando en el ramo de vida al igual que la "Latino Americana Cía. de Seguros" fundada en 1906.

Las Compañías de seguros anteriormente mencionadas lograron superar las dificultades inherentes a la competencia en el mercado que les hacían las agencias de empresas extranjeras.

El 25 de mayo de 1910, se promulgó la primera Ley que reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida en México. Los aspectos más importantes de la misma fueron:

- a) Que el seguro sólo podría ser practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o por mutualistas.
- b) Que éstas no podrían operar sino mediante autorización previa de la Secretaría de Hacienda.
- c) Las tarifas de primas y los documentos de contratación de los seguros, deberían ser previamente aprobados por la Secretaría de Hacienda.
- d) Inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo.
- e) Se hacía obligatoria la constitución y la inversión de reservas técnicas y de previsión.
- f) Se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros.

En esta época no se llevó a cabo en la forma esperada, el control de las operaciones de seguros.

El 25 de mayo de 1926 se expidió la "Ley General de Sociedades de Seguros", que extendió el sistema del control estatal que ya existía para el seguro de vida, a todos los ramos de seguros.

Esta Ley no asentaba las bases para la constitución de sociedades de seguros, que evitaran la operación de empresas extranjeras y proteger la economía de nuestro país.

El 26 de agosto de 1935 entraron en vigor las dos leyes que son fundamentales en esta materia: "Ley General de Instituciones de Seguros", que dejó sentadas las bases para el funcionamiento de la industria aseguradora en México, y la "Ley sobre el Contrato de Seguro" que establece las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato.

Ambas Leyes, son actualmente reconocidas en el ámbito mundial, como modernas y avanzadas.

Las empresas extranjeras se rehusaron a acatar las disposiciones que se mencionaban en dichas leyes, por lo que, a partir de ese momento, retiraron su representación en México y toda su cartera de clientes fue absorbida por empresas mexicanas quedando así todo el mercado asegurador en manos de mexicanos.

A partir de este momento empezó la operación de las distintas compañías de seguros en los distintos ramos del seguro, Vida, Accidentes y Enfermedades, Daños y Automóviles.

En México no existen los quebrantos de las compañías de seguros ya que en estos casos, las carteras son absorbidas por otras aseguradoras, tal es el caso de Pan American que en el año de 1988 se declaró fuera de la operación y su cartera fue absorbida por otras compañías, lo que protege en gran medida a los asegurados ya que no se ven afectados por esta situación.



Actualmente existen 52 compañías de seguros operando en México y 3 compañías mutualistas y tanto las compañías privadas como las estatales se tienen que sujetar a las leyes anteriormente mencionadas para cumplir con su objetivo.

El capital de 12 de las 52 es 100% extranjero, ya que son filiales de compañías extranjeras, como por ejemplo, Pioneer, American Bank, y Reliance National. Otras compañías tienen participación de capital extranjero en un porcentaje no mayor al 49% y son sólo 11, como por ejemplo, Seguros Interamericana, Seguros Monterrey Aetna, Seguros Tepeyac, Seguros Génesis, etc. y el resto de ellas son de capital totalmente nacional. ( Esto según datos proporcionados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas )

## **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SEGUROS DE GRUPO.**

### **2.1 PRINCIPIOS**

No existe una definición universal de los seguros de grupo, sino características principales, como son:

- a) Existen varios asegurados bajo un mismo contrato.
- b) Ningún asegurado puede elegir libremente la cantidad de seguro, sino que exige una regla objetiva de determinación de los beneficios.

Los seguros de grupo en realidad no son formas nuevas del seguro, sino métodos de venta, de selección y de administración.

Otorgan la facilidad de venta, ya que las negociaciones se llevan a cabo con el o los representantes del grupo, sin que se tengan que involucrar directamente a los asegurados.

Existe una previa selección por el representante del grupo, los beneficios son prefijados, por lo tanto se suprime la selección adversa y el grupo es una muestra homogénea de la población.

La administración resulta muy sencilla gracias a que el pago de primas se lleva a cabo en forma global, el representante del grupo hace entrega de la información del

personal a la compañía de seguros a través de listados de nómina, por lo que se elimina el contacto directo con cada uno de los asegurados.

En nuestro país el Reglamento del Seguro de Grupo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1962, es el que regula a los seguros de grupo, el cual se presenta al final (ANEXO 1).

Una ventaja muy importante para las sociedades mercantiles al contratar un seguro de grupo, es la deducibilidad de éste, pero para que un seguro sea deducible de impuestos, deberá cumplir con lo establecido en la Ley del Impuesto sobre la Renta y su Reglamento, Art. 24 fracción XII y XIII. (ANEXO 2)

En todos los casos deberán establecerse planes conforme a los plazos y requisitos que se fijen en el Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, Arts. 19 y 20 (ANEXO 3)

Todo lo anterior considero que son los principios básicos y fundamentales del seguro de grupo.

## **2.2 SEGURO DE GRUPO VIDA**

El seguro de vida pretende principalmente proteger a la familia contra las consecuencias económicas derivadas del fallecimiento prematuro o la invalidez total y permanente de cualquiera de sus miembros; sobre todo el jefe de familia que la sostiene.

Estas consecuencias económicas se refieren principalmente a los gastos inmediatos de defunción, gastos de educación de los hijos, gastos para alimentación, casa y ropa de los demás miembros de la familia.

Es por ello, que resulta de vital importancia contar con un sustento que proteja a las familias ante la presentación de estos acontecimientos imprevistos.

El seguro de grupo vida cumple con esta finalidad para las empresas que lo contratan, ya que sus empleados son las personas que sostienen la economía familiar y por consiguiente la de nuestra sociedad.

Para contratar un seguro de grupo vida, se tiene que cumplir con lo establecido en el "Reglamento del Seguro de Grupo", por lo que la suma asegurada que se desee contratar, estará sujeta a este Reglamento.

Límites de edad. Existe una edad máxima de aceptación que puede ser de 60 ó 65 años y una edad máxima de renovación a los 70 años.

Coberturas Adicionales: En el seguro de vida se pueden adicionar coberturas que cubren una indemnización paralela al del plan básico (fallecimiento).

Entre los beneficios adicionales que se ofrecen en las distintas compañías de seguros se mencionan los siguientes:

- a) El beneficio de indemnización por muerte accidental o pérdidas orgánicas.
- b) El beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.
- c) El beneficio de pago anticipado de la suma asegurada por invalidez total y permanente.

Estos beneficios adicionales no se pueden contratar en forma independiente, sino que siempre se contratan como adición a su plan básico y en ningún caso la suma asegurada de estos beneficios podrá ser superior a la contratada en el beneficio básico.

Otra característica de estos beneficios es que son opcionales, es decir, que no es obligatorio contratarlos para un seguro dado.

a) El beneficio de indemnización por muerte accidental o pérdidas orgánicas.

Las compañías de seguros utilizan el concepto de accidente en base a la siguiente definición:

Accidente es la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa ajena a la voluntad del asegurado o de un tercero, que origina directamente lesiones corporales al mismo asegurado.

**Este beneficio adicional garantiza:**

- Cubrir determinada indemnización al beneficiario, si el asegurado fallece, ó
- Indemnizar al asegurado cuando el daño accidental le hace sufrir pérdidas corporales.

Para que la compañía aseguradora pague la indemnización correspondiente, la muerte o la pérdida de miembros deben ocurrir en un plazo no mayor de 90 días posteriores al accidente.

La indemnización por pérdida de miembros, queda determinada por una tabla, que establece los porcentajes a pagar de la suma asegurada estipulada. Se manejan dos tipos de tablas, Escala "A" y Escala "B", esta última más amplia que la "A", cubriendo los porcentajes que se estipulan en la Ley del Trabajo.

También se puede garantizar el doble de la suma asegurada estipulada para este beneficio, si el accidente ocurriese en circunstancias especiales, que serían:

- Accidentes en vehículos públicos en el que al asegurado viaje como pasajero, operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular.
- En un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas.

- A causa del incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el asegurado al manifestarse el incendio.

***b) El Beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.***

La compañía de seguros conviene en eximir al asegurado que quede invalidado total y permanentemente, a partir de la fecha en que sean admitidas las pruebas de la existencia de la invalidez, del pago de las primas que correspondan al asegurado incapacitado, que venzan después de que se declaró el estado de invalidez total y permanente, siempre y cuando esté con vida e independientemente que la póliza se encuentre en vigor.

Este beneficio tiene como finalidad el cubrir al asegurado por fallecimiento, en el momento en que éste ocurra, sin necesidad de pago de primas desde que sea declarada la invalidez.

***c) El beneficio de pago anticipado de la suma asegurada por invalidez total y permanente.***

La compañía de seguros conviene en pagar al asegurado que quede invalidado total y permanentemente a causa de un accidente, la suma asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición. Se establece un período de espera generalmente de 3 meses para el pago de la suma asegurada, el cual empezará a contar a partir de la fecha de inicio de la invalidez.

Es importante mencionar que dentro de los requisitos de selección tenemos la ocupación del grupo de personas a asegurar, por lo que es necesario calificar el riesgo de acuerdo a su ocupación y utilizar una tabla de extraprimas ocupacionales, donde se da a conocer el costo adicional en primas que se deberá aplicar.

**Dividendos.** Las compañías de seguros calculan las primas planeando márgenes de utilidad en mortalidad, interés y gastos.

La devolución al asegurado de la utilidad obtenida como resultado de la buena experiencia en siniestralidad del seguro, después de gastos, es lo que se conoce como dividendo.

Hay tres fuentes de las cuales pueden obtenerse los dividendos:

1. Los ahorros en la mortalidad
2. Las ganancias por concepto de inversiones
3. Los ahorros en gastos

1. Los ahorros de la mortalidad, se refieren a que si el número de muertes realmente experimentadas es menor que el número de muertes utilizado en los cálculos, la compañía de seguros tendrá un exceso de fondos después de que todas las reclamaciones por muerte han sido pagadas.



2. Las ganancias por concepto de inversiones se refiere a que el interés real aplicado en las inversiones de las reservas, es generalmente mayor al utilizado en los cálculos.

3. Se tiene una ganancia en gastos si los gastos realmente experimentados son menores a los supuestos.

Uno de los métodos para calcular los dividendos es el de contribución que consiste en lo siguiente:

Considerando los tres puntos mencionados con anterioridad tenemos que:

La reserva de una póliza al año  $t$  sería:

$${}_tV_x = ({}_{t-1}V_x + P_x) (1+i) - q_{x+t} (1 - {}_{t-1}V_x) \dots\dots\dots(1)$$

Si la tasa de interés real es  $i'$ , la tasa de mortalidad real es  $q'_{x+t}$ , los gastos reales  $g'$ , el recargo contenido en la prima es  $g$ , la utilidad o excedente " $U_x$ ", el fondo al fin del año sería:

$${}_tV_x + {}_tU_x = ({}_{t-1}V_x + P_x + g - g') (1+i') - q'_{x+t} (1 - {}_{t-1}V_x) \dots\dots\dots(2)$$

Restando (1) de (2) tenemos el excedente o la utilidad:

$${}_tU_x = ({}_{t-1}V_x + P_x) (i' - i) + (g - g') (1+i') + (q_{x+t} - q'_{x+t}) (1 - {}_{t-1}V_x)$$

Donde:

${}_tU_x$  = Dividendo al año t

${}_{t-1}V_x$  = Reserva al año t-1

${}_tV_x$  = Reserva al año t

$P_x$  = Prima neta

$i'$  = Tasa interés real

$i$  = Tasa de interés supuesto

$g'$  = Gastos reales

$g$  = Gastos supuestos

$q'_{x+1}$  = Tasa de mortalidad Real

$q_{x+1}$  = Tasa de mortalidad supuesta.

El contratante de una póliza de vida podrá participar de la utilidad que obtenga la compañía de seguros por concepto de mortalidad favorable, para lo cual existen dos opciones:

a) Recibir la participación de acuerdo a la siniestralidad de la totalidad de las pólizas expedidas bajo el mismo plan. ( Experiencia Global )

b) Que la participación sea calculada con base en su propia experiencia en siniestralidad, fijándose para ello un porcentaje máximo de participación desde en inicio del contrato, de acuerdo a los sistemas aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. ( Experiencia Individual )

La experiencia global es aplicada a todos aquellos grupos cuyo número de asegurados es menor a 500 y el cálculo de dividendos se hace de la siguiente manera:

$$UR = PBD - CO - (S - SR) - PRD - G - PUR$$

Donde:

UR = Utilidad Repartible

PBD = Prima Bruta Devengada

C = Comisiones

S = Siniestros

SR = Siniestros Recuperados

PRD = Prima de reaseguro Devengada

G = Gastos de Administración

PUR = Participación en las utilidades por reaseguro.

La mayoría de las compañías de seguros otorgan un máximo de porcentaje estipulado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de la utilidad repartible a toda la cartera con estas características, la cual es calculada una vez al año.

La experiencia individual se otorga a grupos de más de 500 asegurados y el dividendo es calculado en base a su propia experiencia, fijando un porcentaje de la prima neta menos los siniestros ocurridos durante la vigencia, el porcentaje es fijado anualmente y depende de la comisión que se fije para el agente y el margen que requiera la compañía de seguros para la administración del negocio.

La mayoría de las compañías de seguros construyen una tabla que especifica los porcentajes máximos de dividendos a los que tiene derecho el grupo, basados en la prima neta anual y la comisión y el margen de administración que requiere la compañía de seguros, como se muestra en la siguiente tabla ejemplo:

PRIMA ANUAL (C.V.S.M.M.)	FORMULA % P - S	COMISION Agente y Sup	MARGEN MINIMO	PERIODICIDAD DE CALCULO
10 - 100	70%	12%	18%	ANUAL
100 - 500	72%	11%	17%	ANUAL
500 - 1000	76%	10%	14%	TRIMESTRAL
1000 - 2000	79%	8%	15%	TRIMESTRAL
2000 - 4000	85%	6%	9%	ANUAL
4000 - MAS	90%	5%	5%	ANUAL

Como puede observarse en la tabla anterior, también la periodicidad con que se lleva a cabo el pago de los dividendos puede variar dependiendo del volumen de prima.

La tabla a utilizar deberá ser presentada mediante una nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas aunada a todos los supuestos y cálculos del seguro de grupo.

Ejemplo de un cálculo de dividendo:

Prima neta anual: N\$798,000.00  
 Fórmula de dividendos: 79% P - S

Siniestros ocurridos:	N\$357,000
Dividendo máximo:	N\$630,420.00
menos siniestros ocurridos:	(N\$357,000.00)
Dividendo a devolver:	N\$273,420.00

Además de estas dos opciones de participación en las utilidades del seguro, algunas compañías de seguros ofrecen otra opción llamada experiencia combinada, la cual resulta de combinar tanto la experiencia global como la experiencia individual, lo cual protege en mayor grado a las compañías de seguros ya que se logra mantener un margen de utilidad superior en pólizas más grandes que el que se otorga en experiencia individual.

Sistemas de administración. Actualmente en el mercado los sistemas de administración más usuales del seguro de grupo son los siguientes:

a) Sistema normal. Bajo este sistema de administración es necesario que una vez expedida la póliza se reporten cada mes los movimientos de altas y bajas de los participantes en la póliza, de tal forma que se lleve a cabo el pago o devolución correspondiente por cada uno de los movimientos efectuados durante la vigencia del plan.

b) Sistema autoadministrado. Este sistema de administración, a diferencia del anterior, simplifica considerablemente el manejo del seguro, ya que no es necesario reportar mensualmente los movimientos de los participantes, basta con entregar a la compañía de seguros un listado al inicio de la vigencia con los datos

de los participantes y uno al final de la vigencia para hacer el cálculo del ajuste en primas por estos movimientos.

Esto se basa en la suposición de que todas las altas se dan a mitad del año, por lo que se simplifica considerablemente la administración haciendo el cálculo una vez al año.

Es importante que todos aquellos participantes que no se encontraban en el listado inicial requirieran y firmen el consentimiento para ser asegurado en el plan, documento que será entregado por la aseguradora, con el fin de que quede automáticamente asegurado, solamente en caso de siniestro, la compañía de seguros solicitará dicho documento para constar su aseguramiento y realizar el pago correspondiente a los beneficiarios ahí designados.

**Formas de pago.** Existen varias opciones para llevar a cabo el pago de primas en un seguro de grupo y son las siguientes:

- a) Pago anual
- b) Pago semestral
- c) Pago trimestral
- d) Pago mensual

En el caso de forma de pago distinta a la anual, las compañías de seguros agregan a la prima un recargo por pago fraccionado, que varía dependiendo de la periodicidad del mismo.

La tasa de financiamiento por pago fraccionado que se utiliza como base para el cálculo del recargo, es la que publica el Banco de México del C.P.P. del mes, en el Diario Oficial de la Federación, la cual entra en vigor al día siguiente hábil de su publicación.

Además, se multiplica el C.P.P. por un factor de (1.25). La tasa se puede ajustar cada mes, siempre y cuando exista una diferencia superior o inferior del C.P.P. a utilizar cada mes con respecto al mes anterior de más de 5%.

El cálculo de la tasa de financiamiento se realiza con base al siguiente procedimiento:

$$T_r = (1 + i) / ((1 + i')^k + (1 + i')^{2k} + (1 + i')^{3k} + \dots + (1 + i')^{12k}) - 1$$

Donde:

- $i(m)$  = C.P.P. ( 1.25)
- $i'$  =  $i(m) / m$
- $m$  = 12
- $t$  = periodicidad de pago de primas
- $K$  =  $m/t$
- $i$  = Tasa efectiva anual

**Documentación necesaria para contratar un seguro de Grupo Vida.**

Para llevar a cabo la contratación de un seguro de Grupo Vida, es necesario lo siguiente:

1. Requisitar una solicitud que contiene la información del grupo a asegurar y que debe ir firmada por el representante legal del grupo. Todas las Compañías de seguros cuentan con un formato propio autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
2. Listado actualizado del grupo a asegurar que contenga lo siguiente:

- Nombre completo del empleado
- R.F.C. o fecha de nacimiento
- Sueldo mensual.

Es importante que cada asegurado requirite y firme un documento llamado Consentimiento individual para seguro de grupo, en el cual el asegurado nombra a sus beneficiarios y designa los porcentajes en que desea distribuir la suma asegurada. Las compañías de seguros cuentan con este documento diseñado por cada una de ellas, previamente autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y el cual tiene validez oficial, por lo que en caso de fallecimiento, se pagará la suma asegurada a el o los beneficiarios designados en dicho documento.



**Tarifas Utilizadas.** Las tarifas utilizadas en los seguros de grupo vida varían en las distintas compañías de seguros, pero todas ellas están basadas en la tabla de Mortalidad de Experiencia Mexicana 62 - 67 de Grupo.

Algunas de las compañías de seguros utilizan la tabla de mortalidad de activos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sin embargo las tablas se están modificando mucho. Para el cálculo de las primas de invalidez, se utilizan las tablas selectas de terminación publicadas por la Sociedad Americana de Actuarios en 1952.

Para tarificar las primas netas por fallecimiento, las compañías de seguros deben considerar lo siguiente:

Tasa de interés:	$i$
Tabla de mortalidad:	La que se pretenda utilizar
Tabla de invalidez:	Tablas selectas de terminación

Además de lo anterior, alguna utilizan hipótesis como:

- a) Distribución uniforme de siniestros durante el año
- b) Se considera la edad alcanzada al último año.
- c) Edad promedio de  $N + \frac{1}{2}$  para quienes declaran una edad alcanzada de  $x$  años.

Con lo anterior tenemos:

$$P_x = (d/h)(d_{x+n}/l_{x+n})$$

Donde:

$$d = i / (1 + i)$$

$$h = \ln(1 + i)$$

$$d_{x+n} = (d_x + d_{x+1}) / 2$$

$$l_{x+n} = l_x - d_x / 2$$

Con los cálculos anteriores se obtienen las primas netas por edad y hace falta incrementarles los gastos de administración y la comisión que se le pagará al agente, por lo que se hace lo siguiente:

$$PT_x = P_x + A_1 / 1 - (A_2 + B_1 + B_2)$$

Donde:

$A_1$  = Gastos de administración al millar de suma asegurada

$A_2$  = Gastos de administración en porcentaje de la prima

$B_1$  = Comisión de Agente

$B_2$  = Comisión de Promotor

**Emisión de una póliza.** Para llevar a cabo la emisión de una póliza de seguro de Grupo Vida, es necesario reunir y entregar a la Cía. de Seguros los documentos anteriormente mencionados, sin embargo actualmente y para facilitar dicha emisión, la mayoría de las Compañías solicitan la información del personal a través de disquetes o cintas magnéticas para facilitar y agilizar la expedición de la póliza sin errores.

**Documentos necesarios en caso de siniestro.** Al momento de ocurrir un siniestro, se deberá reunir la siguiente documentación:

**FALLECIMIENTO:**

- Consentimiento individual firmado del asegurado
- Acta de defunción del asegurado
- Acta de nacimiento del asegurado
- Acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios
- En los casos de suma asegurada en base a sueldo, se deberá entregar el recibo del último sueldo del asegurado.
- En caso de muerte accidental, se deberá entregar el acta del ministerio público.
- Declaración de Beneficiarios. Este es un documento impreso por la compañía de seguros, que requisita el o los beneficiarios, para poder proceder al pago de la suma asegurada.
  
- Declaración del testigo. Este documento es también una forma impresa por parte de la compañía de seguros y la cual tiene como finalidad obtener la

certificación por parte de un testigo, de que la persona fallecida era realmente la persona que estaba asegurada.

- Certificado del médico sobre la causa de la muerte del asegurado. Al igual que los anteriores, este es un documento impreso por la compañía de seguros, el cual es requisitado por el médico que certifica la muerte del asegurado y que declara ante la misma la causa de la muerte del mismo.

#### INVALIDEZ

- Consentimiento individual firmado del asegurado
- Dictamen de invalidez total y permanente que emite el IMSS  
( Forma MT-4 )
- En los casos de suma asegurada en base a sueldo, se deberá entregar el recibo del último sueldo del asegurado.
- Acta de nacimiento del asegurado.

El dictamen de Invalidez que otorga el IMSS no es determinante para el pago del beneficio, por lo que en ocasiones las compañías de seguros realizan un dictamen del asegurado a través de sus propios médicos para considerarlo como válido.

### **2.3 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

Al igual que el seguro de grupo vida, el seguro de gastos médicos mayores pretende evitar el desequilibrio que se ocasiona en la economía familiar, pero esta vez al verse afectada por un gasto inesperado a consecuencia de la presentación de un accidente o una enfermedad de cualquiera de los miembros de familia.

Dentro de una póliza de gastos médicos mayores podrá incluirse además del empleado o titular, al cónyuge e hijos, todos ellos menores de 25 años, que dependan económicamente del titular, cobrando para esto, el costo individual por participante de acuerdo a una tarifa establecida por edad y sexo.

Deberá reunirse las características estipuladas en el Reglamento del Seguro de Grupo para considerarse como tal y por lo tanto, contar con las ventajas que ofrece un seguro de grupo a diferencia de un seguro individual.

La suma asegurada contratada deberá ser de carácter general para todos los participantes o de carácter general por estratos de acuerdo a los niveles jerárquicos de la empresa contratante, pero siempre vigilando el cumplimiento de lo que establece la Ley de Impuesto Sobre la Renta para el aspecto de deducibilidad.(Art. 24, fracciones XII y XIII).

La vigencia de estos seguros es de un año renovable y el número mínimo de participantes es el que establece el Reglamento de Seguro de Grupo.

Las pólizas de gastos médicos mayores se contratan con un deducible y un coaseguro estipulados desde su inicio, los cuales serán determinados por el contratante y que deberán ser de carácter general.

A continuación se define deducible y coaseguro:

a) Deducible: Se entenderá por deducible la cantidad, que el asegurado deberá afrontar por cada accidente o enfermedad cubiertos, la cual puede ser fija, en veces el salario mínimo mensual o un porcentaje de la suma asegurada. Esta cantidad se paga una vez por cada evento ocurrido.

b) Coaseguro: Porcentaje de participación del asegurado en los gastos incurridos por algún accidente o enfermedad cubiertos, después de la aplicación del deducible. En algunas ocasiones puede estar topado a un porcentaje máximo sobre la suma asegurada por cada evento.

Los gastos que generalmente quedan cubiertos en una póliza de gastos médicos mayores, son todos aquellos ocasionados por enfermedades o accidentes que ocurran a partir de la fecha en que se contrató la póliza, ya que toda enfermedad o accidente ocurrida con anterioridad a la contratación de la misma, resulta preexistente y por lo tanto no se cubre, a menos que se haya contratado dicho beneficio adicional.

Dentro de los gastos que generalmente es posible recuperar a través de una póliza de gastos médicos mayores están todos aquellos originados por:

- Honorarios de Médicos (cirujano, anestesista y ayudante)
- Honorarios de enfermera
- Gastos de Hospital
- Medicamentos adquiridos, dentro y fuera del hospital.
- Consultas médicas.
- Todos aquellos estudios que se requieran para el diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad o accidente cubiertos.

Cada compañía de seguros tiene un documento en el que se especifican las condiciones generales que operan para el seguro, en el cual se detallan los gastos cubiertos, las principales exclusiones y limitantes, como pueden ser:

- Padecimientos preexistentes
- Gastos originados por tratamientos contra el SIDA, etc.

Coberturas Adicionales. Dentro de una póliza de gastos médicos mayores es posible contratar, además de los gastos cubiertos que se estipulan en el contrato, beneficios adicionales que normalmente no se cubren en este tipo de planes como son:

- Maternidad
- Urgencia Médica en el extranjero
- Cobertura en el extranjero

- Cobertura dental
- Preexistencia
- Ambulancia aérea, etc.

Todos estos con costo adicional a las tarifas estipuladas en el plan y mediante un endoso que estipule dicha contratación.

**Límite de edad.** La edad máxima de aceptación es de 64 años, con renovación máxima a los 69 años.

**Sistemas de Administración.** Al igual que el seguro de Grupo Vida, el seguro de Gastos Médicos Mayores, tiene varios sistemas de administración y son los siguientes:

*a) Reportes mensuales.* Bajo este sistema, el contratante mensualmente durante los primeros cinco días de cada mes, deberá reportar a la Cía. de Seguros las altas o bajas del personal que se hayan tenido durante el último mes, con la finalidad de respetar la fecha de ingreso al seguro, de lo contrario, la fecha de alta o baja al seguro será el día en que la Cía. de Seguros reciba el aviso del movimiento.

Cada movimiento mensual le será cobrado o devuelto al contratante de inmediato, de manera que se actualiza cada mes el costo de la prima debido a estos movimientos.

*b) Estado de cuenta.* Mediante este sistema, el contratante dará de alta o baja a los asegurados como en el sistema anterior, a diferencia de que no se le hará el cobro



de las primas correspondientes sino hasta el final de la vigencia, cargando todas las altas y abonando todas las bajas que se hayan generado.

c) Autoadministrado. Este es el sistema de administración más simplificado que se maneja en los seguros, ya que sólo se lleva a cabo un ajuste de primas al final de la vigencia, considerando la prima obtenida en la renovación de la póliza, aplicando las mismas tarifas y condiciones al personal actualizado, a este resultado, se le resta la prima con la que inició la vigencia anterior, y la diferencia entre ambas, se cobra al 50%. Es importante, sin embargo, que mensualmente se le reporten a la Cía. de Seguros las altas que se vayan teniendo, para que en caso de siniestro, se pueda llevar a cabo el pago del mismo.

Dividendos. Generalmente no se otorga participación en utilidades en las pólizas de Gastos Médicos Mayores, sin embargo es posible que algunas Compañías otorguen algún porcentaje para pólizas cuyo volumen de prima es elevado y que cuenta con más de 300 asegurados en el grupo.

La periodicidad del otorgamiento de estos dividendos es generalmente anual vencida.

Formas de pago. Se cuenta también con cuatro opciones de pago, anual, semestral, trimestral o mensual, las últimas tres considerando un recargo previamente estipulado por la compañía de seguros.

**Documentación necesaria para contratar un seguro de Gastos Médicos Mayores.**

Para llevar a cabo la contratación de un seguro de Gastos Médicos Mayores, es necesario lo siguiente:

1. Requisar una solicitud que contiene la información del grupo a asegurar y que debe ir firmada por el representante legal del grupo. Todas las compañías de seguros cuentan con un formato propio autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2. Listado actualizado del grupo a asegurar que contenga lo siguiente:

-Nombre completo del titular y dependientes económicos ( cónyuge e hijos, estos últimos menores de 25 años).

-Fecha de nacimiento de cada uno de los participantes.

3. Requisar el consentimiento individual para ser asegurado en la póliza colectiva de gastos médicos mayores.

Tarifas utilizadas. Las tarifas que se ofrecen en estos seguros varía mucho entre una compañía de seguros y otra, ya que se basan en la experiencia en siniestralidad de cada una de ellas.

Las tarifas se obtienen como resultado del análisis de morbilidad registrada (# de reclamaciones / # de expuestos) durante un periodo de tiempo determinado, además de considerarse los gastos de administración requeridos para el seguro.

La morbilidad debe calcularse en base a la distribución de edades por quinquenio y por sexo.(el primer rango es de 00 a 19 años, a partir de ahí es cada cinco años). de la cartera de grupos cuyos asegurados sea menos a 500.

Ejemplo de cálculo de morbilidad:

<i>SEXO MASCULINO</i>	<i>NUMERO DE</i>	<i>NUMERO DE</i>	<i>MORBILIDAD</i>
<i>RANGO DE EDAD</i>	<i>EXPUESTOS</i>	<i>SINIESTROS</i>	<i>SIN / EXP</i>
00-19	15,018	1,313	0.0874
20-24	3,001	298	0.0993
25-29	3,287	288	0.0876
30-34	3,919	379	0.0967
ETC.			

<i>SEXO FEMENINO</i>	<i>NUMERO DE</i>	<i>NUMERO DE</i>	<i>MORBILIDAD</i>
<i>RANGO DE EDAD</i>	<i>EXPUESTOS</i>	<i>SINIESTROS</i>	<i>SIN / EXP</i>
00-19	14,163	1,001	0.0707
20-24	3,344	324	0.0969
25-29	3,972	660	0.1425
30-34	4,4289	633	0.1476
ETC.			

Notación:

$$M(x, x+4) = NS(x, x+4) / NE(x, x+4)$$

Donde:

$M(x, x+4)$  = Morbilidad observada por rango de edad y sexo

$NS(x, x+4)$  = Número de siniestros por rango de edad y sexo

$NE(x, x+4)$  = Número de expuestos por rango de edad y sexo

Una vez obtenida la morbilidad por rango de edad y sexo, es necesario ajustar la curva de datos, para la cual la mayoría de las compañías de seguros utilizan el método de mínimos cuadrados.

Una vez que se tiene una morbilidad estimada, se debe multiplicar ésta por el gasto promedio de reclamación también por rango de edad y sexo, para obtener la prima por edad y sexo, como se muestra:

### SEXO MASCULINO

RANGO DE EDAD	CASOS	TOTAL RECLAMADO	PROMEDIO	MORBILIDAD	PRIMA AJUSTADA
00-19	1,313	8,813,243	6,712	0.00882	572
20-24	298	2,528,653	8,485	0.0088	757
25-29	288	2,611,520	9,067	0.00893	810
30-34	379	3,707,195	9,782	0.0091	911
ETC					

## SEXO FEMENINO

GRUPO DE EDAD	CASOS	TOTAL RECLAMADO	PROMEDIO	MOVILIDAD	PRIMA AJUSTADA
00-19	1,001	7,452,150	7,445	0.0750	543
20-24	324	3,221,017	9,941	0.1000	994
25-29	566	5,148,580	9,096	0.1250	1,124
30-34	633	6,757,750	9,096	0.1425	1,295
ETC.					

Esta tarifa es la cantidad que se supone sería suficiente para cubrir el 100% de los siniestros ocurridos durante un año, sin embargo para obtener la prima de tarifa a cobrar se hace lo siguiente:

$$PT(x_i, x_{i+5}) = PA(x_i, x_{i+5}) * RISS * RD / 1 - (GD + GA)$$

Donde:

$PT(x_i, x_{i+5})$  = Prima de tarifa por quinquenio de edad

$PA(x_i, x_{i+5})$  = Prima ajustada por quinquenio de edad

RISS = Recargo por inflación del sector salud

RD = Recargo por desviación

GD = Gastos de administración máximos

GA = Gastos de adquisición máximos

Para los grupos con más de 500 asegurados generalmente el cálculo de las primas se obtiene utilizando únicamente el importe de la siniestralidad total presentada por el grupo durante el período observado y utilizando la fórmula anterior se obtiene la prima total a pagar por el grupo.

Emisión de una póliza. Para llevar a cabo la emisión de una póliza de seguro de gastos médicos mayores, es necesario reunir y entregar a la compañía de seguros los documentos anteriormente mencionados, sin embargo actualmente y para facilitar dicha emisión, la mayoría de las compañías solicitan la información del personal a través de disquetes o cintas magnéticas para facilitar y agilizar la expedición de la póliza sin errores.

Convenios de pago directo. Actualmente la gran mayoría de las compañías de seguros ofrecen como una ventaja adicional a los asegurados, llevar a cabo el pago en forma directa a los hospitales y médicos. Lo anterior es posible mediante un convenio preestablecido entre estos hospitales y médicos con las compañías de seguros, lo cual ha resultado de gran ayuda tanto para los asegurados como para las compañías, ya que por un lado, controla en mejor forma la siniestralidad de las pólizas, que en los últimos años se ha visto incrementada en forma considerable y por otro, evita el desembolso de los asegurados en el momento en que se presenta el accidente o un tratamiento por enfermedad. En ocasiones se ofrece la eliminación del deducible y coaseguro correspondientes lo cual, es también en beneficio de los asegurados y que representa aún con este incentivo un ahorro para las compañías de seguros, ya que existen muchos abusos por parte de los prestadores de servicio y con estos convenios se minimizan considerablemente..

**Documentos necesarios en caso de siniestro.** Al momento de presentarse una reclamación de gastos médicos mayores por motivo de un accidente o una enfermedad cubiertos, el asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

- Informe Médico. Este documento tiene la finalidad de recabar, por parte del médico, toda la información acerca del accidente o enfermedad que presenta el asegurado. Este documento es una forma impresa de la compañía de seguros y deberá estar firmada por el médico tratante.

- Aviso de Accidente o enfermedad. Al igual que el anterior, este documento está impreso por parte de la compañía de seguros y es requisitado por el asegurado como una constancia del accidente o enfermedad que presenta.

- Recibos de honorarios, facturas, notas de farmacia, etc. que sean oficiales y cuenten con todos los requisitos fiscales.

- Adicionalmente, se recomienda anexar el resultado de todos los estudios practicados al afectado, ya sean radiografías, pruebas de laboratorio, etc. que hayan sido necesarios para el diagnóstico o tratamiento del padecimiento.

- En algunas ocasiones es necesario presentar una historia clínica para determinar si el siniestro es procedente o no.

En algunos casos se manejan los pagos de siniestros en forma mixta, esto es, cuando el asegurado acude a un hospital en convenio pero con la atención de un médico

que no se tiene en convenio. En este caso, la compañía para en forma directa al hospital y posteriormente el asegurado entrega los recibos de honorarios a la compañía de seguros para que le sean reembolsados.



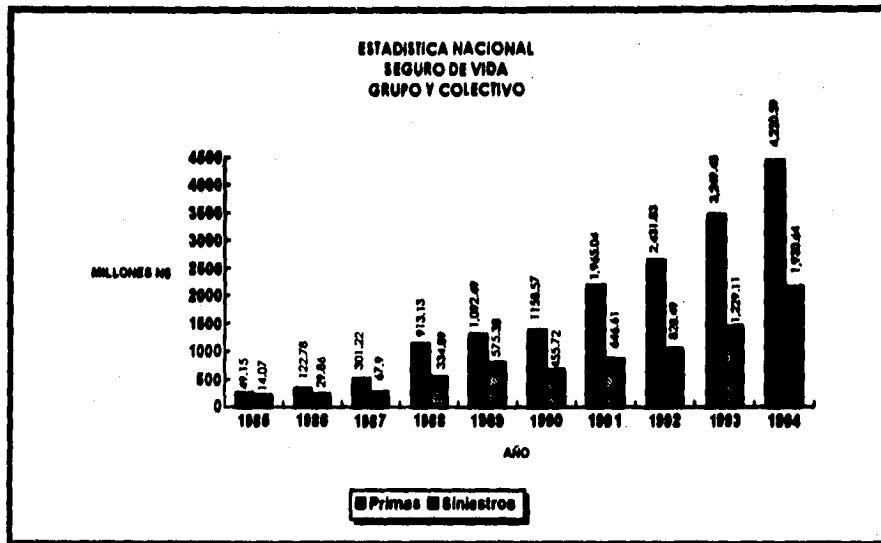
### **III. COMPORTAMIENTO DEL MERCADO ACTUAL EN LOS SEGUROS DE GRUPO.**

#### **3.1 SEGURO DE VIDA GRUPO**

El seguro de grupo en México siempre ha sido uno de los ramos más rentables de las compañías de seguros, ya que el resultado de la siniestralidad con respecto a las primas ha sido menor, por lo menos los últimos 10 años, lo que permite la obtención de utilidades muy buenas al finalizar cada año, aún después del margen de la compañía y de las comisiones pagadas a los agentes.

Este tipo de seguro es considerado como uno de los más sencillos en su administración, ya que como se mencionó anteriormente, la mayoría de los planes cuentan con un sistema autoadministrado, lo cual permite al cliente y a la compañía de seguros reducir el tiempo invertido y mantener gastos fijos de administración.

A continuación presento una estadística de las primas directas contra siniestros directos observada durante 10 años de todas las compañías de seguros, en la que se muestra el comportamiento hasta 1994 de este ramo.



NOTA: Esta información fue obtenida de las estadísticas que publica AMIS.

TABLA DE ESTADÍSTICAS

Año	Primas	Sinistros	Porcentaje
1985	49.15	14.07	29%
1986	122.78	29.86	24%
1987	301.22	67.9	23%
1988	913.13	334.89	37%
1989	1,092.49	575.38	53%
1990	1,158.57	453.72	39%
1991	1,965.04	646.61	33%
1992	2,431.83	828.49	34%
1993	3,249.43	1,229.11	38%
1994	4,220.59	1,930.64	46%

Como se puede observar, la siniestralidad en promedio se sitúa en un 44% sobre prima. La mayoría de las compañías de seguros ofrecen a grupos de menos de 500 asegurados una devolución por concepto de dividendos por buena siniestralidad

(Experiencia Global) considerando año calendario, esto es, se considera la prima devengada durante el año calendario, se suma toda la prima de estos grupos y de acuerdo al resultado de dicha cartera en ese año, es posible devolver al cliente un dividendo sobre su prima devengada. El porcentaje que se ofrece en la mayoría de las compañías de seguros es de un 20 y 25%, aunque en algunos casos se ofrece hasta un 40%, en forma anual vencida.

Para los grupos con más de 500 asegurados, el porcentaje varía de acuerdo a la comisión y margen que pacte la compañía de seguros, por lo que la devolución por concepto de dividendo, nunca podrá ser mayor a la prima pagada menos comisiones y margen de la compañía.

Basados en esta información es como algunas de las compañías de seguros que manejan el seguro de grupo, están buscando alternativas que hagan más competitivos los productos, esto es, hay un margen entre la prima pagada por los clientes y la siniestralidad que se presenta cada año en las pólizas, lo que hace necesario un ajuste en las primas pagadas o un ajuste en las tablas de mortalidad con las cuales se están calculando las primas. Algunas de las tendencias sobre esto serán mencionadas en el siguiente capítulo.

### **3.2 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

La misión principal de los seguros de gastos médicos mayores, es la de cubrir aquellas enfermedades o accidentes que por el impacto financiero que representan, desequilibran a las personas y a las familias en sus planes.

Durante varios años, este tipo de seguros han representado pérdidas para la mayoría de la compañías de seguros, sin embargo, en la actualidad ya existen varias compañías que presentan contribución técnica positiva en este ramo.

Lo anterior, se debe a que se ha llevado a cabo una labor correctiva muy importante en las tarifas que se utilizan, mismas que se obtienen de dos elementos fundamentales que son la frecuencia o morbilidad (que depende principalmente de la edad y el sexo) y la severidad o costo promedio por reclamación (que depende de la edad, sexo y en forma importante, de lo que suceda en el sector salud). De igual forma se ha incrementado el control hacia prestadores de servicio con la finalidad de optimizar los gastos pagados a los mismos y que afectan los resultados.

Frecuencia o Morbilidad. Aunque ésta es una variable aleatoria, puede ser controlada con la finalidad de obtener valores muy cercanos a los esperados, lo cual depende de una correcta suscripción, condiciones generales y control de las reclamaciones. La frecuencia o morbilidad tiende a ser mayor conforme aumenta la edad, siendo diferente entre mujeres y hombres.

**Severidad o Costo Promedio de Reclamaciones:** El costo promedio se debe en una parte a la edad y sexo, ya que una persona de 50 años realizará más gastos que una de 25 porque tendrá que permanecer más días en el hospital, llevar un tratamiento más costoso y más prolongado, etc. Por todo esto, la tendencia de los planes de seguro esta siendo hacia la limitación, ya que resulta muy costoso y se vuelve incontrolable la siniestralidad con planes amplios en los que se pagan las coberturas sin un límite establecido.

Debemos considerar que la inflación en el sector salud es más alta que la inflación general y algo que es importante recalcar es que, a diferencia de otros sectores, la innovación tecnológica ha influido en mayores costos para su amortización, mientras que en otros sectores, contribuye a reducir los costos.

En México, desde 1988, según datos de la Fundación Mexicana para la Salud, el crecimiento en las consultas médicas ha sido superior a la tasa de inflación general, lo cual repercute directamente en los resultados de siniestralidad presentados.

Según datos de esta misma Fundación, la clientela de medicina privada se compone en un 39% de personas que tienen derecho a la seguridad social y mucho se debe a la mala calidad en los servicios prestados por las instituciones públicas.

Es muy poca la población que tiene acceso a los servicios más avanzados en el ramo de la medicina y por lo tanto, el costo por los servicios es muy elevado.

La cartera de la compañías de seguros resulta insuficiente para lograr llevar a cabo negociaciones atractivas con prestadores de servicio, lo cual impide reducir el costo

promedio en las reclamaciones que se presentan día a día, por lo que la única alternativa que se tiene es la de limitar las coberturas que se tienen en los distintos planes de seguros.

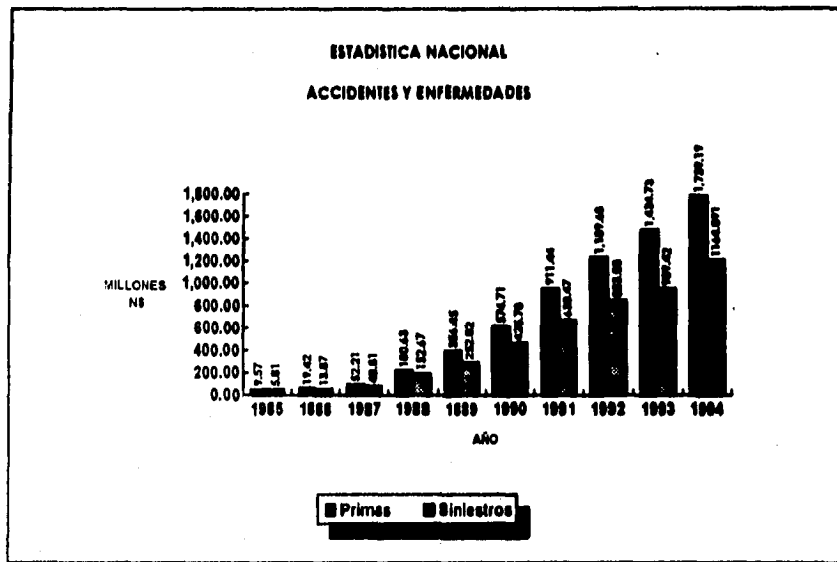
Hoy en día sólo el 2% de la población a nivel nacional ( 1'800,000 habitantes ) cuenta con un seguro médico privado. Lo anterior según datos de la Fundación Mexicana para la Salud.

Es importante incrementar los convenios, tanto con médicos como con hospitales si se desea reducir el costo promedio en las reclamaciones, sin embargo, es una labor que requiere del apoyo también de las empresas que contraten los planes para canalizar a los empleados y fomentar el uso de los prestadores de servicio con que cuenta su compañía de seguros.

El tener demasiados médicos en convenio tampoco reducirá el costo promedio de las reclamaciones, ya que en la medida que crece el número de médicos, éstos reciben a menor número de pacientes y por lo tanto es difícil realizar negociaciones con ellos de honorarios más reducidos.

En la mayoría de las compañías de seguros se contempla en los planes de gastos médicos mayores un catálogo de honorarios el cual se aplica en las distintas intervenciones quirúrgicas, esto como resultado de lo antes mencionado, lo cual convierte a los planes en planes limitados, como medida para reducir el costo promedio en las reclamaciones.

A continuación se presenta una estadística de los resultados que se tienen de 1985 a 1994 del sector asegurador, la cual presenta la siniestralidad vs. primas y nos permite observar el crecimiento que han tenido los planes en los últimos años. Se puede observar también, la disminución en la siniestralidad que se ha tenido, gracias a las medidas de control que se han implementado y que mencionamos con anterioridad.



NOTA: Esta información fue obtenida de las estadísticas que publica AMIS.

TABLA DE ESTADÍSTICAS

1985	9.57	5.81	61%
1986	19.42	13.87	71%
1987	52.21	40.81	78%
1988	180.63	152.67	85%
1989	356.45	252.02	71%
1990	574.71	425.78	74%
1991	911.44	630.47	69%
1992	1,189.68	803.08	68%
1993	1,434.73	909.42	63%
1994	1,739.19	1,164.09	67%

Como se puede observar, la siniestralidad en este ramo resulta en promedio del 68%, lo cual significa, que en la mayoría de las compañías de seguros, el ramo de gastos médicos no ha sido muy rentable, sin embargo, el resultado se ha mejorado en los últimos años, aunque falta mucho por hacer.

Al igual que en México, en los demás países también se tienen problemas para enfrentar la atención de la salud, por lo que se han buscado alternativas que permitan mejorar la calidad y controlar los costos, tal es el caso de lo que ha hecho Estados Unidos de Norteamérica y Chile, entre otros.

El concepto de salud en México debe cambiar, ya que actualmente por la mala calidad de los servicios que se otorga, existe la necesidad de contratar servicios médicos a costos elevados y por lo tanto se está duplicando el gasto que se hace para este concepto.



Como apoyo a lo que se requiere hacer en México para cambiar esta situación, se tomó como modelo los planes desarrollados en los Estados Unidos de Norteamérica, los cuales se mencionan a continuación:

En los Estados Unidos de Norteamérica, actualmente, más o menos el 90% de los beneficios del seguro de salud es pagado a través de pólizas de seguro de grupo.

Usualmente los seguros de grupo que son contratados en favor de los empleados, son elegidos por los empresarios por lo que éstos últimos juegan un papel importante en las negociaciones y diseño de los planes para sus empleados.

Los empresarios proveen beneficios de grupo de gastos médicos a sus empleados utilizando para tal efecto distintos sistemas de financiamiento, tales como:

- Seguros a través de compañías de seguros privadas.
- Planes tipo Blue Cross - Blue Shield.
- Organizaciones para mantener la salud.
- Organizaciones proveedoras preferenciales.

Los planes de seguros de gastos médicos mayores fundamentalmente reembolsan al asegurado el costo de los gastos por los servicios médicos, mientras que los planes Blue Cross - Blue Shield pagan por el servicio prestado.

La competencia entre las compañías de seguros y las "Blues" es principalmente el precio de los beneficios. A continuación hablaré más ampliamente del funcionamiento de las Blues:

Los planes Blue Cross tradicionalmente proveen beneficios de Hospitalización para grupos, mientras que los planes Blue Shield proveen beneficios de gastos médicos.

La idea Blue Cross se inició en Texas en el año de 1929 cuando un grupo de maestros de la Universidad de Baylor acordó pagar por adelantado al Hospital 21 días de cuidados de hospital cada año. Esta idea de pagar por adelantado se difundió rápidamente y cada vez se hizo de manera más amplia ya que no sólo se cerraba la opción a un sólo hospital sino que se daba la oportunidad de poder utilizar varios hospitales en cierta zona geográfica. En 1939 el símbolo Blue Cross fue adoptado por los planes prepagados que se habían establecido.

Los planes Blue - Shield se encargaron de cubrir el área de los gastos médicos, esto es, los gastos por cuidados médicos ( por ejemplo médicos en el hospital, visitas a domicilio y al consultorio, cirugías, tratamientos radioactivos, etc. ) Inicialmente los planes Blue Cross y Blue Shield operaron bajo bases no lucrativas, sin embargo se vieron obligadas a convertirse en organizaciones lucrativas por leyes estatales.

Las líneas de marcación entre los Blue Cross y Blue Shield no fueron muy claras por lo que muchos de los planes fueron fusionados y conjuntaron fuerzas cubriendo de esta forma más mercado. El área geográfica cubierta por los planes Blue Cross y Blue Shield variaba, algunos planes cubrían sólo uno o más estados.

No obstante que las "Blues" contaban con una considerable porción del mercado, algunas compañías de seguros proveían de beneficios de servicios médicos a más individuos que los planes Blue Cross y Blue Shield.

Los planes de seguros en la mayoría de los casos, establecían límites en cuanto a días de hospital, honorarios médicos, consultas médicas, gastos fuera del hospital, etc., esto a través de distintos planes utilizando un parámetro de costos en cada uno de los casos, por ejemplo, en el caso de honorarios médicos, algunos planes utilizaban las cirugías programadas, ya que se tenía un límite máximo controlado para el servicio médico y tratamiento o se pagaba el valor relativo o proporcional de los tratamientos listados en la programación. En las cirugías no programadas, se reembolsaba el costo razonable, usual y acostumbrado por el tratamiento más adecuado. Para fijar lo anterior, se hizo uso de los diagnósticos relativos a grupos (DRGs), establecido por el Gobierno Federal de los Estados Unidos bajo programas de atención a la salud. Estos organismos estabilizan el costo máximo que el Gobierno pagaría por un tratamiento.

Un gran número de empresas están optando por ofrecer a sus empleados planes de gastos médicos mayores comprensible, esto es, el cual cubra únicamente los beneficios básicos de médicos, cirugías y hospital.

La participación en los eventos de gastos médicos mayores por parte de los empleados, era cada vez mayor, ya que de esta manera, los empresarios reducían el gasto tan elevado que resultaba el otorgar esta prestación.

Los costos por servicios médicos han continuado incrementándose a mayor velocidad que los precios al consumidor en general, lo que obliga a empresarios y a compañías de seguros a buscar métodos para controlar los costos por cuidados médicos.

Una opción para reducir los gastos es la transferencia de costos, esto es, un empresario puede modificar los planes de gastos médicos mayores de forma tal que el

empleado participe con el pago de primas y aumentar su participación en deducibles y coseguros del plan, sin embargo, esto ayuda únicamente al empresario pero no al empleado, ya que no hay un reducción de costos para él.

Otra opción puede ser la contención de costos, en la que se pueden plantear varias alternativas:

1. Revisión del uso. Este procedimiento consiste en una revisión periódica de los procedimientos que se siguen con los asegurados de determinada empresa, esto es, las cuentas del hospital, por ejemplo, ya que con esto se puede detectar cualquier abuso en los costos ofrecidos por el prestador de servicios.

Una ayuda para poder identificar los abusos que en algunos casos se presenta es la comparación de costos que tienen las DRGs, las cuales proveen métodos de estandarización que categorizan los servicios médicos.

2. Auditorias de reclamaciones. La finalidad principal de efectuar auditorias es la de poder identificar si un prestador de servicios ha cobrado de manera adecuada, para así poder evitar el pago de cuentas incorrectas.

3. Segunda opinión. La intención de establecer una segunda opinión es de que esto permita llevar a cabo una mejor decisión respecto al tratamiento a seguir con algún paciente, ya que puede cambiar el tratamiento, reducir la estancia en el hospital, etc. El obtener una segunda opinión permite eliminar procedimientos innecesarios que resultan en algunas ocasiones costosos y que pueden arriesgar la vida de los pacientes.

**4. Pruebas de Readmisión.** Consiste en el establecimiento de pruebas sobre un paciente antes de ser hospitalizado. La finalidad de esto es el de reducir el tiempo de estancia en el hospital, dar más tiempo a los cirujanos para la revisión de la pruebas, lo cual puede en ocasiones cambiar el tratamiento del paciente.

**5. Cuidados a pacientes externos.** El costo que representan los procedimientos que se llevan para un paciente externo ( Cirugía Ambulatoria ), es menor al que se ofrece por el tratamiento dentro de un hospital, por lo que es conveniente revisar la posibilidad de ofrecer esta alternativa con la finalidad de optimizar los costos. De esta forma, en algunos planes, es posible cubrir mayor parte del gasto total si el tratamiento es como paciente externo.

**6. Pagos compartidos utilizando coaseguros altos.** Una alternativa de control de costos es la de hacer participe al asegurado en el costo del tratamiento, hasta cierto límite de gasto, a partir del cual, se le cubrirá al 100% lo que gaste. Esto desalienta el exceso de utilización de los servicios, ya que la participación del asegurado es alta en el costo de los servicios médicos.

**7. Grupos de Diagnósticos Relacionados. ( DRGs).** La idea de utilización de catálogos que limitan el pago de acuerdo al tratamiento que se sigue, se utiliza un sistema en el cual, los casos son clasificados dentro de Grupos de Diagnósticos Relacionados. El reembolso para un tratamiento dado está determinado, en parte por el DRG aplicable. Los DRGs son usados por el Gobierno Federal con la finalidad de controlar los costos. Las empresas y las

aseguradoras pueden utilizar los DRGs establecidos por el Gobierno o establecer su propio sistema.

**8. Modificación del estilo de Vida.** Otro método utilizado para reducción de costos es el que se conoce como programa de mejora. La intención es la de cambiar hábitos y actividades de los asegurados para que sus tasas de morbilidad declinen.

Para lograr lo anterior, se deben incluir en los programas todos los aspectos de una vida individual como son:

- Dieta
- Ejercicio
- Tabaquismo
- Distracciones, y
- Prevención en el abuso de sustancias.

La mayor parte de los procedimientos para contener costos se enfocan a reducir el costo de los procedimientos requeridos por los asegurados. Desafortunadamente es difícil cuantificar el impacto de los programas de modificación de estilo de vida y muchas empresas no están dispuestas a invertir en dicho concepto.

Como se puede observar, los costos por los servicios médicos se siguen incrementando y son afectados por varios factores como son: Primas de responsabilidad civil, la utilización de nuevos procedimientos médicos, las tendencias inflacionarias en general y una población con esperanza de vida mayor.

La meta para cualquier plan de grupo deberá ser por lo tanto la de control de costos, ya que logrando esto se reducen las tasas de incremento en los costos y a futuro se pueden obtener mejores resultados.

Al igual que en los Estados Unidos de Norteamérica, en México está cambiando la forma de administrar los planes de gastos médicos mayores, ya que nos estamos enfrentando a una gran competencia de servicios y calidad, por lo que los planes que se diseñen deberán ofrecer opciones atractivas para los asegurados y un control efectivo de costos para las empresas contratantes de los mismos.

Como se mencionó anteriormente, el problema de atención de salud es la mala calidad de servicio y la falta de recursos, lo cual obliga al país a reestructurar todo el sistema de salud, no solamente buscar alternativas de mejoras en el seguro de gastos médicos mayores sino en toda la medicina..

Según encuesta realizada por la Fundación Mexicana para la Salud, 8 de cada 10 personas opina que es necesario un cambio en el sistema de salud.

La población desatendida oscila entre un 11 y un 21% del total nacional, según datos de esta Fundación.

Por lo antes expuesto y por la información que se tiene para mejorar la atención de salud en cada país y en especial en el nuestro, a continuación se presentan algunas de las tendencias posibles como alternativa para mejorar los servicios, adecuando los planes de seguros a las necesidades de la población, considerando la situación que estamos viviendo.



#### **IV. TENDENCIAS DE LOS SEGUROS DE GRUPO EN MÉXICO**

En lo que respecta a los seguros de grupo vida uno de los cambios que se han presentado hasta este momento es el de ofrecer a los clientes seguros sin dividendos, los cuales se basan específicamente en considerar la experiencia en siniestralidad durante los últimos años y estimar la utilidad que se tendría en la cartera general o individual de la compañía de seguros, con lo que es posible hacer un descuento en la prima, en vez de hacer una devolución de dividendos al final del año.

Lo anterior se está aplicando tanto a las carteras de experiencia global como a grupos cuyo tamaño alcance fórmula de dividendos. Generalmente el resultado en la siniestralidad de los seguros de grupo es muy buena, lo que permite hacer este tipo de descuentos en forma anticipada a las primas.

Hasta el momento sólo dos compañías de seguros están trabajando con este tipo de planes hasta el momento y el registro para el manejo de estos planes se debe hacer ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para su aprobación.

Lo anterior se basa en el resultado que se tiene en el ramo de vida grupo en los últimos años y que permite apoyar a los clientes con un costo menor en la prima a pagar y se utiliza como herramienta de competencia en el sector asegurador.

Adicionalmente a lo antes mencionado, se está trabajando en afinar las tablas de mortalidad que se utilizan actualmente para el cálculo de las primas del seguro de grupo, lo cual permitirá acercar los costos del seguro a la experiencia que se tiene en el ramo y cobrar primas más reales.

Según datos de la Fundación Mexicana para la Salud, la mortalidad en México en los últimos años ha tenido un descenso constante. Entre 1985 y 1992, la tasa bruta de mortalidad cayó de 31 a 4.9 defunciones por cada 1,000 habitantes vivos.

Asimismo se ha incrementado la esperanza de vida entre los años 1940 y 1992 la cual pasó de 40.4 a 66.6 años en los varones y de 42.5 a 73.0 años en las mujeres, esto según datos proporcionados por la Funsalud.

Son varias las razones por las que ha disminuido la mortalidad en la población, entre las cuales se puede mencionar, un descenso importante de las enfermedades transmisibles como causa de muerte, esto es, enfermedades como diarrea, infecciones, parasitosis, tuberculosis, etc. Se ha registrado un notable descenso en la mortalidad debida a enfermedades prevenibles por la utilización de vacunas.

No obstante lo anterior, es importante mencionar también que las causas de muerte actualmente han cambiado con respecto a las causas de muerte de hace 50 años, por ejemplo, al día de hoy, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México, la cirrosis hepática provoca el 5% del total de muertes.

A partir de 1980, la mortalidad por lesiones accidentales muestra una tendencia ascendente.

Entre las posibles causas por las que ha disminuido la mortalidad en México, destacan tres:

- a) El aumento del ingreso económico en la población, que genera mejores condiciones de vida en las familias.
  
- b) Los avances en la tecnología médica que, sobre todo, han logrado disminuir la letalidad de las enfermedades.
  
- c) La cobertura de los programas de salud pública, así como el aumento en la divulgación de los conocimientos sobre salud.

Todo lo antes mencionado, permitirá el desarrollo de productos en base a la mortalidad real del país, que se adecuen a la realidad y resulten accesibles en costo para los asegurados.

Los mayores cambios que se vislumbran a corto plazo se tienen en el ramo de salud y basándose en lo mencionado en el capítulo anterior, se presenta lo siguiente:

Se tiene la necesidad de idear formas de manejo de los seguros de gastos médicos mayores que tiendan a controlar los costos que representan los servicios médicos en general.

Algunas compañías de seguros están tratando de establecer programas de salud con esquemas similares a los manejados en Estados Unidos, como son, las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud ( HMO ) y las Organizaciones de Proveedores Preferenciales ( PPO ).

El principal problema al que se enfrenta el mercado de seguros de gastos médicos, es el incremento en los servicios de salud, por lo que es necesario modificar el manejo de los mismos, para poder tener un control de costos a futuro.

Según datos de la Funsalud, entre 1981 y 1991 el índice nacional de precios al consumidor aumentó 172 veces, mientras que los servicios de salud crecieron 215 veces.

Todo lo anterior se deriva de una mala calidad e insuficiencia en los servicios médicos que existen actualmente, por lo que es necesario adoptar algunas de las características de los planes que manejan las organizaciones tipo HMO ó PPO.

A continuación se menciona lo que es una HMO y una PPO:

**Organizaciones de Mantenimiento para la Salud (HMO)**

Bajo un plan de HMO, los individuos pagan un costo fijo por servicios de salud. Por este pago, los participantes del plan garantizan la obtención de servicios específicos de salud. Los servicios brindados bajo este plan pueden ser los que a continuación menciono:

- Servicios médicos
- Servicios de hospital
- Servicios médicos de emergencia
- Servicios a pacientes externos
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud en el hogar, y
- Servicios de salud preventivos.

Las HMOs difieren de los tradicionales grupos del seguro de salud en que financian y proveen esos servicios.

Una parte importante de este tipo de planes es que contemplan servicios preventivos de salud, a diferencia de los planes de seguros tradicionales.

Un objetivo de las HMOs es reducir los gastos médicos, mediante el incremento del uso de los servicios preventivos de salud.

Se le ofrece a los grupos un costo fijo por cada afiliado, el cual se calcula en base a la experiencia del grupo y del costo que ofrezcan los prestadores de servicio, el cual puede verse afectado año tras año, únicamente por la inflación en el sector salud.

Existen tres tipos de estructuras básicas de HMO.

1. Estructura de pagos a un staff. Las HMO operan con un staff de profesionales, los cuales proveen servicios médicos. Generalmente, toda la plantilla de médicos son localizados en una región específica y son empleados asalariados del grupo de médicos o de la HMO.
2. El grupo de práctica. Usualmente los médicos son localizados en un solo lugar. La diferencia es que la infraestructura que utilizan los grupos de práctica generalmente son propiedad de los médicos, no de la HMO.
3. Panel HMO abierto. También llamado una asociación de práctica individual. En este caso, cualquier médico puede participar en el plan HMO, el médico se contrata con una HMO para atender a los participantes del plan. Bajo este tipo de plan, el médico recibe un pago por cada miembro del grupo atendido. Al cirujano no se le da un pago

por cada servicio y esto en ocasiones desanima a los médicos de prestar tratamientos médicos innecesarios. Esto puede resultar algo positivo, pues hace que los médicos no presten servicios adicionales a los necesarios ya que nos se les pagará y con esto se reducen costos.

En los Estados Unidos las Organizaciones HMO ya han sido calificadas por el Congreso desde 1973, año en el que se establecieron los estándares bajo los cuales una Organización HMO podía considerarse como HMO federal.

Para calificar como HMO el plan que se ofrecía debía proporcionar servicios de salud básicos para los inscritos sin limitación alguna sobre los costos, estado de salud o tiempo.

Los servicios básicos de salud son los siguientes:

- ⇒ Servicios de médicos (Incluyendo consultas y servicios referidos por el médico)
- ⇒ Servicios de pacientes externos y pacientes dentro del hospital.
- ⇒ Servicios de salud de emergencia médicamente necesarios para pacientes internos y externos.
- ⇒ (Sin exceder 20 visitas), evaluación de pacientes externos y servicios de salud mental para atender crisis mentales.
- ⇒ Tratamientos médicos o servicios referidos como consecuencia del abuso o adicción al alcohol o drogas.
- ⇒ Servicios de laboratorio y diagnóstico y servicios de radiología terapéutica.
- ⇒ Servicios de salud en el hogar, y

⇒ Servicios preventivos de salud (Incluyendo servicios voluntarios de salud dental para niños y exámenes de ojos en niños con el fin de determinar la necesidad de corregir algún tipo de problema).

Una HMO, puede además de lo anterior, ofrecer otro tipo de servicio como son cuidados de la vista, servicios dentales no incluidos en los básicos, servicios médicos de rehabilitación a largo plazo, etc., mediante el pago de una prima adicional.

Las leyes federales en Estados Unidos son las que regulan el funcionamiento de las HMOs ya que obligan a los empresarios que emplean a un número no menor a 25 personas a afiliarse a una HMO, la cual será la encargada de proveer los servicios básicos y suplementarios de salud en áreas donde residan los trabajadores.

No obstante lo anterior, todo lo que existe son proyectos de ley que otorgan los lineamientos para el establecimiento de una HMO, esto es, se da la aprobación de una sociedad médica para la organización y operación de una HMO, se establece la membresía para un número específico de médicos en la estructura de la HMO, se establece el capital inicial para operar y las reservas financieras para enfrentar insolvencias.

Se les brinda a los empleados la opción de elegir el tipo de HMO que deseen y una HMO ofrece ventajas como:

- Menor participación financiera (bajos deducibles, reducción o inexistencia de coaseguro o pagos compartidos) y

- **Diversos beneficios**

Los empresarios ven a las HMO como una alternativa para bajar costos, sin embargo, en algunos casos demandan más servicios y por lo tanto se hace necesario que las HMO sean más flexibles.

La gente joven normalmente no hace mucho uso de los servicios médicos por lo que no encuentra una justificación en el gasto que efectúa al afiliarse a una HMO, lo cual no sucede con la gente de mayor edad, por lo que una posible reducción a los costos se basan en las características demográficas de los miembros de la HMO. En algunos casos, el costo para el grupo se basa en la experiencia que se tiene del mismo.

**Organizaciones de Proveedores Preferenciales (PPO)**

Paralelamente a las HMOs se han creado otras organizaciones de proveedores de servicios de salud sobre bases de grupo y son las llamadas Organizaciones de Proveedores Preferenciales (PPO), las cuales pueden ser en un momento determinado más flexibles que las HMOs.

Los planes tipo PPO, se basan en el establecimiento de un convenio con los prestadores de servicio y el empresario en el cual se negocian ciertos costos para los empleados y sus dependientes que usen los servicios de salud de la PPO. Los proveedores de servicios de salud aseguran un importante volumen de negocios, por lo que el costo se ve reducido en forma considerable, por ejemplo, se fija un costo por consulta máximo



entre un grupo de médicos en una ciudad para que el empleado o sus dependientes no paguen más que el precio pactado.

Esto incentiva a los empleados a utilizar los servicios de este grupo de médicos en convenio.

Las PPOs no son usadas por si solas, se usan en conjunto con un plan ya existente de una compañía de seguros o un plan de salud autoasegurado.

#### **Ventajas y desventajas de las HMOs y las PPOs**

##### **Ventajas:**

1. Amplias coberturas
2. Ahorro en los costos.
3. Todas las HMOs cuentan con planes para mantener los costos bajos y tienen un control estricto de los tipos de pruebas y procedimientos realizados.
4. Cobertura amplia de servicios preventivos
5. Menor trabajo administrativo.
6. Coordinación de servicios en una sola localidad
7. Bajas tasas de hospitalización.

##### **Desventajas:**

1. Limitación de uso de los prestadores de servicio a los que se encuentran en convenio.

2. La poca flexibilidad que ofrecen en el otorgamiento de los servicios de salud y en la tarificación de los planes.
3. No se encuentran respaldadas por fondos de garantía.
4. Limitaciones geográficas
5. Pérdida de la relación entre el médico y el empleado
6. Preocupación por la condición fiscal de muchas HMOs.

Como se puede observar con todo lo anterior, los esquemas HMO ó PPO son una alternativa para resolver el problema de salud en México, ya que ofrecen un servicio integral de salud, a diferencia de los planes de seguros que se tienen actualmente, los cuales son cada vez más limitados.

Una de las principales diferencias entre un esquema tradicional de seguro y una HMO es que la misión de una aseguradora es la de indemnizar adecuadamente a sus asegurados, mientras que la de una HMO es la de prestar servicios adecuados de salud.

Otra diferencia importante es que una aseguradora ofrece planes con límites en sus coberturas y amplia de elección en prestadores de servicio y una HMO ofrece coberturas más amplias pero limitadas en la elección de prestadores de servicio.

En realidad los esquemas tipo HMO y PPO no son comparables a los seguros de gastos médicos mayores que existen actualmente, ya que integran servicios que no se contemplan en los planes tradicionales.

**El seguro de gastos médicos mayores surge como una necesidad para las personas interesadas en mejorar sus servicios médicos, ya que el seguro social no brinda la calidad que se espera, además de que los recursos son insuficientes.**

**Por lo anterior es importante ver a este tipo de planes HMO como una sustitución a los servicios que actualmente brinda el Instituto del Seguro Social, principalmente.**

**Como se mencionó anteriormente, las HMO hacen mucho énfasis en la medicina preventiva, como medio para mejorar los resultados a futuro, ya que padecimientos que pueden ser controlados a tiempo pueden generar un gasto mayor, en caso de no ser atendidos a tiempo.**

**En este momento el país atraviesa una situación económica difícil, lo cual obliga a detectar todos los puntos en los que se está efectuando un gasto excesivo que afecta a cada uno de los ciudadanos y entre los más importantes es la salud.**

**Existen varios sectores de la población que además de contar con el seguro social pagan seguros de gastos médicos mayores, como alternativa para mejorar la atención en salud que reciben, lo cual duplica el gasto por el mismo concepto.**

**Es por esto que los esquemas tipo HMO pueden ser una alternativa para solucionar este problema.**

## **CONCLUSIONES**

Todo cambio que valga la pena no se da sin un esfuerzo grande de la sociedad, por lo que para contar con un mejor sistema de salud y mejores planes de seguros es necesaria la participación de todos.

En el sector asegurador se requiere de cambios que permitan que un mayor número de personas cuenten con un seguro adecuado a sus necesidades de protección y al alcance de sus bolsillos.

Con este trabajo se pueden apreciar algunas de las alternativas que se tienen como es, en el caso de vida grupo, los planes sin dividendos que resultan más económicos que los que se manejan en la mayoría de las compañías de seguros, y algo muy importante, la actualización a la tabla de mortalidad utilizada, la cual se encuentra más cerca de la realidad que se tiene y permitirá una reducción en los costos.

Lo anterior se basa principalmente en que ya se cuenta con información más actualizada acerca de la mortalidad registrada en México en los últimos años, lo cual permite llevar a cabo estas adecuaciones en las tablas y por lo tanto una modificación en la base de los cálculos de los seguros de vida grupo utilizada en la mayoría de las compañías de seguros.

Los seguros de vida grupo son proporcionados por las empresas en que laboran las personas, sin embargo, cada vez resulta más difícil el poder solventar dichos gastos, por lo que con estas alternativas las empresas podrán continuar otorgando dicha prestación tan importante para el bienestar familiar.

Posiblemente se pueda lograr un impulso muy fuerte en el mercado por parte de las compañías de seguro, ya que actualmente, el beneficio que se alcanza por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en lo que respecta al seguro de vida, resulta insuficiente para hacer frente a las necesidades de la población al momento de ocurrir una muerte o presentarse invalidez total y permanente del jefe de familia.

En lo que respecta a los seguros de gastos médicos mayores, según informes de Funsalud, actualmente sólo el 2% de los habitantes de México cuentan con un seguro médico privado, esto es, (1'800,000 habitantes). Esto se debe al alto costo de los mismos.

La implementación de los planes tipo HMO se plantea como una alternativa que permitirá una mejora importante en los servicios de salud en México, no sólo por el hecho de reembolsar los gastos médicos mayores en que se incurra como consecuencia de alguna enfermedad o accidente sino como un sistema integral de medicina el cual es necesario en nuestro país.

Bajo este tipo de sistemas los prestadores de servicio ganarían, ya que se les daría incentivos, además de que ganarían por calidad en los servicios, lo cual permitiría incrementar y mejorar los programas de salud a poblaciones que aún no cuentan con los servicios médicos.

Creecerían las universidades y la investigación, ya que para que se mejore la calidad y eficiencia en el servicios se requiere de educación continua.

Ganarían también las empresas, tanto el complejo médico - industrial, esto es, los productores y distribuidores de insumos para la atención de salud, como las compañías

manufactureras o distribuidoras de equipo médico. Se ven beneficiadas por el aprovechamiento en el nuevo énfasis en la eficiencia y calidad.

Ha llegado el momento de hacer cambios importantes en la seguridad social de nuestro país, por lo que deben considerarse todos y cada uno de los cambios presentados hasta el momento, considerando en forma muy importante la necesidad de instrumento que aseguren en bienestar de la población.

Algunas compañías de seguros actualmente ya están trabajando en el elaboración de programas alternativos basados en los planes tipo HMO., para contar con una opción más para los asegurados, a bajo costo (respecto a los servicios que se ofrecen) y con los mejores servicios de salud y es aquí donde la labor de los actuarios es importante, ya que se debe trabajar en buscar alternativas que ayuden a la sociedad.

En México aún no se ha legislado el manejo de los planes tipo HMO., como tampoco ocurre en Estados Unidos, los únicos grupos que manejan este tipo de planes en México son los Bancos, sin embargo, será necesario en un futuro el fomentar la administración de servicios médicos, que subrogue paulatinamente los servicios que otorgan los servicios médicos de las Instituciones de Seguridad Social actualmente, ya que la población exige una mejora en los sistemas de salud públicos existentes.

Las Instituciones de seguridad social pretenden incrementar el control en los servicios prestados a la población y buscar alternativas para mejorarlos sin necesidad de elevar los costos, lo cual representa para las Instituciones de servicios médicos privados

un incremento en su mercado potencial, además de fomentar y mejorar la calidad en los servicios de salud integral.

Lo anterior es posible realizarlo a través del apoyo de organizaciones de mantenimiento para la salud u organismos similares, como alternativa más viable, sin embargo, es necesario legislar la operación de las mismas, labor que se está empezando a analizar a través de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para proponer ante las autoridades, ya que es importante contar con dicha legislación lo más pronto posible y mejorar el sistema actual de salud en México.

**ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO**

**Art. 1o.** Para la celebración del seguro de grupo, en los términos del artículo 191 de la Ley sobre el contrato de seguro, el contratante deberá solicitar un seguro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del artículo 2o. y de veinticinco personas en los demás casos.

**Art. 2o.** Son grupos asegurables en los términos de este reglamento, los que a continuación se mencionan:

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicios activo, y sus secciones o grupos.
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.

**d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables.**

**Sólo en el caso de este inciso, las instituciones aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las características del grupo que pretendan asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.**

**Art. 3o. El contratante del seguro de grupo será: En el caso del inciso a) del artículo anterior el patrón o empresa; tratándose del inciso b), la persona moral; en el caso del inciso c), el Gobierno Federal, el de los Estados, el de los Territorios, el del Distrito Federal o los municipios; y cuando se trate del inciso d), por analogía con los incisos anteriores, la persona moral correspondiente.**

**Art. 4o. La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro del grupo asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la institución aseguradora.**

**El máximo de suma asegurada que se podrá conceder sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del grupo, por los factores que aparecen a continuación de acuerdo con el número de asegurados en el mismo grupo:**

TABLA

No. DE ASEGURADOS	FACTOR
10 - 24	2
25 - 49	3
50 - 99	4
100 - 149	5
150 - 199	6
200 - 299	7
300 - 399	8
400 - 499	9
500 o más	10

La suma asegurada promedio de un grupo es la que resulta de dividir la suma asegurada total del grupo, entre el número de asegurados de la componen.

Art. 5o. El seguro de grupo para el caso de muerte, se practicará siempre en el Plan Temporal, ya sea de un año o de períodos menores.

Art. 6o. Los miembros del grupo asegurable pueden contribuir al pago de la prima.

En el caso del inciso a) del artículo 2o., la contribución de cada miembro en ningún caso excederá del 75% de la cuota promedio, ni de un peso mensual por cada millar de suma asegurada.

**Art. 7o. La solicitud u oferta para celebrar el contrato, deberá contener especialmente lo siguiente:**

a) Naturaleza del riesgo por asegurar.

b) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de catástrofe, en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo.

c) Característica del grupo asegurable, número de personas asegurables y el de las que van a asegurarse.

d) Tarifa de primas

e) Reglas para determinar las sumas aseguradas, para cada uno de los miembros del grupo

f) Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan, en su caso, al pago de la prima

g) Como anexo, el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo en el que deberá expresarse: ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable.

h) Cuando el objeto del contrato de seguro de grupo de vida, sea el de garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo contratante, deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud y en el consentimiento a que se refiere el inciso anterior.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**Art. 8o.** El contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

**Art. 9o.** Las instituciones aseguradoras formarán el registro de asegurados, que deberá contener los siguientes datos:

- a) Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo.
- b) Suma asegurada que les corresponda.
- c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.

La institución aseguradora deberá entregar al contratante copias autorizadas de este registro.

**Art. 10.** La póliza deberá contener:

- a) Características del grupo asegurado
- b) Tarifa de primas
- c) La regla para determinar la suma asegurada que a cada miembro del grupo corresponda.
- d) La transcripción íntegra de los artículos 13, 14, 15, 16, en sus tres primeros párrafos, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 de este reglamento.

**Art. 11. Será obligación del contratante:**

I. Comunicar a la institución aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos, que deberá contener los datos que exige el inciso g) del artículo 7o.

II. Comunicar a la institución aseguradora las separaciones definitivas del grupo asegurado.

III. Dar aviso a la institución aseguradora dentro del término de quince días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

IV. Enviar a la institución aseguradora los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de reglas para determinar las sumas aseguradas.

**Art. 12. Las instituciones aseguradoras deberán expedir un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado, que entregarán al contratante.**

El certificado deberá contener, cuando menos, los siguientes datos:

- a) Número de la póliza y del certificado
- b) Nombre y fecha de nacimiento del asegurado
- c) Fecha de vigencia del seguro
- d) Suma asegurada o la regla para determinarla
- e) Nombre de los beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable.
- f) Transcripción íntegra del texto de los artículos 13, 15, 16, 19, 20, 21 y 22 de este reglamento.

**Los certificados serán expedidos y firmados por la institución aseguradora.**

**Art. 13.** Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la institución aseguradora pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la institución aseguradora, por su propio derecho o a la solicitud del contratante hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado.

**Art. 14.** Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurable.

**Art. 15.** Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la institución aseguradora restituirá al contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos.

No se consideran separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

**Art. 16.** La institución aseguradora tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en

cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha empresa, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

La institución aseguradora que practique el seguro de grupo de vida, deberá operar, cuando menos, en el plan ordinario de vida.

Art. 17. Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la institución aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

Art. 18. La prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.



En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

Art. 19. Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la institución aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado en el último aniversario de la póliza.

Art. 20. El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

Art. 21. Cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo, a la institución aseguradora.

**Art. 22.** Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la institución aseguradora la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

**Art. 23.** Cuando haya cambio de contratante en el caso del inciso a) del artículo 2o, la institución aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio; sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión, de manera fehaciente al nuevo contratante. La institución aseguradora reembolsará a éste la prima no devengada.

**Art. 24.** Las instituciones aseguradoras estarán obligadas a renovar los contratos, mediante endoso en la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha del vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

**Art. 25.** Cuando las instituciones aseguradoras que practiquen el seguro de grupo de vida, otorguen participación en utilidades, ésta se sujetará a la regla generales que fije la Comisión Nacional de Seguros.

**Art. 26.** En los contrato de seguro de grupo de jubilación, se aplicarán en lo conducente, los preceptos de este reglamento.

## ANEXO 2

### LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

#### Artículo 24.

#### *Fracción XII: GASTOS DE PREVISION SOCIAL*

"Que cuando se trate de gastos de previsión social, las prestaciones correspondientes se destinen a jubilaciones, fallecimientos, invalidez, servicios médicos y hospitalarios, subsidios por incapacidad, becas educacionales para los trabajadores o sus hijos, fondos de ahorro, guarderías infantiles o actividades culturales y deportivas y otras de naturaleza análoga.

Dichas prestaciones deberán otorgarse en forma general en beneficio de todos los trabajadores.

En todos los casos deberán establecerse planes conforme a los plazos y requisitos que se fijan en el Reglamento de esta Ley. "

#### *Fracción XIII: PAGOS POR PRIMAS DE SEGUROS Y FIANZAS*

"Que los pagos de primas por seguros o fianzas se hagan conforme a las leyes de la materia correspondan a conceptos que esta Ley señala como deducibles o que en otras leyes establezca la obligación de contratarlos y siempre que, tratándose de seguros, durante la vigencia de la póliza no se otorguen préstamos a persona alguna, por parte de

la aseguradora, con garantía de las sumas aseguradas, de las primas pagadas o reservas matemáticas.

En los casos en que los seguros tengan por objeto otorgar beneficios a los trabajadores deberá observarse lo dispuesto en la fracción anterior. Si mediante el seguro se trata de resarcir al contribuyente de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes, la deducción de las primas procederá siempre que el seguro se establezca en un plan en el cual se determine el procedimiento para fijar el monto de la prestación y satisfaga los plazos y requisitos que se fijen en disposiciones de carácter general".

## **ANEXO 3**

### **REGIAMENTO DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA**

#### **REQUISITOS DE LOS GASTOS DE PREVISION SOCIAL**

**Art. 19.-** "Los gastos de previsión social a que se refiere la fracción XII del artículo 24 de la Ley, satisfarán los siguientes requisitos:

- I. Que se otorguen en forma general.
  
- II. Que se otorguen a todos los trabajadores sobre las mismas bases, a menos que se trate de:
  - a) Planes de previsión social a favor de empleados de confianza y de los demás trabajadores, los cuales podrán contener beneficios diferentes para unos y otros;
  
  - b) Planes para trabajadores de una misma empresa en la que existan varios sindicatos, en cuyo caso los beneficios pactados en cada sindicato podrán no ser equivalentes;
  
  - c) Personal sometido a un riesgo sensiblemente mayor que el resto de los trabajadores, en cuyo caso la naturaleza del riesgo debe ser concordante con la del beneficio y éste ser independiente de que se trate de empleados de confianza o de los demás trabajadores;

d) Personal que labore en establecimientos ubicados en el extranjero, los cuales podrán tener beneficios diferentes por país.

III. Que tratándose de planes de seguros de vida sólo se asegure a los trabajadores.”

***DETERMINACION DE LA PREVISION SOCIAL DEDUCIBLE***

Art. 20 "Para la deducibilidad de los gastos de previsión social a que se refiere el artículo anterior, se observará lo siguiente:

I. Si el importe de los gastos de previsión social previstos en el plan que correspondan a empleados de confianza, considerados con los que concedan las instituciones públicas de seguridad social, son proporcionalmente mayores para salarios superiores, sólo podrán deducirse del gasto total incurrido el que correspondería si se les hubiera otorgado a todos los participantes los beneficios aplicables a los salarios menores. La diferencia no será deducible. La limitación a que se refiere esta fracción deberá considerarse en forma independiente tratándose de los casos a que se refiere el artículo 19, fracción II, incisos c) y d), del Reglamento. no se aplicará lo dispuesto en esta fracción cuando los beneficios sean proporcionalmente superiores para salarios menores.

II. En ningún caso los beneficios a los empleados de confianza que se establezcan en cada uno de los planes serán proporcionalmente superiores a los que se otorguen a los demás trabajadores conforme a dichos planes, considerados con los que proporcionen las instituciones públicas de seguridad social. Para determinar, en su caso, los gastos no

deducibles, se dividirá el importe de los gastos en el ejercicio correspondiente a cada grupo entre sus sueldos en el mismo período, si el cociente que corresponda al grupo de empleados de confianza es superior al de los demás trabajadores, la diferencia se multiplicará por el importe de los sueldos de los empleados de confianza. Los sueldos a que se refiere esta fracción serán calculados a base de salario cuota diaria.

III. Cuando el plan contenga aportaciones de los trabajadores o empleados de confianza deberán participar por lo menos el setenta y cinco por ciento de los elegibles.

IV. Los planes de previsión social deberán constar por escrito indicando la fecha a partir de la cual se inicie cada plan y se comunicarán al personal dentro del mes siguiente a dicho inicio.”

## **BIBLIOGRAFÍA**

- **NOCIONES DE DERECHO POSITIVO MEXICANO**  
Fernando Floresgómez González y Gustavo Carvajal Moreno  
Capítulo XI "Derecho del Trabajo Mexicano"  
Editorial Porrúa, S.A.  
México, 1992. 31a. Edición.
  
- **PERSONAL RISK MANAGEMENT AND INSURANCE "**
  
- **EL SEGURO DE VIDA**  
Morales Franco  
Capítulo Primero "Origen y Objeto del Seguro "
  
- **EVOLUCIÓN MEXICANA DEL IDEARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
Miguel García Cruz  
Editorial Libros de México, S.A., 1962.
  
- **Manual de Suscripción Grupo y Colectivo, Seguros América, S.A.**  
México, D.F. 1993.
  
- **LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y SU REGLAMENTO.**  
Editorial PAC, S.A. de C.V.  
México, D.F. 1a. Edición de enero de 1994.
  
- **LEYES Y CÓDIGOS DE MÉXICO**  
**SEGUROS Y FIANZAS**  
Editorial Porrúa, S.A.  
México, 1992, 26a. Edición.
  
- **SERIE "ECONOMÍA Y SALUD "**  
Documentos para el Análisis y la Convergencia.  
Fundación Mexicana para la Salud  
12 tomos.  
México, D.F. 1994. 1a. Edición.
  
- **ECONOMÍA Y SALUD.**  
**INFORME FINAL**  
Propuestas para el avance del sistema de salud en México  
Fundación Mexicana para la Salud  
Primera edición, 1994.