

34
2ej

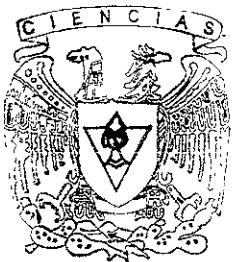


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

BASES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

T E S I S
Que para obtener el título de
ACTUARIO
p r e s e n t a
CARLOS RAVELO LARA

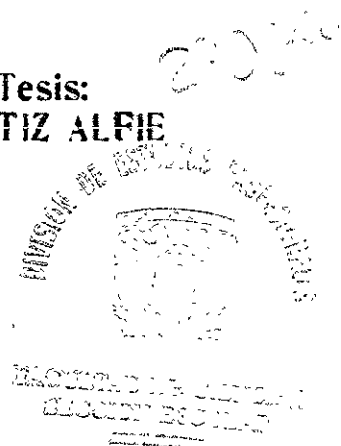


FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM

Director de Tesis:
ACT. CARLOS ORTIZ ALFIE

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

M. en C. Virginia Abrín Batule
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:

BASES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

realizado por RAVELO LARA CARLOS

con número de cuenta 8511144-8 , pasante de la carrera de ACTUARIA

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

ACT. CARLOS ORTIZ ALFIE

Propietario

M. EN C. VIRGINIA ABRIN BATULE

Propietario

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZALEZ

Suplente

ACT. HECTOR RODRIGUEZ CABO ZALDIVAR

Suplente

ACT. OSCAR CASTAÑEDA ROBLEDO

Virginia Abrin Batule
Mauricio Aguilar Gonzalez

M. EN A.P. PILAR DE LOS REYES
Consejo Departamental de Matemáticas

FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL DE MATEMÁTICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dedico este trabajo

A mi mami:

Por su amor, por su apoyo, por ser la persona más importante en mi vida. Gracias por estar siempre junto a mí dándome ánimos en los momentos difíciles ... y por todos los desayunos.

A mis tías y abuelitas:

Por el apoyo y gran cariño que me han y seguirán dando. Por ser una parte muy importante en esto.

A Gina:

Por tus palabras, tu apoyo y tu confianza. También por tu insistencia en que me titulara.

A mi papá:

Porque para ti cualquier sacrificio fue poco para hacer de mí lo que ahora soy. Gracias por estar ahí siempre que te he necesitado.

A Alma Rosa (qepd):

Por enseñarme cuán importante es el estudio y "por la raíz cuadrada".

A Alejandro, las Tenchas, Oscar y todos mis grandes amigos:

Por su amistad incondicional, su apoyo y confianza. A Jamón, "Daniela" y todos los demás.

A Carlos Ortiz:

Gracias por tu tiempo y apoyo para la culminación de este proyecto.

A mis hermanos, Luis y Alicia:

Por todos los pleitos, por el gran amor que les tengo y porque saben que cuentan conmigo en cualquier momento.

A mis primos y sobrinos:

Por su cariño, su amistad y admiración. Espero que esto sirva como un aliciente.

A mis amigas "Ibarrolas":

Gaby, Lupita, Laura, Angélica, Lorena, Silvia por todos los momentos felices que pasamos.

Muchas gracias a:

Virginia Abín, Héctor Rodríguez Cabo y Mauricio Aguilar por su apoyo y tiempo.

A CLAUDIA:

Porque contigo encontré el significado de la palabra amor. Por la perspectiva que brindas a mi vida, por todo lo que me das y porque sé que juntos seremos felices por siempre.

¡No sabes cuánto agradezco haberte encontrado en mi camino!

INDICE

<u>Tema</u>	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LOS SEGUROS DE GASTOS MEDICOS MAYORES	
1.1. Breve historia de los Seguros	3
1.2. Antecedentes del Seguro de Enfermedades en otros países	6
1.3. Evolución del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México	11
CAPITULO 2. CONCEPTOS GENERALES DE LOS SEGUROS	
2.1. El Riesgo	15
2.2. El contrato del Seguro	17
2.3. La prima	21
2.4. Retención	23
2.5. Siniestros	26
2.6. Dividendos	30
CAPITULO 3. EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES	
3.1. Características Generales	32
3.2. Reglamentación	36
3.3. Gastos Cubiertos	38
3.4. Exclusiones	39
3.5. Gastos Cubiertos bajo Convenio Expreso	41
3.6. Formas de Indemnización	42
CAPITULO 4. ESTADISTICAS Y TARIFICACION DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES	
4.1. Comportamiento en el periodo 1991 – 1997	44
4.2. Experiencia Global	52
4.3. Experiencia Propia	55
4.4. Problemática del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México	58
CAPITULO 5. CONCLUSIONES	67
APENDICE. Definiciones utilizadas en el Seguro de Gastos Médicos Mayores	71
BIBLIOGRAFIA	78

En el capítulo 4 se estudia el comportamiento de las primas y la siniestralidad durante el período comprendido de 1991 a 1997, con el fin de determinar el futuro de este seguro.

Asimismo, en el capítulo 4 se da un ejemplo para experiencia propia y otro para experiencia global de cómo se tarifica este tipo de seguros.

Por último, en el mismo capítulo 4, se analiza la problemática actual que impide un pleno desarrollo del ramo y las medidas que está tomando el sector asegurador para dar el impulso necesario, en estos tiempos de cambio, al Seguro de Gastos Médicos Mayores en México.

Adicionalmente, se presenta un apéndice con las principales definiciones que se utilizan en este seguro.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LOS SEGUROS DE GASTOS MEDICOS MAYORES

1.1. BREVE HISTORIA DE LOS SEGUROS

Edad Antigua

Entre los 4000 y 3000 años a.c. los mercaderes babilonios asumían el riesgo de pérdida de las caravanas, concediendo préstamos a elevados intereses que eran reembolsables a la terminación exitosa del viaje. En Grecia se encuentra una asociación llamada Eranoi que tenía como fin socorrer a sus socios desvalidos mediante una cotización de todos sus asociados. Asimismo Grecia regula en su derecho, 1000 años a.c., la echazón o avería gruesa¹ con el fin de repartir la pérdida entre los comerciantes que transportan sus mercancías.

En la antigua Roma se crearon y utilizaron con frecuencia el préstamo a la gruesa así como también una primitiva forma de Seguro de Vida: las asociaciones denominadas Collegia Tenuiorum y Collegia Funeraria. Estas asociaciones de ciudadanos de clases bajas, libertos y esclavos, obtenían sus fondos según un plan de pagos mensuales e incluso concedían un plazo de gracia a los delincuentes.

Edad Media

En Inglaterra en el Siglo IX aparecen las "Guildas" que son asociaciones con fines caritativos en defensa a la opresión del feudalismo, creados para proteger las pérdidas sufridas por incendio, inundaciones o robo.

¹ Echazón o Avería Gruesa Término utilizado en el comercio marítimo cuando se lanza por la borda parte de la carga con el fin de salvar el barco en peligro de hundirse.

El seguro explotado con ánimo de lucro tiene su antecedente en la industria italiana del Seguro Marítimo en el Siglo XIV. En 1435 se promulga en Barcelona la Ordenanza del Seguro Marítimo, que es la más antigua reglamentación de que se tiene noticia.

En 1501, aparece en Hamburgo una primera manifestación del Seguro de Daños, al conocerse la existencia de unas "Cajas" especiales de propietarios cuyo fin era exclusivamente agruparse para socorrerse en caso de incendio

Desde la decadencia del Imperio Romano hasta el Siglo XVII, la institución del Seguro apenas progresó. Aunque para la época de las Cruzadas el préstamo a la gruesa había evolucionado hasta el punto de que se podía asegurar un buque y su carga mediante el pago de una prima fija, el asegurador era todavía un comerciante individual. No existían organizaciones o compañías aseguradoras y esta situación prevaleció hasta el Renacimiento.

Edad Moderna

El seguro como institución se desarrolló definitivamente en Inglaterra en la segunda mitad del Siglo XVII. En 1667 en Londres, Nicholas Barbon creó su propia Aseguradora contra incendios la "Fire Office", siguiéndole otras empresas del mismo tipo así como la primera Aseguradora de vida "The Mercers Company" en 1698. Por estas fechas, en 1688, nació el famoso "Lloyd's".

La primera Compañía de Seguros sobre la vida basada en la técnica actuarial se funda en Inglaterra en el año de 1762 bajo el nombre de "The Equitable Life Assurance Society". Tanto la Suma Asegurada como el importe de la prima se fijaban en el momento de suscribir la póliza. La primera dependía hasta cierto punto de la edad del asegurado y se calculaba con base a una escala denominada "Northampton Table of Mortality". Como estas tablas sobrestimaban el índice de mortalidad para todas las edades, se producía un excedente que era repartido entre todos sus suscriptores de las pólizas, por lo que puede ser considerado precursor del moderno dividendo a los

asegurados.

Casi simultáneamente Alemania da lugar a nuevas fundaciones de sociedades de Seguros, como el de incendio mobiliario, de ganado y otros. En Francia se funda en 1786 la "Compagnie Royale d'Assurances" para trabajar el Seguro de Vida. En Toulouse se crea en 1802 una gran mutualidad de Seguros contra incendios, continúan nuevas entidades trabajando otros ramos del Seguro de accidentes, responsabilidad civil, se inicia el reaseguro y se introduce la participación de los asegurados en los beneficios de las empresas.

A principios del Siglo XVIII se inicia la práctica de diversos ramos por las compañías, así "The Royal Exchange Insurance Corporation" obtiene la autorización para trabajar, además del Seguro marítimo, los de vida e incendio

En el Siglo XIX Alemania se sitúa como la nación más avanzada y donde puede decirse que surge una nueva era del Seguro: el Seguro Social. Bajo la política de Bismarck, entre los años 1883 y 1889, se promulgan leyes regulando los Seguros contra accidentes de trabajo, vejez e invalidez, estas acciones son extendidas en otras partes del continente europeo.

En 1759 el sínodo de Filadelfia estableció el "Presbyterian Ministers Fund" para completar la escasa pensión que percibían las familias de los pastores. El desarrollo de este fondo continuó hasta que llegó a emitir pólizas de Seguros de Vida. En Estados Unidos de Norteamérica se crea también el llamado "Seguro Popular", en 1847. Para 1959, existían en ese país 1431 Compañías de Seguros de Vida.

1.2 ANTECEDENTES DEL SEGURO DE ENFERMEDADES EN OTROS PAISES

Establecimiento del Seguro de Enfermedad

El Seguro de Enfermedad no surgió sino hasta mediados de la década de 1880. Las Asociaciones Mutualistas comenzaron a experimentar en el Seguro de Enfermedades alrededor de 1885

En 1890 la "Saint Laurence Life Association" expidió una póliza combinando las coberturas de Accidentes y Enfermedades; y la "Federal Life & Casualty" de Detroit introdujo esta modalidad un año más tarde.

Período de crecimiento 1890 - 1916

La introducción de la cobertura de enfermedades fue parte del desarrollo y crecimiento general de todo el campo de Seguro de Enfermedades y empezó a operar entre 1890 y 1916.

En 1897 se ofrecieron por primera vez las pólizas que proporcionaron beneficios por incapacidad de enfermedades específicas.

En 1903 ya se cubrían todas las enfermedades y además se habían agregado los beneficios quirúrgicos.

Durante este período se introdujeron beneficios tales como la renovación garantizada y la póliza "no cancelable" ofrecidas inicialmente por la "National Masonic Provident Association" de Manfield, Ohio en enero de 1907.

En 1910 "Montgomery Ward & Co inc." creó la primera póliza de grupo de seguro de salud

En 1912 "The Standard Provisions Law" redactada por la National Convention of Insurance

Commissioners (NAIC) fue decretada por la mayoría de los estados de la Unión Americana. Este modelo de ley fue hecho para proporcionar uniformidad e imparcialidad en las condiciones operativas del contrato de seguro de salud.

Sin embargo, el período también tiene su lado oscuro; las condiciones de las pólizas, en sí, no eran buenas, tenían grandes restricciones y había muy poca cooperación entre las compañías para mejorar esta situación. Los requisitos legales y la supervisión eran insuficientes.

La práctica de dicho tipo de seguro no consideró los riesgos relacionados con el seguro de automóviles, ni tampoco la necesidad de su exclusión en caso de guerra.

El Seguro de 1917 - 1929

Como resultado de esta falta de visión, en 1914, la 1a. Guerra Mundial causó daños a las Aseguradoras, las cuales no se recuperaron sino hasta 1929.

En 1929 se estableció, en Los Angeles California, la primera organización de conservación de salud: la "Clínica Ross-Loos".

En 1929 un grupo de maestros contactó con el Hospital Baylor, en Dallas, Texas, a fin de que se proporcionara pensión completa y servicios subsidiarios específicos a un costo mensual previamente determinado. Este plan es considerado el precursor de lo que más tarde llegó a conocerse como los planes "Blue Cross".

La Gran Depresión 1930 - 1941

La Gran Depresión de 1929 trajo consigo las tremendas indemnizaciones por muerte accidental que constituyeron una fuente de pérdidas; a consecuencia de su falta de visión, las compañías sufrieron daños considerables, debido, en manera particular a lo siguiente:

- a) La expedición de las pólizas, considerando el riesgo físico ignorando el moral;
- b) Primas inadecuadas, resultantes de la falta de experiencia estadística;
- c) Fijar Sumas Aseguradas muy altas.

En toda institución aseguradora hubo retiros de la operación, sin embargo, siguieron operando algunas instituciones, pero aplicando restricciones tales como:

- a) Períodos de espera para la concesión del beneficio;
- b) Reducción de comisiones;
- c) Eliminación de la cláusula adicional de renta por incapacidad.

En general, los problemas con los que se enfrentaron las compañías las obligaron a una revaluación de las coberturas.

Para el público, la depresión hizo incrementar considerablemente el costo de hospitales y atención médica e inició el desarrollo del Seguro de Hospitalización, es decir, la depresión estimuló la expansión de coberturas de seguro a través de la demanda pública y fomento de hospitales.

En 1932 fue probado el primer plan "Blue Cross", que es una red de hospitales en convenio, con un grupo de hospitales en Sacramento, California.

En 1937 fue organizada la Comisión del Plan de Servicio de Salud (Blue Cross Commission).

En 1938 empezó a desarrollarse el Seguro de Hospital con beneficios para dependientes económicos; las aseguradoras privadas lanzaron un grupo de planes de beneficios de gastos quirúrgicos

Para 1939 surgió el primer plan médico-quirúrgico llamado Blue Shield, que es una red de médicos,

laboratorios, rayos x, etc., llamado Servicio de Médicos de California.

Al conjuntar un plan Blue Cross (Hospitales) con un Blue Shield (médicos) se tiene un Programa de Beneficios de Salud. Este programa cubre cualquier necesidad para el cuidado y atención de la salud

La década de los 40's

Los primeros años de la década de los 40's marcaron el cauteloso ingreso de las compañías al terreno de la Cobertura de Enfermedades, incluyéndose nuevamente la cobertura de Renta de Incapacidad por las Compañías de Vida.

Al hacerse más consciente el público de los crecientes costos médicos y de hospitalización, se creó la necesidad de un Seguro de Enfermedad y se empezaron a ofrecer más y mejores Coberturas de Gastos Médicos.

En 1946 se estableció el Consejo de Seguro de Salud, una Federación de ocho asociaciones de seguros organizadas para proporcionar asistencia técnica y práctica en seguro de salud a proveedores de cuidado médico y fue organizado el Plan de Ayuda del Cuidado Médico (Blue Shield Commission).

La nueva era: de 1950 a la fecha

En junio de 1950, la National Association Insurance Commissioner (NAIC), adoptó disposiciones uniformes para la póliza individual de Accidentes y Enfermedades. Empezaron a aparecer nuevas formas tales como la póliza de Gastos Médicos Mayores, la cobertura amplia de Gastos Médicos, la cobertura de Hospitalización y la Renovación Garantizada.

Las Coberturas Amplias, esto es, proporcionando grandes límites en los beneficios, comenzaron a surgir y las coberturas ya existentes incrementaron también los límites, surgió la idea de otorgar

coberturas a los ancianos y de asegurar riesgos subnormales².

Los logros alcanzados en este período son tan importantes que podemos decir que la etapa que comenzada en 1950 pasará a la historia como la era de mayor expansión y auge del negocio de los Seguros de Enfermedad.

En 1957 los beneficios de gastos para el "Cuidado de la Vista" fueron introducidos por aseguradoras privadas, seguidos en 1959 por beneficios adicionales, como por ejemplo, la compañía Continental Casualty lanzó a la venta el primer plan de seguro dental cuyas cláusulas fueron redactadas por una compañía aseguradora.

El 1° de julio de 1966 se hizo efectivo el programa gubernamental de seguro de salud "Medicare", para gente de 65 años en adelante

² Se consideran riesgos subnormales a todas aquellas ocupaciones que por sus características están en mayor peligro del normal de sufrir algún siniestro, tales como mineros, empleados de laboratorios o gente que maneja sustancias tóxicas o radiactivas

1.3. EVOLUCION DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES EN MEXICO

Entre 1901 y 1910 se fundaron en México 5 compañías de Seguros a pesar de las dificultades inherentes a la competencia con agencias extranjeras, que eran preferidas por los compradores.

El 21 de noviembre de 1901 se constituye en México la primera compañía de seguros de vida, llamada La Nacional Compañía de Seguros Sobre la Vida, actualmente Grupo Nacional Provincial, como sociedad anónima, la cual operaba los seguros de vida, salud y accidentes personales.

En 1902 se estableció la sucursal Mexicana de la Confederación de Canadá, Sociedad de Seguros Sobre la Vida con matriz en Toronto, fundada en 1871.

El 30 de abril de 1906 se estableció, La Latinoamericana, cuyo fin era buscar la protección de las clases más desprotegidas del país.

Un año más tarde, el 18 de noviembre de 1907, se fundó la primera compañía de seguros de incendio, con el nombre de Compañía de Seguros La Veracruzana, S.A.

En 1910 deja de operar la Compañía de Seguros La Fraternal que había sido constituida en 1887 y finalmente, en 1918 se crea la Compañía Mexicana de Riesgos y Accidentes, S.A.

Para el año de 1910 estas compañías ya operaban los seguros de Vida, Salud y Accidentes Personales.

El 25 de mayo de 1910 se expidió la Ley Relativa a la Organización de las Compañías de Seguros Sobre la Vida. Esta ley se preocupa por primera vez en la historia jurídica de México, de obligar a las compañías a que constituyan determinadas Reservas: Matemática para pólizas de seguro de vida, de

Reaseguro para pólizas de Salud o contra Accidentes Personales, las destinadas para el pago de Utilidades de los asegurados y la de previsión para cubrir las desviaciones estadísticas y de fluctuaciones en valores.

El 10 de diciembre de 1942 el presidente de la República, Manuel Avila Camacho, firmó la iniciativa de ley para establecer el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en este mismo año comienza una intensiva campaña de los sectores empresariales contra el IMSS y finalmente, en enero de 1944, se establece el Seguro Social en el Distrito Federal.

Es claro que el Seguro de Gastos Médicos Mayores se trabaja en forma diferente por cada compañía de seguros y por lo tanto, cada una maneja diferentes coberturas, tarifas y condiciones generales. Sin embargo, el comportamiento del mercado a través de los años ha hecho similares las características generales de los seguros.

Tenemos en primera instancia, que la gran mayoría de los seguros de Accidentes y Enfermedades en 1969 eran considerados como planes sin límites o liberales, entendiéndose por esto seguros que operaban casi bajo cualquier circunstancia, para convertirse de 1970 a 1974 en planes limitados o conservadores, es decir, cubren únicamente situaciones específicas con responsabilidades limitadas.

Nuevamente, para los años de 1974 a 1989, los productos se liberan un poco, para convertirse en paquetes combinados entre limitados y no limitados.

En los últimos años, la operación del "Seguro de Salud", en México, ha presentado avances significativos como por ejemplo.

- 1) A partir de 1988 las sumas aseguradas y deducibles se indexan al salario mínimo general mensual del Distrito Federal.

- 2) En 1990, Grupo Nacional Provincial lanza su primer póliza de Cobertura Internacional (Línea Azul Internacional).
- 3) En 1991, Seguros CIGNA lanza por primera vez en México un plan de Gastos Médicos Mayores Vitalicio.
- 4) En junio de 1992, Grupo Nacional Provincial lanza Línea Azul Internacional de cobertura vitalicia
- 5) En 1996 Grupo Nacional Provincial lanza Línea Azul sin límite de suma asegurada.

Actualmente, en México 26 de las 51 compañías aseguradoras establecidas ofrecen el Seguro de Gastos Médicos Mayores destacando entre ellas, llamándolas "Compañías Grandes", por su importancia en este producto las siguientes:³

Grupo Nacional Provincial

Comercial América.

Seguros Monterrey.

Seguros Génesis.

Seguros Inbursa.

En México, el órgano rector del sector asegurador es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), cuyas principales funciones son la inspección y vigilancia del sector, con base a lo que establece la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

La CNSF tiene como una de sus más importantes responsabilidades garantizar al público usuario de

³ Véase AMIS, Estadísticas Número 37A

seguros y fianzas que las Instituciones Aseguradoras cumplan con lo establecido en la Ley señalada mediante diversos procesos de inspección y vigilancia desarrollados.

Por parte del sector empresarial de los seguros el organismo que representa a todas las compañías aseguradoras, aunque su afiliación es voluntaria, es la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. (AMIS).

La misión de AMIS es: "Promover el sano desarrollo del Seguro y de la Empresa de Seguros, para lo cual defenderá el servicio de protección en su espectro más amplio, bajo los principios de libertad, subsidiaridad, responsabilidad y solidaridad".⁴

Teniendo dentro de sus funciones básicas el obtener todo aquello que beneficie económicamente al sector, mediante el logro de metas que requieran unión de los afiliados, que en lo individual no podrían alcanzar.

⁴ Véase Gerzso Rivera Federico Gastos Médicos Mayores en México Pasado, presente y futuro

CAPITULO 2. CONCEPTOS GENERALES DE LOS SEGUROS

En todo Seguro, el objetivo del mismo es satisfacer la necesidad económica de resarcir las pérdidas que ocasionan los diferentes *riesgos* a los que está expuesto el ser humano en su persona o en sus bienes, ésto se logra con la celebración de un *contrato* que cubre, mediante el pago de una *prima*, el pago de los *siniestros* en caso de la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados bajo el contrato

En este capítulo se describen los principales conceptos que enmarcan el seguro en general, para lograr posteriormente una mejor comprensión del Seguro de Gastos Médicos Mayores

2.1 EL RIESGO

Etimológicamente la palabra riesgo proviene del vocablo inglés "risk", cuyo significado es "contingencia o proximidad de un daño"

El riesgo es la posibilidad de sufrir un daño o una pérdida, además proviene de una incertidumbre respecto a los sucesos futuros⁵

La definición de riesgo como posibilidad de pérdida resume el significado de la palabra en su sentido abstracto. Por transferencia, el término riesgo se usa también a menudo para indicar la cosa concreta que es el objeto del riesgo, como la vida humana, la salud, la casa habitación, sobre la que se efectúa el seguro; es el interés Asegurado, la propiedad o los bienes Asegurados.

El riesgo de que un individuo incurra en gastos importantes, que se hagan necesarios para resarcir la pérdida económica sufrida por la realización de algún evento desfavorable, debe ser.

- 1) *Incierto*. Se desconoce si sucederá el evento.
- 2) *Posible*. Puede ocurrir a pesar de las medidas que se tomen.
- 3) *Concreto*. Es medible en frecuencia y tamaño.
- 4) *Lícito*. Se tiene derecho a procurar el cuidado del patrimonio, la vida o la salud.
- 5) *Fortuito*. Ya que ocurre accidentalmente, es casual.
- 6) *De contenido económico*. Ya que su realización produce un deterioro en el patrimonio del individuo.

⁵ Véase López Richaud Mónica, Bases Generales del Seguro de Grupo

2.2. EL CONTRATO DEL SEGURO

Sabemos que un contrato es un pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, la Ley del Contrato de Seguro, en su artículo primero define

"Por el contrato de seguro, la empresa Aseguradora se obliga, mediante una prima a resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato".⁶

En general, los fundamentos de cualquier contrato consisten en una oferta por parte de una persona o "parte del contrato" y una aceptación por la otra "parte".

El contrato de seguro está basado en una oferta "solicitud" hecha por la persona que desea el seguro y su aceptación por parte de la compañía (el Asegurador).

Las condiciones del contrato se señalan en la póliza, que es un documento escrito o impreso preparado por la Compañía Aseguradora y firmado por un funcionario autorizado para contratar a nombre de la Compañía.

En algunos países es importante adherir a la póliza, una copia fotostática de la solicitud ya que el contrato completo lo constituyen: la solicitud y la póliza; con lo anterior el solicitante queda legalmente obligado por las declaraciones hechas por él en la solicitud.

Es necesario enfatizar la importancia de las declaraciones del solicitante o proponente (presunto Asegurado) ya que son la base para la celebración del contrato.

Más específicamente, nuestra Ley del Contrato del Seguro dice en su artículo octavo:

⁶ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Colección Porrúa. 34ª Edición

"El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato".⁷

Resulta conveniente clasificar el contrato de Seguro de acuerdo a sus caracteres:

1. **Consensual** en cuanto a su forma de contratación ya que en este caso el consentimiento no sólo es necesario sino también suficiente. **Nominado y de Empresa** ya que la ley lo establece en un régimen particular y propio.
2. **De adhesión** puesto que el Asegurado no discute las cláusulas de la póliza ni se le da la opción de solicitar su modificación sino que es redactado previamente por uno de los contratantes (la Aseguradora) que predispone un clausulado que se le conoce con el nombre de condiciones generales de la póliza.
3. **Aleatorio** puesto que cubre un acontecimiento futuro, fortuito y consecuentemente con una fecha de realización incierta (se ignora el número de primas que pagará el Asegurado antes de que suceda el siniestro y la fecha de pago de la suma asegurada).
4. **Bilateral** puesto que se establecen prestaciones correlativas (prestaciones recíprocas, equivalentes y determinadas) de ambas partes contratantes: La Suma Asegurada y la Prima.
5. **Oneroso** ya que no es gratuito.

⁷ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Colección Porrúa 34ª Edición

6. **De duración** puesto que se establece el momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esa garantía.

7. **De buena fe**, esto significa que para aceptar la propuesta y perfeccionar con ello el contrato el Asegurador tiene que confiar en la buena fe del proponente al describir el riesgo y las circunstancias del mismo.

La operación del Seguro se divide en dos grandes grupos:

Los que tienen que ver con la **VIDA** y los que no tienen relación alguna con la vida: **NO VIDA**. En la parte de vida clasificamos dos subgrupos, Vida y Accidentes Personales-Enfermedades.

Quedando la clasificación de los seguros de la siguiente forma:

1. **VIDA**. Con los subramos:
 - Individual
 - Grupo
 - Colectivo

2. **ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES**. Con los subramos:
 - Individual
 - Familiar
 - Colectivo
 - Accidentes en Viajes Aéreos
 - Viajero (corto plazo)
 - Gastos Médicos Mayores

3. DAÑOS. Con los subramos:

- Responsabilidad civil y riesgos profesionales.
- Marítimo y Transportes
- Incendio
- Agrícola
- Automóviles
- Crédito
- Diversos
- Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito público, conforme a lo dispuesto en el artículo 9o. de la Ley del Contrato de Seguro.

2.3. LA PRIMA

“Es el costo que se exige a cambio de una indemnización eventual. Es el precio de una garantía”.⁸

“Es el valor de una mercancía que, no por ser intangible, es menos real. El que paga una prima recibe de inmediato una protección que por sí sola, justifica la erogación que aquella supone”.⁹

El objetivo económico del Seguro es el de mantener protección adecuada contra la eventualidad de que ocurra un siniestro.

La prima debe ser calculada en función de.

- El tiempo
- La gravedad del riesgo (probabilidad de su realización)
- La suma asegurada.

Prima Pura

Es la expresión matemática del valor del riesgo. Constituye el punto de partida para el cálculo de la prima de tarifa o comercial.

La prima pura depende de dos factores principales. la probabilidad del siniestro y la intensidad del riesgo por una parte, y por otra del valor del objeto o del capital Asegurado.

Prima de Tarifa o Prima Directa

Es la prima que precisamente paga el Asegurado y que está integrada por la suma del valor del riesgo

⁸ Véase López Richaud Mónica, Bases Generales del Seguro de Grupo.

Asegurado, o sea la prima pura, más los recargos por conceptos de gastos de producción, de cobro de administración y beneficio comercial del Asegurador.

Se tiene por tanto que

- PRIMA PURA
- (+) GASTOS DE ADQUISICION
- (+) GASTOS DE ADMINISTRACION
- (+) MARGEN DEL ASEGURADOR
- (=) PRIMA DE TARIFA O DIRECTA

Disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro respecto a la prima:¹⁰

Art. 31. - El contratante del Seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio si no hay estipulación expresa en contrario.

Art. 32. - En el Seguro por cuenta de tercero, la empresa Aseguradora podrá reclamar del Asegurado el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

Art. 33. - La empresa Aseguradora tendrá derecho de compensar las primas y los préstamos sobre la póliza que se le adeuden, con la prestación debida al Asegurado

Art. 35 - La empresa Aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que se convenga que el Seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella

⁹ Véase López Richaud Mónica, Bases Generales del Seguro de Grupo

¹⁰ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Colección Porrúa 34ª Edición

2.4. RETENCION

La retención es el importe que la Compañía puede y quiere poner en juego por cuenta propia, en la suscripción de cada negocio o de un conjunto de riesgos, es decir, la proporción de riesgo que cubrirá.

Para una mejor comprensión de la definición se desglosa la misma en:

Retención: También llamada Pleno, Conservación, Participación de la cedente, Compromiso neto, etc.

Importe: El importe de la retención puede expresarse en un porcentaje de la suma asegurada o en una cantidad determinada por riesgo o por siniestro.

Por ejemplo, una Compañía retendrá el 33% de todas las sumas aseguradas en el subramo de gastos médicos mayores; un importe de \$100,000.00 sobre Seguros de Incendio de casas particulares y un monto de \$50,000.00 en cada siniestro ocurrido en el ramo de vida.

Puede poner en juego: Se subraya por esta expresión que el seguro es todavía una cosa muy aleatoria y que, a pesar de ciertas reglas que se basan en experiencias, el elemento especulativo no ha desaparecido.

Por cuenta propia: Este término significa que la compañía retendrá el porcentaje convenido de las sumas aseguradas o de los importes por riesgo o siniestro.

Cada riesgo: Es muy importante que los diferentes departamentos de las Compañías Aseguradoras tengan instrucciones precisas no solamente en cuanto a las retenciones máximas, sino también respecto al escalonamiento de los plenos de conservación en función de la calidad del negocio suscrito

Conjunto de riesgos: Con esta expresión se alude a las acumulaciones que en numerosos ramos pueden producirse: mercancías a bordo de un barco, pasajeros en un avión, conjunto de edificios en una manzana, etc.

Desde el punto de vista actuarial, existen varios métodos basados en la teoría del riesgo, para determinar el pleno óptimo de retención. En la práctica, a las consideraciones teóricas hay que agregar argumentos de orden económico y financiero, variables de una compañía a otra, sin olvidar que los accionistas suelen tener criterios distintos con respecto al riesgo máximo que quieren correr con su inversión (grado de aversión al riesgo).

Retención Legal

Al respecto la Ley General de Instituciones de Seguros dice:

“La responsabilidad que asuma una institución de Seguros sin reasegurar, no será superior en cada riesgo a los siguientes porcentajes de la suma de su capital pagado más reservas de capital, reservas de previsión y utilidades no distribuidas, afectos a cada una de las operaciones que la institución esté autorizada a practicar.

- I. En Accidentes y Enfermedades, 5%;
- II. En Daños:
 - a) 5% cuando la institución opere solamente un ramo;
 - b) 4% cuando opere en dos ramos;
 - c) 3% cuando opere en tres ramos o más.

Tratándose de las operaciones de vida, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas fijará a cada

institución el límite máximo de retención tomando en cuenta el volumen de sus operaciones, su promedio de seguros en vigor y la experiencia que haya obtenido".¹¹

Retención Técnica

Las compañías Aseguradoras, no necesariamente deben usar su retención máxima legal ya que dependiendo de la clasificación del riesgo y de las políticas de suscripción que tenga cada compañía, se fijará su retención de acuerdo con su experiencia.

¹¹ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Colección Porrúa. 34ª Edición.

2.5. SINIESTROS

El objetivo del Seguro es cubrir el riesgo que gravita sobre la persona, sus bienes o su responsabilidad ante otros (responsabilidad civil); por lo tanto, cuando existe un daño o una lesión previsto y garantizado por el contrato del seguro (póliza), en el medio Asegurador se dice que ha ocurrido un siniestro. Como ejemplo podemos citar un ataque de apendicitis por el cual es necesaria una intervención quirúrgica y la hospitalización del asegurado, siempre y cuando dicho padecimiento no esté específicamente excluido de la póliza

De lo anterior se desprende que la sola ocurrencia de una pérdida, daño o lesión no determina la responsabilidad inapelable del Asegurador, debido a que es necesario analizar si dicho acontecimiento se apega a las coberturas y condiciones bajo las cuales el Asegurado contrató la póliza.

La reclamación.

Cuando el Asegurado se da cuenta que ha sufrido una pérdida, o bien que se ha originado un siniestro, debe dar cumplimiento a los requisitos previstos para estos casos en la póliza y marcados por la Ley del Contrato de Seguro

Cada ramo tiene sus propias particularidades y reglamento para el pago de reclamaciones, pero al respecto la Ley General de Instituciones de Seguros en sus capítulos cuarto y quinto maneja ciertos criterios:

Aviso del siniestro.¹²

Art 66 - Tan pronto como el Asegurado o beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá ponerlo

¹² Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Colección Porrúa 34ª Edición

en el conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso, que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Es muy importante que el Asegurado informe a la Compañía de Seguros la ocurrencia del siniestro, pues de otra suerte el siniestro pudiera hacerse más cuantioso si no se toman las medidas pertinentes de parte de la Aseguradora.

En el caso de falta de cumplimiento del artículo anterior la Ley enuncia:¹³

Art. 67. - Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiera dado oportunamente.

Art. 68. - La empresa quedará desligada de todas las obligaciones, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

De esta manera si el Asegurado omitiera el aviso oportuno, la Aseguradora no se hará responsable por ningún monto reclamado.

Además de cumplir con los requisitos anteriores el Asegurado tiene la obligación de proporcionar todas las pruebas que la compañía de seguros requiera. Al respecto la Ley dice:

Art. 69. - La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan

¹³ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Colección Porrúa. 34ª Edición.

determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo

En caso de que la compañía de seguros demuestre que el Asegurado ha entorpecido su labor al analizar el siniestro, quedará totalmente liberada de su responsabilidad y al respecto la Ley dice:

Art. 70. - Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulen o declaren inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en el caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que se trata el artículo anterior.

La reclamación resultará improcedente en el caso de que el Asegurado haya provocado el siniestro con el fin de obtener un beneficio ilícito de cualquier índole ante la ocurrencia del siniestro; la Ley, a la letra nos dice:

Art. 77. - En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Prescripción ¹⁴

Art. 81. - Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Art. 82. - El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, faltas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de

¹⁴ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Colección Porrúa. 34ª Edición

los interesados, quiénes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Art. 83. - Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los artículos anteriores.

Art. 84. - Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que se trata el artículo 37 de la presente Ley.

Art. 37. - En los Seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el Asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de estas vencerá al comienzo del período que comprenda

2.6. DIVIDENDOS

El dividendo se define como la parte en la que el Asegurado participa en las utilidades o beneficios de la póliza cuando ésta tuviese derecho a ello, derivado de un sano resultado del seguro en términos de siniestralidad, y depende de la cantidad pactada de antemano entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora en el convenio.

Este dividendo se establece como un porcentaje de la prima neta pagada menos el monto de siniestros ocurridos durante el mismo período.

Normalmente, el dividendo se paga de acuerdo al siguiente ejemplo:

Dividendo a pagar = Prima Neta * Fórmula de Dividendos - Monto de Siniestros

Fórmula de Dividendos	50.00%
Prima Neta Pagada:	\$ 1,000.00
Prima Neta * Fórmula:	\$ 500.00
Monto de Siniestros:	\$ 350.00
Dividendo a Pagar:	\$ 150.00

Existen 2 tipos de dividendos, estos son:

Dividendo de Experiencia Global

Bajo esta modalidad, la experiencia del grupo en cuestión se conjunta con el resto de la cartera del mismo tipo de seguro, que existe en la Aseguradora, y su participación de utilidades dependerá del resultado global de la misma.

Dividendo de Experiencia Propia.

Esta opción permite tener una participación de utilidades en función exclusivamente de los resultados *de siniestralidad obtenidos por el grupo asegurado.*

La determinación del tipo de dividendo que se otorgará se hace con base en el número de asegurados del grupo y el monto de la prima anual.

CAPITULO 3. EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES

El desarrollo de la medicina implica una gran inversión de recursos económicos y, por ello, los tratamientos especializados suelen ser tan costosos que pueden, con frecuencia, desequilibrar el presupuesto de una familia en caso de que alguno de sus miembros requiera de un gasto médico mayor.

Como se analizó en el capítulo anterior, cualquier riesgo tiene ciertas características y en particular el riesgo de que un individuo incurra en gastos importantes, que se hagan necesarios para la recuperación de la salud, como los riesgos contemplados por el Seguro de Gastos Médicos Mayores, tienen las siguientes características:

- 1) Es *incierto*, pues en general, bajo condiciones normales de prevención de la salud, se desconoce si un individuo adquirirá o no determinado padecimiento o bien, se verá afectado por un accidente.
- 2) Es *posible*, no obstante las medidas de higiene y prevención de la salud que se deben tomar.
- 3) Es *concreto*, por cuanto que existe la posibilidad de medir su frecuencia y severidad, durante un período de observación.
- 4) Es *lícito*, pues todo individuo tiene derecho de procurar el cuidado, conservación y recuperación de su propia salud
- 5) Es *fortuito*, siempre que el padecimiento no provenga de actividades que el asegurado decida realizar y resulten en la agravación del riesgo.
- 6) Finalmente, es de *contenido económico*, ya que la realización de un gasto médico importante, necesariamente produce deterioro en el patrimonio familiar.

Por lo anterior, un gasto médico mayor constituye un *riesgo asegurable*, para el cual ha sido diseñada una línea específica de productos, dentro de los seguros de personas.

El origen del Seguro de Gastos Médicos Mayores es la creación de un mecanismo que permita a la población hacer frente a los gastos en salud, mediante el pago de primas a entidades aseguradoras para la provisión de asistencia médica, a través de instituciones y prestadores de servicios médicos privados.

Su objetivo es satisfacer la necesidad económica de resarcir los gastos por concepto de servicios de salud no previstos, que por su severidad pudieran crear a la familia o al individuo dificultades económicas.

El Seguro de GMM se contrata sobre la base de un plan temporal a un año. Se dice que es un plan renovable, en el sentido de que una vez iniciada la vigencia de la póliza, la aseguradora no tiene el derecho de negar al contratante su renovación, siempre que la edad del asegurado se encuentre dentro de los límites establecidos para tal efecto en las condiciones generales del contrato.

En México, existen tres tipos de seguro de GMM, que deben expedirse en función del grado de participación que asume el asegurado principal, tanto en la decisión de contratar la póliza, como en el pago de la prima, y son los siguientes

- a) *Individual y/o Familiar*, en el que la decisión de contratar el seguro recae totalmente en el asegurado principal, el cual paga el 100% de la prima.

En este caso, por lo general, las edades de contratación o inclusión en el seguro son de 30 días a partir del nacimiento, a 65 años de edad; pudiendo ser renovada hasta los 69 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la cual el asegurado cumpla la

edad de 70 años.

El contratante de la póliza individual y/o familiar es el asegurado principal y en la misma quedan inscritos todos sus dependientes económicos asegurados.

- b) *Colectivo*, que se caracteriza porque el asegurado principal toma parte en la decisión de ser asegurado, y a su vez, contribuye al pago de la prima, ya sea parcial o totalmente.

En este caso, por lo general, las edades de contratación o inclusión en el seguro, son de 30 días a partir del nacimiento, a 60 años de edad; pudiendo ser renovada hasta los 64 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la cual el asegurado cumpla la edad de 65 años.

Los Límites de edad son menores, con respecto a las pólizas individuales, debido a que en las pólizas colectivas pueden ingresar personas que no necesariamente tengan la misma ocupación o actividad, aunque los una alguna asociación, club, etc. Y por lo tanto el riesgo que tienen de sufrir un siniestro es diverso

Como en una misma póliza se incluye un conjunto de certificados y, a su vez, cada uno de éstos ampara tanto la cobertura del asegurado principal como las de sus dependientes económicos, es conveniente señalar que las edades límite de admisión y renovación se aplican respecto a cada asegurado. Esto es, si en un certificado el asegurado principal llega a la edad máxima, se cancela dicho certificado con todos sus dependientes, sin que afecte a los que continúan cumpliendo los requisitos de edad.

- c) *Grupo*, en el cual el asegurado principal no decide si desea tomar el seguro y, en general, no contribuye al pago de la prima, salvo en algunos casos, para sus dependientes económicos

Las edades de contratación o inclusión y de renovación, corresponden usualmente a las mismas que para el seguro colectivo.

El contratante de las pólizas de grupo y colectivo es, por lo regular, el patrón de la empresa y los asegurados principales son sus trabajadores o empleados, cada uno de los cuales, una vez perfeccionado el contrato, recibe un certificado individual, en el cual quedan inscritos, en su caso, también sus dependientes económicos.

3.2. REGLAMENTACION

Con el fin de enmarcar correctamente el medio ambiente del seguro de Gastos Médicos Mayores en México, como un seguro particular del Ramo de Accidentes y Enfermedades, se presentan a continuación dos artículos de la Ley General de Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas¹⁵, los cuales se refieren a la definición y características del mismo.

Art. 7. - Las concesiones y autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, respectivamente, son por su propia naturaleza intransmisibles y se referirán a una o más de las siguientes operaciones de seguros:

- I Vida
- II Accidentes y Enfermedades
- III Daños, en algunos de los Ramos siguientes:
 - a) Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales
 - b) Marítimo y Transporte
 - c) Incendio
 - d) Agrícola
 - e) Automóviles
 - f) Crédito
 - g) Diversos
 - h) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9° de esta Ley.

Art. 8 - Los seguros comprendidos dentro de la enumeración de operaciones y ramos del artículo anterior, son los siguientes:

¹⁵ Véase Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Colección Porrúa 34ª Edición

(sólo se señala lo referente al ramo de Accidentes y Enfermedades)

- II. Para las operaciones de Accidentes y Enfermedades, las que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, ocasionada por un accidente o enfermedad de cualquier género.

3.3. GASTOS CUBIERTOS

Los gastos cubiertos se pueden dividir en dos grandes grupos, dependiendo de si se encuentran limitados o no:

El primer grupo comprende los gastos derivados de honorarios profesionales de médicos y enfermeras calificados, costo de habitación y alimentos en el hospital, aparatos ortopédicos, prótesis y ambulancia, los cuales se limitan para evitar abusos o gastos excesivos en que pueda incurrir el asegurado; el segundo grupo donde aparecen los gastos en que se incurren por concepto de medicinas, anestesia, sala de recuperación, análisis de laboratorio, transfusiones de sangre, terapias, etc., donde existe control ya sea gubernamental o por instituciones de salud, o con fines de competencia.

El Asegurado puede recuperar hasta el 100% de los gastos erogados, siempre que la enfermedad o accidente que haya sufrido esté cubierta por el seguro, ya que las causas que los originan, algunas veces son imputables a:

1. La falta del cuidado del asegurado en su persona.
2. A la negligencia en la manera de conducirse.
3. A la participación en actos que por su naturaleza representan un riesgo gravoso.
4. La atención médica por tratamiento de tipo estético y, por lo tanto no indispensable.

Cubrir los gastos médicos por enfermedad o accidentes derivados de las causas anteriores repercutirá, entre otras cosas, en el encarecimiento de su costo y por lo tanto en la imposibilidad de controlarlo, al tiempo de desviar el objetivo que se persigue. No obstante, existen algunas enfermedades y/o accidentes de alto costo para su cuidado, que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso.

3.4. EXCLUSIONES

Considerando que el seguro opera bajo la premisa de ser un contrato de buena fe, y que la protección que otorga corresponde a lesiones corporales sufridas involuntariamente por el Asegurado o por agentes morosos, la Aseguradora se ve obligada a estipular claramente en la póliza las exclusiones que puedan comprometer a los argumentos antes descritos, garantizando el sano desarrollo de la industria.

Si el Asegurado sufre un accidente o padece alguna enfermedad por participar en actos como los que se mencionan a continuación, los gastos erogados generalmente no son reembolsados por este seguro:

- Buceo, alpinismo, vuelos sin motor, tauromaquia, charrería, equitación, esquí de cualquier tipo, espeleología y rapel, cacería, doma de fieras, pruebas o contiendas de velocidad o resistencia.
- Padecimientos Preexistentes.
- Conducción en carreras de motocicletas.
- Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, excepto en líneas comerciales legalmente autorizadas para la transportación de pasajeros.
- Actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.
- Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

Tampoco son motivo de reembolso los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de:

- Tratamientos por enfermedad mental.
- Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje
- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.
- Cirugías plásticas o estéticas

- Tratamientos contra el alcoholismo y/o toxicomanía.
- Intervención en actos autodestructivos.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para la corrección de astigmatismo, presbiopía, hipermetrópía, miopía, estrabismo, así como queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
- Tratamientos quirúrgicos por lesiones de la piel conocidas como lunares o nevos.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos por fertilidad, esterilidad, control de la natalidad y/o sus complicaciones.
- Exámenes médicos generales con fines de revisión periódica, conocidos como "Check up's".

3.5. GASTOS CUBIERTOS BAJO CONVENIO EXPRESO

Existen enfermedades inevitables, algunas de alta incidencia y costo, que producen desviaciones en la experiencia de este ramo de seguro. Para estos casos las aseguradoras han acordado cubrirlas bajo convenio expreso, limitando el monto de los reembolsos y en algunos casos determinando períodos de espera a partir de la contratación del seguro para cubrirlas

Los gastos médicos no cubiertos, por lo general son excluidos por las Aseguradoras; sin embargo, los gastos cubiertos bajo convenio expreso difieren de unas a otras, dependiendo de las políticas establecidas por cada aseguradora y donde su experiencia marca en muchos casos la aceptación o no del riesgo. Como ejemplo de gastos cubiertos mediante convenio expreso se tienen:

Maternidad, complicaciones del embarazo y complicaciones de eventraciones, queratotomías, hernioplastías, hemorroidectomías, cualquier padecimiento anorectal, circuncisiones, tratamientos por prolapsos y operaciones reconstructivas del piso perineal, tumoraciones mamarias, histerectomías, miomectomías, endometriosis, insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores, operaciones de senos paranasales, amigdalitis, adenoiditis, amigdalectomías y adenoidectomías

Padecimientos preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia del contrato, entendiéndose tales como:

- Aquéllos cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia del contrato de seguro, independientemente de que el asegurado haya tenido o no conocimiento del diagnóstico.
- Aquéllos en los que se haya integrado un diagnóstico médico previo a la vigencia del contrato de seguro.

3.6. FORMAS DE INDEMNIZACION

Aún cuando en sentido estricto, debido a lo estipulado en el contrato del seguro, existe una forma única de pagar los siniestros, el reembolso, actualmente se manejan tres modalidades de indemnización en el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

1. **Reembolso.** Bajo esta forma el asegurado realiza los gastos ocasionados por la enfermedad o accidente, para posteriormente solicitar con las facturas de lo gastado y a través de formatos específicos el reembolso de los montos erogados, sujetándose éstos a las condiciones de la póliza en cuanto a deducible y coaseguro.
2. **Pago Directo.** La Aseguradora por medio de las condiciones generales y anexos a las mismas da a conocer a los asegurados las redes de prestadores de servicios con quienes tiene convenios, médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc., para que en caso de requerirlo, el asegurado acuda con alguno de estos prestadores a los que la aseguradora pagará directamente, una vez aceptada la reclamación y aplicados los límites de suma asegurada, deducible y coaseguro respectivos
3. **Programación de Cirugías.** Mediante esta modalidad de indemnización el asegurado comunica a la compañía de seguros, mediante formatos específicos para ello, que se someterá a una operación o tratamiento médico cubiertos por la póliza

Si el médico que realizará la intervención quirúrgica no pertenece a la red en convenio, la aseguradora lo contacta y trata de llegar a un acuerdo en cuanto a los honorarios, de acuerdo a tabuladores médicos que indican los montos máximos que se pagan en el mercado por la cirugía que se practicará, pagándole directamente al médico el monto acordado.

En caso de que el médico no acepte los honorarios que le paga la aseguradora, la diferencia con el monto máximo la paga el asegurado. Si el médico está en convenio se sigue el procedimiento de pago directo.

Debido a que a través del pago directo y la cirugía programada la aseguradora tiene un presupuesto del "sinistro", además de que controla los costos desde un inicio, al utilizar estas formas de indemnización se eliminan el deducible y el coaseguro, no teniendo, por lo tanto, el asegurado que realizar ningún desembolso.

CAPITULO 4. ESTADISTICAS Y TARIFICACION DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

4.1. COMPORTAMIENTO EN EL PERÍODO 1991 - 1997

Como hemos visto en los capítulos anteriores, la importancia y diversidad de coberturas en el Seguro de Gastos Médicos Mayores ha ido creciendo paulatinamente y cada vez con mayor rapidez.

En este capítulo se analizará dicho crecimiento en primas, y el comportamiento de la siniestralidad. Esto describirá de una manera clara la participación en el mercado de seguros durante los últimos años del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

En 1997 este seguro fue vendido por 26 de las 51 compañías de seguros que operan en México, esto nos dice que el 51% de las Aseguradoras ofrecen pólizas de Gastos Médicos Mayores.¹⁶

En los tiempos de apertura comercial en los que se encuentra nuestro país (llegada de Aseguradoras y Bancos extranjeros, uniones, fusiones, creación de Afores, etc.) este porcentaje no indica mucho, ya que en 1992 era del 66%, pero había 16 compañías menos. Lo realmente relevante es la participación en primas directas del sector Asegurador y la evolución de las mismas en los últimos años.

Como puede observarse en el cuadro 1 y las gráficas 1 a 4, el ramo de Accidentes y Enfermedades (A. y E.) ha crecido poco a poco de 1991 a 1995, dando un salto importante en este crecimiento durante 1996 y 1997.

¹⁶ Fuente. "Estadisticamis" núm 37A

Cuadro 1. Producción de Primas Directas del Mercado Asegurador Mexicano durante el período 1991 – 1997

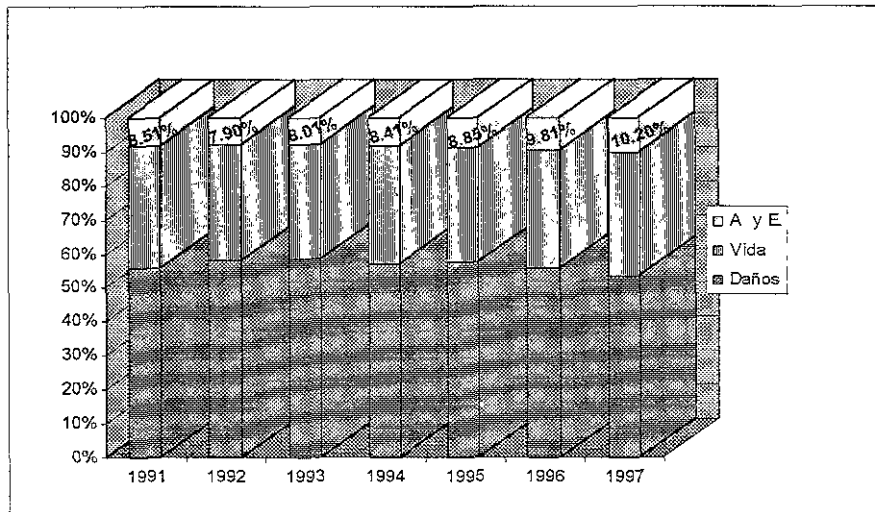
ANO	Vida	% Part.	A. y E.	% Part.	Daños	% Part.	TOTAL
1991	3,842,511	35.86%	911,443	8.51%	5,962,071	55.64%	10,716,025
1992	5,167,095	34.30%	1,189,678	7.90%	8,707,629	57.80%	15,064,402
1993	6,021,396	33.61%	1,434,729	8.01%	10,459,910	58.38%	17,916,035
1994	7,120,199	34.44%	1,739,191	8.41%	11,817,689	57.15%	20,677,079
1995	7,996,926	33.68%	2,101,107	8.85%	13,643,174	57.47%	23,741,207
1996	10,592,981	34.44%	3,016,958	9.81%	17,146,312	55.75%	30,756,251
1997	14,421,557	36.36%	4,044,027	10.20%	21,198,266	53.44%	39,663,850

Fuente: "Estadisticamis" Boletín informativo. Nums 21,25,29,33, 37 y 37A

Cifras en miles de pesos

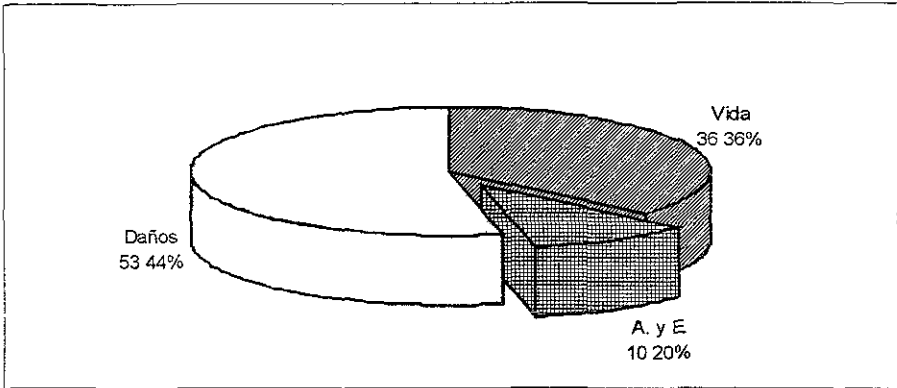
Gráfica 1. Participación en el Mercado Asegurador durante 1991-1997

PRIMAS DIRECTAS

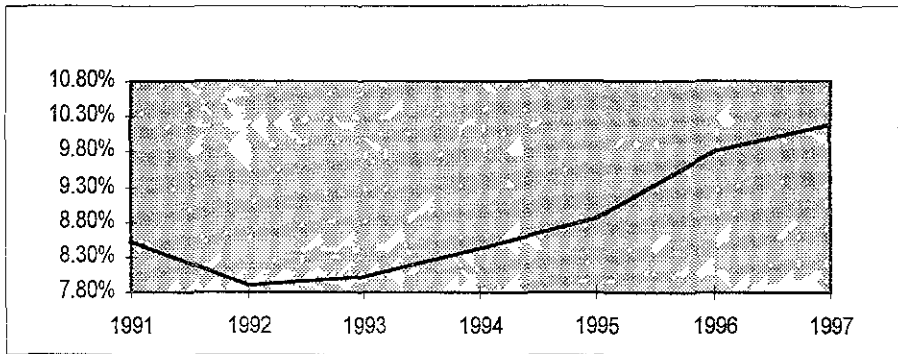


Gráfica 2. Participación en el Mercado Asegurador durante 1997

PRIMAS DIRECTAS



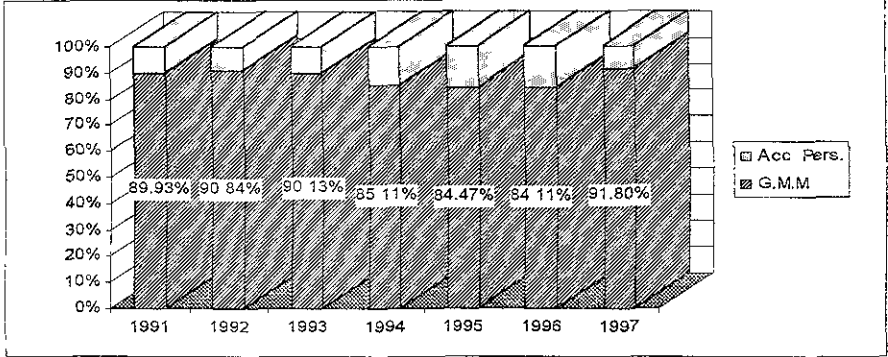
Gráfica 3. Incremento en la participación del ramo de A. Y E.



En la gráfica 3 se observa como la participación del ramo de A. y E. ha ido incrementándose; siendo en 1996 el año de mayor crecimiento, con un punto porcentual, y aunque disminuyó su tendencia de crecimiento durante 1997, las perspectivas para este seguro siguen siendo muy favorables

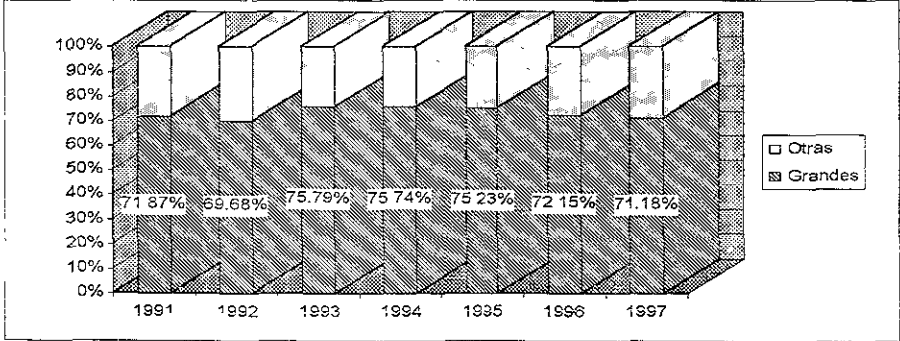
Del total de las primas directas del ramo de A. y E., el Seguro de Gastos Médicos Mayores ha contribuido siempre con la mayor proporción incrementando su producción al promedio de 90% durante el mismo período. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Participación del Seguro de Gastos Médicos Mayores en A. y E.



Es importante resaltar que del total de las primas directas, el 71% fue captado por las denominadas "Compañías Grandes"¹⁷ y que durante todo el período analizado el comportamiento, según se ve en la Gráfica 5, fue similar.

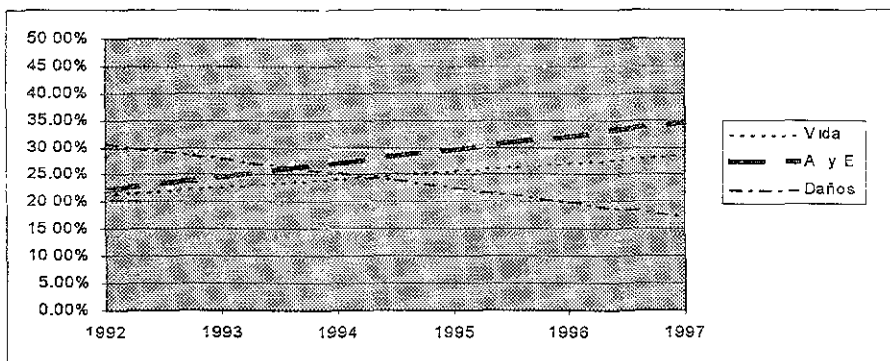
Gráfica 5. Captación de Primas Directas por tipo de empresa



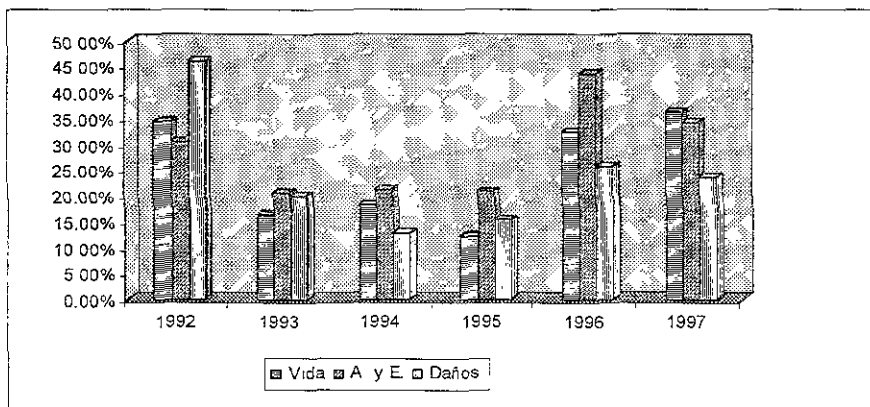
¹⁷ Véase Capítulo 1, página 13

Comparando el crecimiento de Gastos Médicos Mayores contra las operaciones de Vida y Daños, observamos que mientras que Gastos Médicos ha tenido un incremento nominal promedio de 27.5%, los otros ramos crecieron en promedio 22.8% y 24% respectivamente, en términos nominales (Gráficas 6 y 7).

Gráfica 6. Tendencia de crecimiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores vs. las operaciones de Vida y Daños



Gráfica 7. Crecimiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores vs. las operaciones de Vida y Daños, en relación a las primas directas captadas



Cabe destacar que aún cuando en los últimos años, la siniestralidad ha disminuido en el ramo de Accidentes y Enfermedades, el porcentaje de ésta con respecto a las primas directas todavía es alto.

A continuación se desglosa la siniestralidad en el Mercado Asegurador Mexicano mostrando posteriormente su porcentaje con respecto a las primas directas.

En el cuadro 2 y la gráfica 8, se observa cuál es la participación que el ramo de Accidentes y Enfermedades, en cuanto a la siniestralidad, ha tenido con respecto a los otros ramos, durante el período 1991 a 1997.

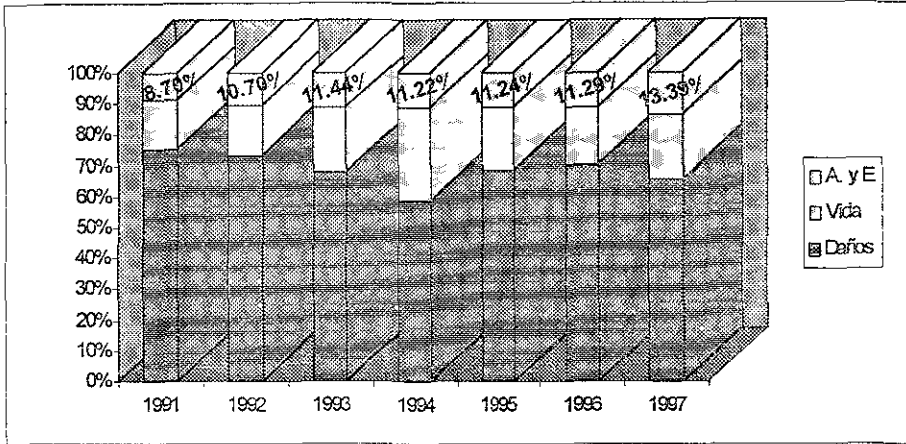
Cuadro 2. Siniestralidad de la operación del Mercado Asegurador Mexicano durante el período 1991 – 1997

ANO	Vida	%Pat	A y E	%Pat	Daños	%Pat	TOTAL
1991	926,599	16.15%	499,175	8.70%	4,311,238	75.15%	5,737,012
1992	1,200,397	16.00%	803,078	10.70%	5,500,879	73.30%	7,504,354
1993	1,644,202	20.69%	909,418	11.44%	5,394,422	67.87%	7,948,042
1994	3,120,673	30.08%	1,164,091	11.22%	6,069,192	58.70%	10,373,956
1995	2,804,273	20.40%	1,545,338	11.24%	9,394,557	68.35%	13,744,168
1996	3,138,820	18.46%	1,920,303	11.29%	11,945,961	70.25%	17,005,084
1997	4,204,533	21.44%	2,625,365	13.39%	12,783,482	65.18%	19,613,380

Fuente: Estadisticamis Boletín informativo nums 21,25,29,33, 37 y 37A

Cifras en miles de pesos.

Gráfica 8. Participación en el Mercado Asegurador durante el período 1991-1997



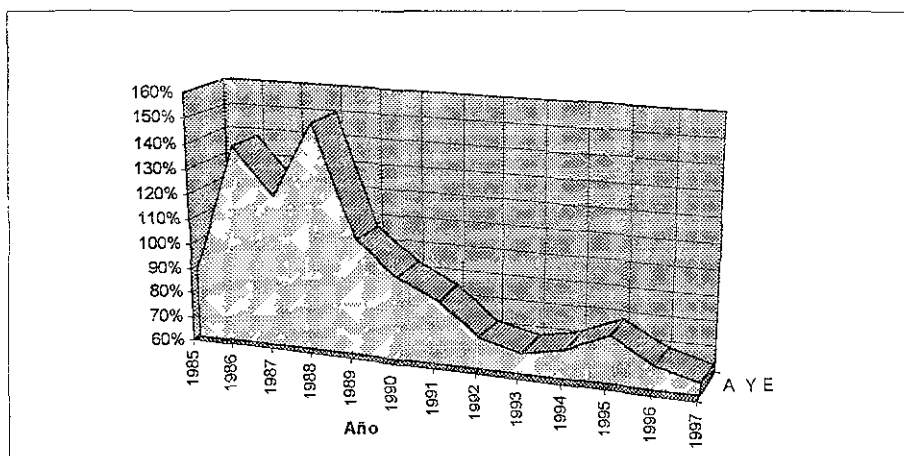
En el cuadro 3 podemos observar la evolución que ha tenido la siniestralidad, en particular en el ramo de A. y E., en los últimos años en México.

Cuadro 3. Porcentajes de Siniestralidad durante el período 1991 – 1997

ANO	Vida	A. y E.	Daños	Total
1991	24.11%	54.77%	72.31%	53.54%
1992	23.23%	67.50%	63.17%	49.82%
1993	27.31%	63.39%	51.57%	44.36%
1994	43.83%	66.93%	51.53%	50.17%
1995	35.07%	73.55%	68.86%	57.89%
1996	29.63%	63.65%	69.67%	55.29%
1997	29.15%	64.92%	60.30%	49.45%

En la Gráfica 9, se hace más evidente que, durante el período analizado, la siniestralidad en el ramo de A. y E , con respecto a las primas directas, ha disminuido considerablemente.

Gráfica 9. Evolución del Porcentaje de Siniestralidad del Seguro de Gastos Médicos Mayores en el período 1991-1997



Como una práctica generalizada en el sector asegurador, las primas de los Seguros de Gastos Médicos Mayores se calculan de acuerdo al tipo de experiencia del Grupo Asegurado, estas son, Experiencia Global o Experiencia Propia

4.2. EXPERIENCIA GLOBAL

En el caso de grupos con menos de 150 Asegurados titulares o menos de 500 Asegurados totales, o bien que no hayan tenido cobertura de seguro de GMM durante el ejercicio anterior, se expiden pólizas con experiencia global.

La cotización de estas pólizas se realiza con base en tarifas determinadas con la estadística de la cartera, por rangos de edad y sexo, registradas ante la CNSF.

A continuación se da un ejemplo de cotización para una póliza en experiencia global, de acuerdo a la tarifa básica de una Compañía Aseguradora.

Características del Grupo Asegurado:

Asegurados principales: 130

Dependientes económicos: 123

Distribución de Asegurados por edades y sexo

Rango de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 -19	15	11	26
20-24	12	12	24
25-29	13	12	25
30-34	18	15	33
35-39	19	19	38
40-44	17	18	35
45-49	15	16	31
50-54	10	14	24
55-59	7	7	14
60-64	2	0	2
65-69	1	0	1
Totales	129	124	253

Características del Plan:

Suma Asegurada: 400 Meses de Salario Mínimo General vigente en el D.F.

Deducible 5 meses de Salario Mínimo General vigente en el D.F.

Coaseguro: 10%

Tarifas Plan Básico de Hospitalización (No incluyen I.V.A.)

Rango de edad	Hombres	Mujeres
0-19	954.80	954.80
20-24	1,283.10	1,859.10
25-29	1,407.70	2,064.70
30-34	1,628.30	2,334.00
35-39	1,907.90	2,674.00
40-44	2,321.90	3,090.10
45-49	2,886.20	3,590.30
50-54	3,618.90	4,174.40
55-59	4,545.10	4,853.00
60-64	5,987.90	5,987.90
65-69	7,793.30	7,793.30

Procedimiento:

1. Se obtiene la distribución de Asegurados por edad y sexo.
2. Se multiplica la tarifa correspondiente a cada rango por el número de personas.
3. Se obtiene el total del grupo.
4. Se le agrega el I.V.A. y el derecho de póliza.

Resultados de los cálculos:

Rango de edad	Prima Neta Hombres	Prima Neta Mujeres	Prima Neta Total
0-19	14,322.00	10,502.80	24,824.80
20-24	15,397.20	22,309.20	37,706.40
25-29	18,300.10	24,776.40	43,076.50
30-34	29,309.40	35,010.00	64,319.40
35-39	36,250.10	50,806.00	87,056.10
40-44	39,472.30	55,621.80	95,094.10
45-49	43,293.00	57,444.80	100,737.80
50-54	36,189.00	58,441.60	94,630.60
55-59	31,815.70	33,971.00	65,786.70
60-64	11,975.80	0.00	11,975.80
65-69	7,793.30	0.00	7,793.30
Totales	284,117.90	348,883.60	633,001.50

Prima Neta Total:	\$ 633,001.50
I.V.A.:	\$ 94,950.23
Derecho de Póliza:	\$ 500.00
Prima Total Anual:	\$ 728,451.73

Existen otros factores que intervienen para cotizar un Seguro de Gastos Médicos Mayores en Experiencia Global.

Estos factores difieren de una Aseguradora a otra, pero en general son los que se refieren a:

- a) Suma asegurada
- b) Tipo de plan
- c) Subramo del seguro (Individual, Grupo o Colectivo)
- d) Deducible
- e) Coaseguro
- f) Coberturas adicionales
- g) Zona geográfica donde habita el grupo Asegurado

4.3. EXPERIENCIA PROPIA

Para grupos con más de 150 Asegurados principales o más de 500 Asegurados totales, y que hayan tenido cobertura de seguro de GMM durante el ejercicio anterior, se expiden pólizas con experiencia propia.

La cotización de estas pólizas se realiza con base en la siniestralidad que haya tenido el grupo Asegurado en la vigencia anterior, y los factores que se indican en el siguiente ejemplo:

Requisitos para nuevos negocios:

500 Asegurados totales o 150 Asegurados principales.

Siniestros y condiciones del último período (1 año).

Prima Neta de ese período. Para observar si existió alguna desviación considerable.

Procedimiento de cálculo:

La prima de este tipo de experiencia se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Prima Neta} = \frac{\text{Siniestros Proyectados} \times (1 + \% \text{ inflación})}{1 - \text{Comisión} - \text{Gastos}}$$

donde:

Siniestros proyectados. Estimación a un año de los siniestros reportados.

% Inflación: La inflación para la proyección será la mayor entre la Inflación general y la médica, de acuerdo a los índices nacionales generales

Comisión y Gastos Porcentajes aplicados de acuerdo a la Tabla de Experiencia Propia

Número de Asegurados	Comisión	Gastos y Utilidad	Riesgo o Margen	Fórmula de Dividendos P.N.*F.D. – Sin.
350-500	17.50%	23.50%	20.00%	49.00%
501-1,000	15.00%	22.00%	17.50%	54.00%
1,001-2,500	12.50%	20.50%	15.00%	58.00%
2,501-5,000	10.00%	19.00%	12.50%	63.00%
5,000-10,000	7.50%	17.50%	10.00%	68.00%
10,000 y más	5.00%	16.00%	7.50%	73.00%

A continuación se da un ejemplo de cotización para una póliza en experiencia propia.

Características del Grupo Asegurado:

Asegurados Totales: 1,600

Prima Neta del período anterior. \$ 2,894,578.91

Siniestros pagados: \$ 1,984,530.27

Factores para la cotización:

- *Siniestros Proyectados:* \$ 2,017,605.77 Este monto se obtiene de acuerdo a la experiencia de la Aseguradora, utilizando factores de estacionalidad de primas.
- *Inflación Médica.* 26.32%
- *Inflación General (1997):* 17.00%
- *Comisión:* 12.50%
- *Gastos.* 20.50%

$$\text{Prima Neta} = \frac{2,017,605.77 \times (1.2632)}{1 - 0.125 - 0.205} = \$ 3,803,939.72$$

I.V.A.: \$ 570,590.96

Derecho de Póliza: \$ 500.00

Prima Total Anual: \$ 4,375,030.68

Al igual que en experiencia global, para las pólizas en experiencia propia existen otros factores que pueden hacer variar la prima neta, tales como, aumento de los beneficios que se tenían en la anterior vigencia y negociaciones especiales.

Sin embargo, los procedimientos descritos en los dos ejemplos anteriores son los que, básicamente, siguen todas las compañías Aseguradoras en México.

4.4. PROBLEMATICA DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES EN MEXICO

De acuerdo al punto de vista de gente relacionada con el medio asegurador, existen 2 tipos de factores que intervienen en el sano desarrollo del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, estos son los siguientes:

- I. Factores vinculados con la regulación del propio sector
- II. Factores ajenos a la regulación

Adicional a estos factores, la falta de educación o de conciencia para adquirir un seguro de Gastos Médicos Mayores y el alto costo con que operan estas coberturas, hacen inaccesible su compra para las clases media y baja de la sociedad, además el entorno económico de nuestro país, en el que muchas empresas están luchando por subsistir, impide también que éstas adquieran este tipo de seguros para sus empleados; estas situaciones impiden que el Seguro de Gastos Médicos Mayores manifieste todo el potencial que lleva implícito en sus coberturas y en su objetivo social fundamental.

Factores vinculados con la regulación del propio sector

Aún cuando en una encuesta realizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Encuesta al Sector Asegurador, julio 1993) se obtuvo que el 60% de la información estadística de siniestralidad corresponde a la experiencia propia de cada Aseguradora, el 24% de la experiencia de otras compañías o del mercado mexicano en general; y el 16% de la experiencia proveniente del extranjero; actualmente la principal, y prácticamente única fuente, de donde obtienen sus estadísticas cada Aseguradora son sus propias bases de datos, y muchas veces de los distintos sistemas para la operación del ramo, desde la emisión hasta los trámites que lleva una reclamación, y en algunos casos obtienen la información de los expedientes de cada póliza.

Esto ocasiona que no se tengan estadísticas reales, ya que para hacerlo se necesita contar con un sistema y una parametrización del producto bien planeados. A la fecha, la mayoría de las Aseguradoras operan con un sistemas modificados de acuerdo a las necesidades momentáneas, es decir, sistemas "parchados".

Por lo anterior, en algunas ocasiones el Seguro de GMM opera con base en tarifas experimentales, además que la competencia por los negocios obliga a las compañías a reducir sus márgenes y cotizar por debajo de lo que la siniestralidad indique.

Con el fin de que el Sector Asegurador cuente con un soporte estadístico que fomente su sano desarrollo y al mismo tiempo esté en condiciones de competir, en su momento, en el orden internacional, la CNSF en forma conjunta con la AMIS, a través de comités técnicos, estableció las bases del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA).

La parte del SESA correspondiente al Ramo de Accidentes y Enfermedades, en particular lo relacionado a Gastos Médicos Mayores, se consideró entre lo de mayor prioridad para ser incorporado en la primera etapa del propio sistema estadístico, por lo que se comenzó a operar en 1994

Sin embargo aún cuando ya están establecidas las reglas bajo las cuales opera el SESA para Accidentes y Enfermedades, no existe congruencia entre lo que requieren en el manual y el sistema de captura proporcionado para dicho objetivo, lo que crea dificultad para su llenado y comprensión. Por lo cual se requiere de sistemas de validación a nivel captura, así como talleres para el manejo de este sistema y manuales de mejor calidad.

Esta parte del sistema estadístico consiste en llenar 98 formatos para el SESA anual y dos cuadros del SESA trimestral

Estos cuadros requieren datos desde número de Asegurados por rango de edad y sexo, primas pagadas por cobertura, por Estado de la República, causas de siniestralidad, número de ocurrencia, monto reclamado, pagado, concepto de reclamación.

Todo este desglose requerido en el SESA, actualmente, no lo lleva ninguna Aseguradora debido a los sistemas propios con que cuenta cada compañía, por lo que para el llenado de dichos cuadros hacen sólo estimaciones que cuadren con sus resultados globales.

Estas estimaciones provocan que no se cumpla con el objetivo para el que fue diseñado el Sistema Estadístico del Sector Asegurador, sin embargo, aunque es del conocimiento de la CNSF esta forma de proceder, no se contemplan cambios a los formatos o al Sistema en general. Sin embargo, el realizar inversiones para el mejoramiento del SESA traería como consecuencia un mejor control estadístico en cuanto siniestralidad por causa, sexo, edad, estado de residencia, etc. lo que necesariamente nos llevaría a un mercado más sano, con primas más adecuadas a las coberturas y sobre todo más accesibles para el público general.

Otro de los factores que impiden el desarrollo del ramo es la rotación de seguro de grupo con experiencia propia. Esta rotación origina la pérdida de coberturas para los Asegurados y pérdidas para las compañías.

Dentro de los factores para cotizar los negocios de experiencia propia, el más importante, desde el punto de vista del riesgo puro, es el monto de siniestros pagados durante la vigencia anterior.

De acuerdo a los resultados de una encuesta realizada por la CNSF, en el 82% de los casos las cotizaciones se realizan sin contar con información fidedigna de siniestralidad. Esto se debe, según dicha encuesta a que el agente o corredor altera el resultado de siniestralidad, en busca de una prima menor, y a que puede existir un subregistro del monto de siniestros pagados durante el año anterior,

con o sin dolo del contratante.

Otros factores de error pueden deberse a la información del interior de la República, debido a que algunas compañías no tienen la infraestructura para el control de la siniestralidad; y por otra parte a la precisión del sistema de siniestros, sobre todo cuando la siniestralidad se obtiene de distintos sistemas, ya que se desconoce si estos tienen el mismo origen en su parametrización y también por errores de captura en el número de póliza.

Factores ajenos a la regulación del propio sector

Uno de los principales factores que impide el crecimiento adecuado del ramo de Accidentes y Enfermedades, que no está vinculado a la regulación del sector, es la alta siniestralidad del mismo.

Esto se debe a que durante mucho tiempo se ha considerado a las pólizas de seguro de GMM como un "valor agregado" en la venta de pólizas de otros tipos de seguro, como son, vida, incendio y responsabilidad civil.

Así es que, con el objeto de alcanzar un mayor volumen de primas por la venta de otros seguros, los agentes y corredores de seguros negocian con las Aseguradoras una serie de condiciones especiales y costos bajos en la póliza de Gastos Médicos Mayores lo cual, a la postre, origina que la siniestralidad sea mayor con respecto a las primas, dado que no se hace una selección de riesgos adecuada, ni se observan las estadísticas del negocio para elaborar una adecuada cotización y cobro de primas. Ha sido por estas negociaciones que han surgido una serie de coberturas extraordinarias como las de cesárea, maternidad, tratamientos dentales, lentes y preexistencia

Además, se hizo también una práctica generalizada la operación de planes sin límite por intervención quirúrgica, tanto en individual y/o familiar como en grupo y colectivo. Sin embargo, al darse cuenta las

Aseguradoras de que estos planes incrementaban la inflación en los servicios médicos y hospitalarios, muy por encima de la inflación general, decidieron no ofrecer más estos planes sin límite, y a la fecha sólo se otorgan los que ya habían estado vigentes y desean renovar bajo las mismas condiciones. Por otra parte, también se otorgan estos planes a la cartera del Sector Gobierno que siempre son licitadas o bien en concursos, en donde se establecen las bases con las cuales desean que operen sus pólizas.

Con el fin de detener la constante pérdida en el ramo, las compañías de seguros llevan a cabo algunos mecanismos de control de siniestralidad, que podemos clasificar en cinco categorías, que son:

1. *De carácter técnico-estadístico.* Lo que se pretende aquí es elaborar tarifas basadas estrictamente en los resultados y actualizarlas de manera permanente, además de aplicar deducibles y coaseguros específicos para ciertos padecimientos, así como elaborar reportes de siniestralidad periódicos y más específicos que los actuales, y por último, no otorgar más pólizas sin límite que las que ya existen.
2. *De comunicación con el Asegurado.* Actualmente se capacita con mayor énfasis a los agentes en la forma en que deben explicar la póliza al Asegurado dejando muy claras, sobre todo, las limitaciones y exclusiones de la misma. En adición a esto, se dan pláticas para asegurados y agentes de pólizas empresariales y se da asesoría personalizada al paciente asegurado al momento de una hospitalización.
3. *Relacionados con prestadores de servicios médicos y/u hospitalarios.* Cada vez se hacen más convenios con hospitales y médicos para que, a través de un mayor volumen de pacientes, otorguen precios que ayuden a controlar mejor los costos.

4. *Enfocados a la suscripción* Para hacer una mejor selección de riesgos se definen exclusiones para padecimientos frecuentes y aplican períodos de espera estrictos; se somete a examen médico a los solicitantes de 50 años en adelante, se concientiza al contratante sobre el posible encarecimiento de las coberturas en caso de un abuso en estos servicios. Se establece comunicación entre las compañías, a través de la AMIS, para detectar a tiempo negocios con riesgos subnormales y se solicita una carta certificación de la experiencia de siniestralidad en vigencias anteriores, cuando se pretenda un cambio de aseguradora para pólizas con experiencia propia.

5. *Enfocados a la atención del siniestro.* La última categoría de estos mecanismos para el control de la siniestralidad se enfoca en la atención del siniestro. Para ello se establecen límites máximos por consulta médica ; se utilizan tabuladores o catálogos por intervención quirúrgica obligatorios; se efectúa el pago de honorarios de los médicos en el hospital, avisando al asegurado los límites que hayan sido aplicados; se utiliza la Oficina Informadora de Impedimentos de AMIS para apoyar el dictamen de los siniestros, se comparan las historias clínicas contra el informe del médico ajustador para determinar la procedencia de la reclamación; se revisa con base en el expediente y facturas, que todo tratamiento practicado vaya acorde con el padecimiento, se promueve que los asegurados soliciten el pago directo y que hagan uso de la cirugía programada.

Otro de los puntos de la problemática para el desarrollo del Seguro de Gastos Médicos Mayores, que no está relacionado con la regulación del sector, es la falta de control de los montos de los honorarios médicos y quirúrgicos.

Este es un tema de controversia, ya que mientras algunos representantes de las Aseguradoras afirman que el Seguro de GMM se ha convertido para los cirujanos en una oportunidad para

incrementar sus ingresos, otras personas aseguran que no existe fundamento en esto, y por el contrario, ajustan sus costos a lo que fijan las Aseguradoras.

Lo cierto es que no todos los médicos establecen un importe mayor para sus honorarios quirúrgicos que los que cobrarían para la misma intervención en caso de que el paciente no contara con dicha cobertura. Sin embargo, sea aislada o una práctica generalizada, las aseguradoras han desarrollado diversos mecanismos e implantado algunas medidas para el control de los honorarios de los prestadores de servicios médicos.

Estas medidas consisten en:

1. Establecer convenios más claros con médicos reconocidos,
2. Aumentar la red de prestadores de servicios bajo convenio de pago directo,
3. Dar a conocer de antemano a los médicos el catálogo de intervenciones quirúrgicas, e incluso discutir con ellos, a priori, los límites por procedimiento que éste establece,
4. Crear un cuerpo de médicos dictaminadores,
5. Retomar el concepto de "gasto usual" o "costo razonable", para los honorarios médicos, dependiendo de la especialidad y prestigio de cada cirujano,
6. Proporcionar al Asegurado una lista de médicos especialistas bajo convenio,
7. Utilizar varios niveles de catálogo de honorarios por intervención quirúrgica,
8. Elaborar un proyecto con las autoridades para regular los honorarios médicos, que permita manejar, a nivel de mercado, una guía de costos de intervención quirúrgica (fee guide), con límites mínimo y máximo, y
9. Establecer comunicación entre las propias instituciones de seguros, para identificar a aquellos médicos cuyos honorarios están fuera de los límites del seguro y negociar con ellos, a nivel sectorial, para lograr una reducción de costos.

La mayoría de estas acciones ya están puestas en práctica por las Aseguradoras con resultados

positivos. Pero aún existe mucho camino por recorrer, y tal vez implantar otras medidas que ayuden todavía más.

Además, la complejidad de las condiciones generales de la póliza, que dificulta al Asegurado una adecuada comprensión de los alcances y limitaciones de este contrato es también un factor que impide el desarrollo óptimo de este seguro

La póliza del seguro de GMM está compuesta, fundamentalmente, de siete secciones:

1. Condiciones Generales
2. Definiciones
3. Cobertura
4. Exclusiones
5. Cláusulas de ampliación de beneficios
6. Catálogo de intervenciones quirúrgicas
7. Endosos de coberturas o exclusiones especiales.

En ellas aparecen una gran cantidad de términos técnicos y jurídicos que dificultan la comprensión al Asegurado del contrato de Seguro de GMM.

Como apoyo a los Asegurados, buscando un mayor entendimiento de la póliza por parte de aquellos, las Aseguradoras han realizado diversas acciones para lograrlo, que a la postre traerán beneficios para todos los involucrados.

Algunas de ellas son:

- Elaboración de resúmenes que permitan resaltar los puntos más importantes de los contratos.

- Folletos explicativos de las condiciones generales, coberturas y exclusiones
- Pláticas a los asegurados antes y después de la contratación de la póliza.
- Instructivo de reclamación en caso de siniestro
- Capacitación a agentes.
- Servicio telefónico las 24 horas del día para dar información sobre médicos, hospitales, coberturas, exclusiones, etc.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

Existen diversos factores que impiden el crecimiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, éstos van desde problemas en el conocimiento mismo del seguro, hasta ciertas prácticas desleales para obtener negocios y por supuesto, el entorno económico y social existente en nuestro país.

Como se analizó en el capítulo 4, el Seguro de GMM ha sido considerado durante mucho tiempo como un "extra o valor agregado" en la contratación de otro tipo de pólizas, lo cual ocasiona una mala selección de riesgos, que a su vez origina falta de estadísticas y, por lo tanto, tarifas experimentales, así como el otorgamiento de coberturas extraordinarias que contravienen el objetivo fundamental de este seguro que es: resarcir la probable pérdida económica generada por los gastos de salud no previstos.

Al otorgar coberturas que no necesariamente cubran gastos de salud imprevistos, tales como: cesárea, maternidad, tratamientos dentales, lentes y preexistencia, además de otorgar pólizas para grupos "especiales" (que a través de un agente obtienen estas pólizas pagando primas ínfimas con el objeto de obtener toda la cartera, por ejemplo, de incendio) que no cubran ni siquiera la siniestralidad esperada, se ha creado una inflación excesiva en este seguro, haciendo inalcanzable para la mayoría la adquisición de una póliza de GMM.

Pero no todos los problemas en el seguro se deben a ciertos agentes de seguros, también los médicos han contribuido al deterioro del sector. En muchas ocasiones al enterarse que algún paciente tiene póliza de GMM incrementan el costo de los tratamientos que practican, a sabiendas que por los límites manejados en dicha póliza podrían pagar tales incrementos. También, la ampliación de los planes sin límite por intervención quirúrgica provocó un incremento de la inflación médica muy por encima de la inflación general.

Sin embargo, al darse cuenta las compañías de la importancia de este seguro y del amplio mercado que tienen frente sí, han empezado desde hace algunos años a tomar ciertas medidas que tienen como objetivo el rescate e impulso del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Entre esas medidas está el Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA), el cual puede llegar a ser una herramienta extraordinaria para el control de la siniestralidad y tarificación del seguro. Esto puede conseguirse mediante inversiones tendientes al mejoramiento del SESA lo que conllevaría un mercado más sano en todos los aspectos.

Adicionalmente, con los mecanismos de control de siniestralidad analizados en el mismo capítulo 4, se ha conseguido un repunte muy importante en la siniestralidad de los últimos años.

Esto se debe a que con dichos mecanismos, divididos en cinco categorías, se atacan las principales causas que agobiaban al sector.

- Se pretenden elaborar tarifas basadas estrictamente en los resultados.
- Se hacen convenios con médicos para pagarles de manera justa y razonable sus servicios.
- Se capacita a agentes y asegurados para tener un mayor conocimiento de sus pólizas.
- Se seleccionan mejor los riesgos mediante definición de exclusiones, períodos de espera y límite en las edades de aceptación.
- Se establecen montos máximos para consultas médicas.
- Se utilizan tabuladores o catálogos por intervención quirúrgica.
- Se promueve el pago directo y la cirugía programada.
- Se intenta dar un mayor entendimiento y claridad en las pólizas.

Con todas las medidas anteriores se ha logrado una notable mejoría en los resultados de este seguro durante los últimos años.

De acuerdo a lo analizado en este trabajo, se observa que el Seguro de Gastos Médicos Mayores en México ha adquirido mayor importancia y participación en el sector asegurador y, en general, en el desarrollo del país. Confirmando este comportamiento el crecimiento en primas y la tendencia a la baja de la siniestralidad durante el período comprendido de 1991 a 1997.

Aún cuando existe una seria problemática en el desarrollo y la aceptación de este seguro en nuestro país, el esfuerzo que está haciendo el sector, aunado a la paulatina concientización del consumidor en general, da un panorama prometedor.

De los 911 millones de pesos de primas directas en 1991 a los más de 4 mil millones en 1997 hubo un incremento 344%, el más significativo del sector tomando en cuenta que Vida se incrementó en 275%, Daños en 256%, y el mercado en total 270% en 7 años.

Por lo anterior, la participación en el Mercado Asegurador del Seguro de Gastos Médicos Mayores también se incrementó en el mismo período en 1.7%

Para 1998 ya se incluye en las estadísticas las primas de las aseguradoras de pensiones, debido a la puesta en vigor el 1° de julio de 1997 de la nueva Ley del Seguro Social, sin embargo, la tendencia del Seguro de Gastos Médicos Mayores no varió, es decir se mantuvo creciente.

Así como se ha logrado una mayor participación en primas, en cuanto a la siniestralidad se han obtenido avances significativos, disminuyendo del 72% en 1992 al 64% en 1997, mientras que daños tuvo 72% y 60% y vida incrementó el porcentaje de 24% a 29% en los mismos años. Cabe mencionar que de 1985 a 1990 se tuvo un promedio de siniestralidad del 116% en el ramo de Accidentes y Enfermedades. Lo cual indica de manera clara que los objetivos perseguidos por el sector asegurador se están cumpliendo.

Ciertamente se requiere eficientar aún más este seguro, es por ello que las compañías están en constante búsqueda de mejores alternativas para controlar sus costos y dar mayor impulso al seguro de gastos médicos mayores.

Si a esto agregamos la preocupación del gobierno para lograr una mejor calidad de vida y salud de la población, a través de programas que apoyan a empresas a adquirir planes de salud mediante la reversión de cuotas, y las acciones emprendidas por la CNSF y la AMIS para llevar un mayor control estadístico, podemos prever que este seguro, y todos los que tengan que ver con el cuidado de la salud, podrían alcanzar todavía mejores resultados a corto plazo.

APENDICE. DEFINICIONES UTILIZADAS EN EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES ¹⁸

Accidente. Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza. No se considera accidente cualquier lesión corporal provocada intencionadamente por el Asegurado.

Asegurado Principal. Es aquella persona que aparece como titular de la póliza o que presta servicio activo directamente al contratante de la póliza y se encuentra incluido en el registro de asegurados.

Certificado de seguro. Un documento con valor de póliza, emitido a cada Asegurado de un contrato de seguro de grupo, delineando los beneficios asegurados y las previsiones aplicables al miembro del grupo.

Coaseguro. Porcentaje de participación del importe del siniestro a cargo del Asegurado y el cual se aplica al monto total de gastos cubiertos, una vez descontado el deducible para cada reclamación.

Contratante. Es aquella persona física o moral responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del seguro o la que se compromete a realizar el pago de las primas.

Deducible. Es la cantidad fija que aporta el Asegurado en cada siniestro y representa la parte del riesgo que él mismo asume.

Dependientes económicos. Se consideran dependientes económicos del Asegurado Principal, al cónyuge y a los hijos solteros menores de 25 años, que no reciban remuneración alguna por trabajo personal. En caso de que el Asegurado Principal sea soltero, se considerarán a sus padres, siempre

¹⁸ Tomado de Póliza Línea Azul Hospitalaria, Grupo Nacional Provincial, S.A.

Emergencia Médica. Se considera Emergencia Médica, todo aquel evento que ponga en peligro la vida o la viabilidad de un órgano del Asegurado, siempre y cuando se presente de manera súbita, y se requiera atención médica inmediata

Endoso. Un documento formal que cambia lo previsto en una póliza de seguros firmada conjuntamente por la compañía de seguros y el asegurado o su representante autorizado. Un endoso modifica la póliza o los certificados y puede incrementar o decrementar los beneficios, normar las condiciones de cobertura o en algún otro modo, corregir el contrato original.

Endoso de Exclusión. Un acuerdo que se añade a la póliza para eliminar la cobertura de ciertas enfermedades que normalmente son cubiertas por la póliza.

Endoso de Reducción y/o Eliminación de Períodos de Espera. Es la consideración por parte de la Aseguradora, del tiempo de inclusión en pólizas de seguros de Gastos Médicos Mayores que ha tenido el Asegurado con otras Compañías. Este endoso tiene como único objeto reducir o eliminar los períodos de espera consignados en el contrato de seguro.

Enfermedad cubierta Es la alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza.

Exclusiones. Condiciones específicas listadas en la póliza para las cuales la póliza no proveerá pago de beneficios.

Experiencia. Un término usado para describir la relación, usualmente expresada como porcentaje o tasa, de reclamaciones sobre primas para un plan, cobertura o beneficio para un período de tiempo

establecido.

Fecha efectiva. La fecha en la cual empieza el seguro bajo una póliza.

Fecha de Elegibilidad. La fecha en la cual un miembro individual de un grupo específico se vuelve elegible para aplicar seguro bajo el plan de seguro.

Frecuencia. Es la probabilidad de suceso del evento aleatorio, y está dada por la proporción que guardan el número de negocios afectados entre el total expuesto.

Grupo Un conjunto de personas que forman parte de un mismo patrón o empresa.

Honorarios Médicos. Es aquella remuneración que obtiene el profesional médico por los servicios que presta a los Asegurados.

Hospitalización Para efectos de las pólizas de Gastos Médicos Mayores, es la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio. Dicho período empezará a correr en el momento que el Asegurado ingrese como paciente interno.

Límites de edad. Edades estipuladas como máximas y mínimas con las cuales la compañía no aceptará aplicaciones o no renovará pólizas.

Monto Pagado. Es el importe que la compañía liquida al asegurado y resulta de descontar el Monto Procedente, el deducible y coaseguro que correspondan.

Monto Procedente Es la cantidad que la aseguradora toma en cuenta para el pago del siniestro, y resulta de aplicar las exclusiones y límites de la póliza al importe reclamado para cada concepto.

Monto Reclamado. Representa el importe total de los gastos efectuados por el asegurado, según los comprobantes respectivos.

Morbilidad La frecuencia de enfermedades y accidentes en una clase bien definida de personas. Es la relación que guarda el número de siniestros con respecto al total de los asegurados expuestos, es decir, el número de siniestros por riesgo.

Padecimientos preexistentes. Son aquéllos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para cada asegurado. También se consideran padecimientos preexistentes aquéllos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado algún diagnóstico que señale que dicho padecimiento tuvo inicio en fecha anterior a la contratación original de la póliza para cada Asegurado.

Pago Directo. Sistema de cobertura que opera con los Hospitales y médicos que están en convenio con la Aseguradora. Mediante este beneficio la Aseguradora liquida directamente al prestador de servicios los gastos procedentes por motivo de enfermedad y/o accidente cubierto por el contrato. De esta manera no hay desembolso alguno en caso de hospitalización, y solamente quedan a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro.

Período al Descubierta. Este concepto es solo aplicado para las pólizas de seguro de grupo y es aquel lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia el último día del Período de Gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o la fracción pactada. No procederán las reclamaciones cuyos gastos realizados por alguna enfermedad o accidente se hayan erogado estando la póliza en este período.

Período de Espera. El lapso de tiempo que el asegurado debe esperar para que pueda contar con ciertos beneficios asignados en la póliza, por lo general, para que se cubran ciertos padecimientos.

Período de Gracia. El lapso de 30 días naturales a partir del inicio de la vigencia que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. El pago de la reclamación procede sólo en el caso de que la póliza haya sido pagada.

Porcentaje de Siniestralidad. Es la proporción dada por el Monto Pagado total contra la Prima Devengada en una fecha determinada

Prima Devengada. Es la cantidad proporcional de la prima que corresponde al período transcurrido de vigencia de la póliza a una fecha determinada (en general al 31 de diciembre de cualquier año).

Prima de Riesgo. Es la cantidad mínima requerida anual, para que la compañía pueda cumplir con las obligaciones que se estipulan en el contrato.

Prima Neta. Es el importe anual que debe pagar cada Asegurado de acuerdo a su edad, sexo y actividad profesional, para poder gozar de los beneficios que otorga la cobertura.

Programación de Cirugías. Beneficio mediante el cual la Aseguradora confirma el servicio de pago directo previo a su Intervención Quirúrgica y/o Tratamiento con Hospitalización o Cirugía Ambulatoria.

Reclamación Una demanda del asegurado por el pago de los beneficios bajo el contrato de seguro.

Reconocimiento de Antigüedad. Es la consideración del tiempo de inclusión en seguros de gastos médicos mayores con otras Aseguradoras antes de la adquisición de la póliza, con el objeto de reducir o eliminar los períodos de espera consignados por el contrato, por lo que el reconocimiento de antigüedad no implica la aceptación de padecimientos preexistentes.

Reembolso. Este sistema consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, deben ser liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan serán posteriormente reintegrados al Asegurado o a quien éste designe.

Renovación. Continuación de la cobertura bajo una póliza, más allá de su término original, por la aceptación del asegurador de la prima de un nuevo término de la póliza.

Reporte desde el hospital. Cuando el Asegurado informa a la Aseguradora que ha sido ingresado en una clínica, hospital o sanatorio, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, a fin de que la Aseguradora tome contacto directo con la Institución y dictamine si cubre o no el evento

Riesgo. Es un evento aleatorio y fortuito que no depende de causas especificadas o de la voluntad del hombre. Así mismo, le corresponde una determinada probabilidad de sucesos y su manifestación provoca acontecimientos económicos perjudiciales.

Riesgo Asegurable. Las condiciones que hacen asegurable un riesgo son:

- a) *las características contra las que se asegure deben producir una pérdida definida que no esté bajo el control del asegurado;*
- b) *debe haber un número grande de exposiciones homogéneas sujetas a las mismas características,*
- c) *la pérdida debe ser calculable y el costo de aseguramiento debe ser económicamente factible;*
- d) *la circunstancia debe afectar a todos los asegurados; y*
- e) *la pérdida producida por un riesgo debe estar definida y tener un potencial que sea financieramente sano.*

Siniestro. Es el evento económicamente adverso que produce la realización del evento aleatorio (riesgo).

Siniestro Medio. Es el importe promedio de las reclamaciones.

Suma Asegurada. Es la cantidad máxima que paga la Aseguradora por cada Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura

Tabla de Honorarios Médicos. Lista detallada de procedimientos que especifica el monto máximo a pagar para cada uno de ellos. Incluye honorarios médicos por consultas médicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.

Tabla de Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos Médicos (Tabla de I.Q.). Relación de intervenciones quirúrgicas donde se indica el porcentaje que, aplicado a la base pactado con los médicos y hospitales en convenio de cada plan, determina el monto máximo a pagar para cada enfermedad o accidente cubiertos.

Vigencia. Período durante el cual surte efecto el seguro y sus coberturas. Sólo que se menciones expresamente otra duración, el Contrato será válido por un año contado a partir de la fecha que aparece en la carátula de la póliza.

BIBLIOGRAFIA

1. Aspectos relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México
Documento de trabajo # 28
Pedro Mejía Tapia
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
Septiembre 1993
2. Historia del Seguro en México
Inicio y consolidación del Seguro Mexicano 1900 - 1988
Editado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. (AMIS)
Octubre 1988
3. ESTADISTICAMIS
Boletín trimestral informativo de la AMIS
Números 21,25,29,33,37 y 37A
4. Gastos Médicos Mayores en México. Pasado, presente y futuro
Dr. Federico Gerzso Rivera. Coordinador
Corpo Medic, S.A. de C.V.
Editorial Prado, S.A.
1997
5. Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
Leyes y Códigos de México
Colección Porrúa. 34a. edición
México 1998
6. Bases Generales del Seguro de Grupo
Act. Mónica López Richaud
UNAM, 1994
7. Análisis actuarial sobre la suficiencia en las primas del seguro de gastos médicos mayores
Act. Isabel Díaz Ulloa
UNAM, 1994

8. Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social
Los primeros años 1943 - 1944
Coord. Fernando Zertuche Muñoz
9. Aspectos técnicos en el seguro de gastos médicos mayores
Act. Miguel Angel Beltrán Prado
UNAM, 1995
10. La evolución y análisis del seguro de gastos médicos mayores
Act. Héctor Córdova Vazquez
UNAM, 1991
11. Boletín de Noticias Fiscales
Reformas a la Ley del Seguro Social
Mancera, S.C. Ernst & Young
Enero 1996. # 2
12. Póliza Línea Azul Hospitalaria
Grupo Nacional Provincial, S.A.
1995

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA