



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES SU
RESTRUCTURACION Y SUS ULTIMOS AVANCES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
A C T U A R I A
P R E S E N T A
I. ERENDIRA SORIANO RIVERA



DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES
DIRECTOR DE TESIS: ACT. LAURA MIRIAM QUEROL GONZALEZ

FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR
2000

274376



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

MAT. MARGARITA ELVIRA CHÁVEZ CANO
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:

" El seguro de gastos médicos mayores: su restructuración y sus últimos avances "

realizado por **Irasema Bréndira Soriano Rivera**

con número de cuenta **9455899-1** , pasante de la carrera de **Actuaría**

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

Act. Laura Miriam Querol González *L.M.Q.G.*

Propietario

Act. Ma. Aurora Valdés Michel *[Firma]*

Propietario

Act. Leticia Daniel Orana *Leticia Daniel D.*

Suplente

Act. Víctor Manuel Solís Nájera *Victor Manuel Solis Najera*

Suplente

Act. Carlos Flavio Espinosa López *Carlos Flavio Espinosa Lopez*

[Firma]

Consejo Departamental de Matemáticas

M. en A.P. Pilar Alonso Reyes

Agradecimientos:

Gracias a Dios (Yo Soy), por permitirme vivir y seguir adelante, cualquier obstáculo será superado por que sé que tu estarás siempre conmigo.

A todas las personas que me han apoyado en circunstancias diversas y con las que he compartido vivencias muy especiales e inolvidables. Siempre tenemos algo bueno que aprender de las personas que nos rodean.

A mi mamá, que me ha dado todo lo que una hija puede esperar y desear; cariño, amor y sobre todo comprensión y enseñanza, sin ella no podría haber logrado este importante paso en mi vida. Te quiero mucho.

A mi querida Universidad, de donde me sentiré siempre muy orgullosa de haber pertenecido, sobre todo a la Facultad de Ciencias, ya que es ahí donde está la mejor formación de un Actuario.

A mis profesores que amablemente colaboraron conmigo en la elaboración de esta tesis, agradezco sus valiosos consejos, señalamientos y su total apoyo. Muchas gracias.

A mis amigas y amigos con los que compartí momentos inolvidables.

*En la calma y la tranquilidad el Señor me brinda sus respuestas.
En la paz y en la estabilidad, el Señor me guía con la luz de su verdad.*

El es mi fortaleza.

El es mi certeza.

El es la única respuesta.

El es " Yo Soy "

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I.- LOS INICIOS DEL SEGURO EN MÉXICO

1. Necesidad Universal de los Seguros.	1
1.1.- El Riesgo.	
1.2.- El Seguro (definición: técnica y práctica).	
1.3.- Las ventajas del seguro.	
2. Principios esenciales de los Seguros.	2
2.1.- El interés asegurable.	
2.2.- La Ley de los promedios.	
3. Antecedentes históricos del Seguro en México.	3
3.1.- Antecedentes históricos del seguro en el mundo.	
3.2.- Antecedentes históricos del seguro en México.	
3.3.- El Código Civil Mexicano.	
3.3.1.- Contrato de Seguro Mercantil.	
3.4.- La primera Ley del Seguro en México.	
4. La influencia Europea en el Seguro Mexicano.	6
4.1.- La creación de las primeras compañías de seguros.	
4.2.- Promulgación de diferentes reglamentos para las compañías de seguros.	
4.2.1.- Ley General de Instituciones de Seguros.	
4.2.2.- Ley de Sociedades de Seguros (modificaciones).	
5. Las Bases constitutivas de la Industria Aseguradora.	8
5.1.- Bases para la mexicanización y desarrollo del Seguro Mexicano.	
5.2.- Fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	
6. La Organización y Administración del Seguro.	10
6.1.- La creación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).	
7. El Seguro como instrumento de Ahorro Nacional.	11
7.1.- Reformas y Legislación de los Seguros.	
7.2.- Reglamentos de nuevos seguros << Grupo y Colectivo >>.	
8. La Legislación sobre el Seguro y sus tendencias actuales.	12
8.1.- La creación de otros seguros y de sociedades de capital fijo.	
8.2.- La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.	
8.3.- Nueva Tabla de Mortalidad de vida individual.	
8.4.- El Plan Nacional de Desarrollo y sus beneficios.	
8.5.- La creación del Sistema Ahorro para el Retiro (SAR).	
8.6.- La importancia del IMSS en la actualidad.	
8.7.- Algunas comparaciones sobre sistemas de salud.	

CAPÍTULO II.- EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Los conceptos técnicos usados con mayor frecuencia.	16
2. Aspectos relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México.	20

2.1.-	Introducción.	
2.2.-	Características del Riesgo.	
3.	Características importantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores.	22
3.1.-	El origen del seguro de Gastos Médicos Mayores.	
3.2.-	El objetivo del seguro de Gastos Médicos Mayores.	
3.3.-	Clases de asegurados en una póliza de GMM.	
4.	Tipos de Seguro de Gastos Médicos Mayores.	25
5.1.-	Individual y/o familiar.	
5.2.-	Colectivo.	
5.3.-	Grupo.	
5.4.-	Grupos asegurables en una póliza de GMM.	
5.	Condiciones generales de una póliza de Gastos Médicos Mayores.	27
4.1.-	Cláusulas que deben cumplir el asegurado y la aseguradora a la celebración de un contrato de seguro: contrato, vigencia, modificaciones y notificaciones, omisiones o inexactas declaraciones, existencia de otros seguros, cobertura del contrato de seguro, renovación, moneda, primas, rehabilitación, edad, altas y bajas de asegurados, derecho a seguro individual, siniestros, pago de indemnizaciones, participación del asegurado en la reclamación, reinstalación de la suma asegurada, prescripción, interés moratorio y competencia.	
6.	Apertura de los contratos.	35
6.1.-	Planes limitados.	
6.2.-	Planes amplios.	
7.	Participación del asegurado en el monto del siniestro.	36
7.1.-	Deducible.	
7.2.-	Coaseguro.	
7.3.-	Formas de aplicación del deducible y coaseguro.	
8.	Selección de Riesgos en una póliza de Gastos Médicos Mayores.	37
8.1.-	Requisitos de Contratación.	
9.	Cláusulas adicionales para pólizas de Grupo y Colectivo.	38
9.1.-	Movimiento de asegurados:	
9.1.1.-	Altas, bajas, cambio de contratante, obligación de asegurar.	
10.	Características generales de los planes de seguro, y su comercialización.	40
11.	Bases de funcionamiento y operación del seguro de GMM.	42
11.1.-	Gastos cubiertos en una póliza de Gastos Médicos Mayores.	
11.2.-	Exclusiones en una póliza de Gastos Médicos Mayores.	
12.	Extensión territorial de la cobertura de un Seguro de GMM.	47
12.1.-	Cobertura en México.	
12.2.-	Cobertura en el extranjero.	
12.3.-	Tipos de cobertura (Básica, CEE, CAME).	
12.4.-	Cláusulas opcionales.	

CAPÍTULO III.- LAS BASES TÉCNICAS Y LOS ÚLTIMOS AVANCES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1.	Elementos que se deben considerar en el riesgo de enfermedad.	50
1.1.-	Comportamiento del seguro de GMM con respecto al número y monto de siniestros.	
2.	La Prima de Riesgo en el seguro de Gastos Médicos Mayores.	53
2.1.-	Participación del asegurado en la siniestralidad.	
3.	Metodología para el cálculo de la Prima de Riesgo.	58
3.1.-	Frecuencia de siniestralidad por enfermedad y accidente.	
3.2.-	Metodología común para el cálculo de la prima de riesgo de un seguro individual de GMM.	

4. Participantes en el mercado del seguro de GMM.	60
4.1.- Clientes internos, externos, aseguradoras e instancias gubernamentales.	
5. Calidad en servicio que ofrece el sector asegurador en el Seguro de GMM.	61
6.1.- Problemas en la calidad de los servicios.	
6.2.- Protección, costos y conveniencia.	
6.3.- Cuestionamientos negativos.	
6.4.- Investigación en hospitales (ABC, Angeles y Español).	
6. La problemática de los seguros en México.	64
5.1.- La demanda y oferta de los seguros.	
7. Las redes médicas.	65
7.1.- Concepto y beneficios.	
7.2.- Coberturas en red.	
7.3.- Requisitos que debe cumplir un médico para pertenecer a una red.	
8. ¿Que hacer en caso de accidente y/o enfermedad cuando se pertenece a una red médica?	67
8.1.- Opciones a seguir en caso de accidente y/o enfermedad	
8.2.- Que hacer cuando no se utiliza un medico de red.	
8.3.- Recomendaciones para el reembolso de GMM.	
9. Últimos avances del sector asegurador al término de 1998.	70
9.1.- Las cifras del crecimiento, primas directas y siniestralidad de las Compañías aseguradoras.	

CAPÍTULO IV.- LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA MÁS RECIENTE DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Histórico de indicadores de siniestralidad de GMM.	73
1.1.- Número de asegurados.	
1.2.- Número de siniestros.	
1.3.- Monto de siniestralidad.	
1.4.- Número de siniestros / número de asegurados.	
2. Porcentajes de participación del mercado.	79
2.1.- Accidentes y enfermedades.	
2.2.- Accidentes Personales.	
2.3.- Gastos Médicos Mayores.	
3. Indicadores de GMM (Individual, Grupo y Colectivo).	82
4. Indicadores de siniestralidad en hospitales.	87
4.1.- Pago hospital.	
4.2.- Honorarios médicos.	
4.3.- Número de casos.	

CONCLUSIONES

ANEXOS

- I. EI SEGURO DIRECTO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SINIESTRALIDAD RECLAMADA POR TIPO DE PLAN, ENTIDAD, RANGO DE EDAD Y SEXO.
- II. FORMATOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN DE UN SEGURO DE GMM
- III. COMPARATIVO DE CONDICIONES GENERALES ENTRE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS: SEGUROS COMERCIAL AMÉRICA Y GRUPO NACIONAL PROVINCIAL.
- IV. UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MENORES.

BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO

INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social representa un conjunto de esfuerzos encaminados a la protección de la vida y de los bienes de subsistencia, este concepto representa el deseo universal de obtener una vida mejor, es el camino para librar al hombre de la incertidumbre de un presente y un futuro que amenace su bienestar y el de su familia, es también protección contra los riesgos de la incapacidad que lo coloca en condiciones de vida y de trabajo incompatibles con sus exigencias biológicas y la oportunidad de superarse económica social y culturalmente.

La necesidad de estar asegurado ha sido siempre una preocupación desde nuestros antepasados que fueron creando las llamadas cofradías, gremios y hermandades como las primeras formas de previsión y de asistencia sociales que se organizaron.

En tanto que México seguía recibiendo influencia sobre todo europea de cómo manejar este concepto de Seguridad Social, fue hasta finales del siglo XVIII cuando empiezan a llegar y asentarse en México algunas compañías de seguros independientes y con esto abriendo un mercado donde empiezan a dar a conocer su producto (el seguro de vida).

Mientras que las compañías aseguradoras seguían creciendo y abriendo mayores oportunidades de aseguramiento creando diversos planes en diferentes tipos de seguro, dando a conocer sus productos y ganando un cierto mercado importante, aunque no accesible para gran parte de la población ya que su costo no era precisamente al que cualquier persona podía acceder.

Sin embargo las empresas que cuentan con una buena estabilidad y recursos económicos bien manejados, han optado por contratar seguros de grupo ó colectivo para proteger a sus trabajadores y así ofrecerles una mayor protección, atención y comodidad.

El objetivo primordial de esta tesis es dar a conocer este importante seguro privado y mostrar a posibles asegurados los beneficios que ofrece el mismo, así como también sus diferentes coberturas, gastos cubiertos y exclusiones que es muy importante conocer. Al contratar un seguro, nuestra prioridad en mente es saber si en verdad el seguro que estamos contratando cumple con nuestras expectativas y si no es así, buscar uno que se adapte a nuestras necesidades, si no tenemos el conocimiento necesario para saber elegir lo que mejor nos conviene, podemos preguntar por los diferentes planes de seguros que existen en el mercado, y todas las dudas que se tengan preguntarlas al agente de seguros que es la persona indicada para informar con detalle sobre el seguro que vamos a contratar.

La importancia que tiene el estar asegurado es muy importante y brinda una cierta tranquilidad aunque esto no implique la certeza de que ocurrirá o no un siniestro en un determinado tiempo.

En el presente trabajo nos hemos enfocado a la rama de los seguros de salud, llamado también *seguro de accidentes y enfermedades*, donde tenemos tres apartados importantes dentro del mismo; el seguro de accidentes y enfermedades, seguro de accidentes personales y el que nos ocupa en la presente tesis de actuaría: el "Seguro de Gastos Médicos Mayores" (GMM).

En el capítulo II mostraremos todo lo referente a este importante seguro, como anteriormente mencioné encontraremos todo lo necesario para conocer con claridad al seguro de gastos médicos, sus diferentes modalidades y ventajas que ofrece al ser contratado, este tipo de seguro en general está pensado en la tranquilidad de un jefe de familia ante cualquier emergencia médica para prevenir un fuerte desembolso, donde este seguro cubre gastos considerados como "mayores" (por ejemplo: una operación).

En el capítulo III como Actuario nos interesa sobre todo analizar las bases técnicas en las que esta fundamentado el cálculo de la prima de riesgo en un seguro de gastos médicos, ver que representa en caso de accidente o enfermedad, y analizar con detenimiento los diversos factores que influyen por ejemplo en la frecuencia de siniestralidad, en el mismo capítulo mostraremos datos importantes relacionados con servicio y calidad ofrecidos a los tenedores de un seguro de gastos médicos, también la problemática existente entre la oferta y demanda de este importante seguro, y como apartado especial en este capítulo nos adentraremos a los avances que día en día tienen las aseguradoras en sus servicios ofrecidos con las llamadas "Redes Médicas", y saber cual es su protección y las facilidades y/o beneficios de pertenecer o no a una red.

En el capítulo IV realizaremos un análisis de la información estadística más reciente en el seguro de gastos médicos mayores (GMM), analizando los indicadores de siniestralidad obtenidos a partir de 1995 (número de asegurados, número de siniestros, monto de siniestralidad, relación porcentual entre el número de siniestros y el número de asegurados), también mostraremos los porcentajes de participación en el mercado hasta fechas recientes en el seguro de accidentes y enfermedades mencionando sus tres principales ramos (accidentes y enfermedades, accidentes personales, y gastos médicos mayores) también mostraremos los porcentajes de primas directas y los indicadores de siniestralidad en los hospitales.

Por último en los anexos se mostrarán las estadísticas del seguro directo de gastos médicos y las reclamaciones de siniestralidad por tipo de plan, entidad federativa, rango de edad y sexo, también mostraremos los formatos para el trámite de reclamación de un seguro de gastos médicos, mostraremos una comparación de

condiciones generales entre las dos compañías más importantes de seguros respecto a gastos médicos mayores, y por último hago una mención muy breve sobre un nuevo concepto en servicios de salud, conocido como "seguro de gastos médicos menores".

CAPITULO I

LOS INICIOS DEL SEGURO EN MÉXICO

1. NECESIDAD UNIVERSAL DE LOS SEGUROS

El riesgo es la probabilidad y/o posibilidad eventual de que un daño o pérdida suceda o no, ésta ha sido la preocupación desde el inicio de la existencia humana, desde nuestros primeros antecesores el hombre ha tenido que correr el riesgo de perder de una u otra manera lo que posee. Al principio sus bienes se limitaban a cosas sencillas de acuerdo a la vida primitiva en la que vivían, pero con el desarrollo de la civilización moderna, con su enorme creación de riqueza y establecimiento de los derechos de propiedad sobre la misma, los bienes del individuo son mil veces mayores y la posibilidad de perderlos se ha multiplicado a medida que incrementaban sus propiedades.

Puesto que el *riesgo* se define como la exposición a determinada eventualidad económicamente desfavorable, decimos que un riesgo es eventual por que sabemos que puede suceder pero no sabemos cuando y es económicamente desfavorable ya que al ocurrir un riesgo se tiene un daño económico. La inseguridad es una parte importante de la vida y de las cosas que con ella se relacionan.

Se hacen esfuerzos para impedir que ocurran pérdidas por casi todas las causas. Esto es cierto, independientemente de todo lo que pueda hacerse para resolver el problema del riesgo, pero estas tentativas pueden variar, desde la precaución más ordinaria, hasta el más importante medio para que esto no ocurra.

Sabemos que la prevención de las pérdidas y el asumir un riesgo por cuenta propia es en gran parte, maneras poco convenientes de hacer frente a los riesgos, había que imaginar una solución satisfactoria para el problema. El método que se ha desarrollado en el transcurso de los años, y que ha soportado la rigurosa prueba del tiempo es el SEGURO.

Su *definición técnica* es el pago de una cantidad pequeña llamada prima, que permite solventar la posibilidad de una pérdida muy grande ocasionada por un riesgo y que está cubierta por una cantidad también muy grande llamada suma asegurada. *En la práctica*, al seguro se le conoce como un sistema donde un grupo de personas se organizan para que si alguno de ellos sufre un siniestro se solvante la pérdida entre todos, y es también llamado método de prevención de riesgos tal como se conoce actualmente.

El uso del método del seguro presenta numerosas ventajas, de las cuales son las principales:

- ✓ La sustitución de la inseguridad por la seguridad.
- ✓ La distribución equitativa del costo entre los que están expuestos al riesgo.
- ✓ La protección que concede el seguro permite disponer de un crédito que de otra manera no podría obtenerse.
- ✓ El seguro de vida hace posible asegurar el porvenir de las personas que dependen del asegurado.

Hemos visto que de ordinario, sólo la inseguridad es segura, el objeto del seguro es revertir esta situación, es cierto que el seguro no impide que ocurran esas cosas, pero si se ha conseguido una protección completa. Pagando una pérdida segura pequeña que conocemos como *prima*, el asegurado elimina toda posibilidad de sufrir una pérdida importante incierta a causa de riesgos cubiertos, en otras palabras, el asegurado sabe, en el caso de un seguro de vida, que es lo que perderá, pero en cambio dará protección a sus familiares en caso de su muerte.

En un tipo de sociedad en el que la familia es la unidad social, la cabeza de familia encargada de sostenerla provee el bienestar de las personas mas allegadas, proporcionándoles no sólo las cosas necesarias para subsistir, si no también los lujos que su situación le permita, ha sido siempre el principal objeto de su ambición. Esta actitud tradicional se ha manifestado en las enormes sumas que han pagado para proteger a las personas que dependan de ellos por medio de un seguro de vida.

2. PRINCIPIOS ESCENCIALES DE LOS SEGUROS

Ningún contrato de seguros es jurídicamente válido a menos que así lo haga un interés susceptible de ser asegurado. La existencia de un interés asegurable es también necesaria en un contrato de seguro para proteger contra la posibilidad de algún daño por personas mal intencionadas sobre los bienes a favor del asegurado.

Para reducir las pérdidas futuras, se combinan la Ley de los grandes números en riesgos y aplicando los principios de cálculo de probabilidades a los datos relacionados se puede conseguir una cifra aproximada de las pérdidas que se sufrieran. El reconocimiento y la aplicación de esta ley natural es la base matemática fundamental de todos los seguros.

Si bien una compañía de seguros de vida puede calcular un número de fallecimientos en un grupo dado, durante un periodo dado, no puede predecir cuales de las personas aseguradas morirán, esta es llamada "*Ley de los promedios*", a veces, cuando los riesgos son de una naturaleza excepcional, se supone que la

ley de los promedios funcionará a satisfacción tomando todos los riesgos juntos en lugar de tener un gran número de riesgos de cada clase, esta ley no funciona en grupos de vida afectadas de manera semejante, pero funciona cuando se consideran todos los riesgos agravados en conjunto.

No sólo los riesgos deben ser numerosos y estar bien distribuidos, si no que deben ser también demasiado grandes en comparación con la importancia media de los riesgos asumidos por la compañía. Una compañía de seguros tiene que estar siempre alerta para descubrir cualquier tentativa hecha para persuadirla, para asegurar riesgos que tendieran a aumentar sus pérdidas por encima del promedio previsto. Si los beneficios que procura la protección del seguro han de estar distribuidos con amplitud, el costo del seguro no debe ser demasiado alto.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SEGURO EN MÉXICO

La idea fundamental al escribir esta pequeña crónica sobre la historia del seguro en México, fue examinar la forma en como se inició y evolucionó el Seguro (fechas importantes) a la luz de los sucesos que originaron estos importantes cambios, la intención es observar con detalle el acontecer histórico en que ocurrían los principales hechos que han marcado huella para guiar el proceso en el que se desarrolló el seguro mexicano.

Para referirnos a los antecedentes históricos del seguro, es necesario investigar en documentos lo más exacto posible, sin embargo la falta de información relacionada con la actividad aseguradora en el país nos muestran una panorámica bastante reducida de ella desde finales del siglo XVIII, aunque es importante mencionar que en España en siglos anteriores esta actividad ya ocupaba un amplio espacio en su economía. Cabe decir que en países como India, Egipto, Grecia y Roma, aunque el seguro fuese conocido como una institución definida con caracteres propios, se encuentran vestigios que hacen suponer que el espíritu de la prevención ya tenía algún arraigo de manera particular sobre riesgos marítimos.

Es bien sabido que las *Leyes de Rodas*, fueron la base del Derecho Mercantil de Atenas, donde en un fragmento se habla "de las obligaciones de los cargadores de contribuir a la indemnización de los graves daños causados en perjuicio común en caso de tempestad o rescate de buque apresado por enemigos o piratas".

El Seguro Marítimo fue la primera actividad en la que se desarrolló el seguro considerándose como la primera póliza de seguro marítimo el documento histórico del 23 de octubre de 1347, descubierto por Enrico Bensa, en este documento no se habla de la <prima>, ni se menciona el aseguramiento contra riesgos, por lo que este documento fue la forma de un contrato mutuo.

Durante los siglos XII y XIV, los genoveses fueron los primeros en ejercer la actividad del seguro, aún sin existir todavía leyes u ordenanzas sobre ella.

En México, antes del periodo colonial, se encuentran entre los mayas y entre los chichimecas algunas situaciones que pueden considerarse como "cierta forma de seguro", al hablarse de <indemnizaciones> y del <pago de deudas>, cabe mencionar que los mayas no necesitaban documentos escritos, como hoy en día, y su código era de carácter oral.

Durante el largo periodo de dominación española, en la Nueva España se introdujo la legislación del país ibérico, por lo cual en materia mercantil estuvieron en vigor las *Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España*, confirmadas por el Rey el 24 de julio de 1604, las que aclaraban que en materia de seguros éstas deberían regirse por las *Ordenanzas de Sevilla*.

El antecedente más remoto sobre el contrato del seguro en el mundo lo encontramos en las ordenanzas de Bilbao publicadas y mandadas a ejecutar el 2 de diciembre de 1737, en ellas se autorizaba y regulaba por primera vez el Reaseguro, por lo que se refiere a los asegurados; se autorizaba a los seguros terrestres, esto es lo que hoy correspondería al moderno seguro de crédito. Aunque prohibían el seguro sobre la vida humana, se abría la posibilidad de asegurar la libertad de los navegantes y pasajeros.

De hecho, las *Ordenanzas de Bilbao* rigieron en México hasta 1854, año en que se expidió el primer Código de Comercio, conocido como *Código Lares*.

El seguro en México, como en otros muchos lugares del mundo, habría de nacer en el mar, y en este caso en el puerto de Veracruz, ciudad que a fines del siglo XVIII gozaba de gran prosperidad comercial.

Fue en el año de 1789, cuando se constituyó la primera compañía de seguros en ese puerto, que se denominó *Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España*, con el propósito de cubrir los riesgos de los que se denominaba en España como la Carrera de las Indias; cabe señalar que de dicha institución no queda ninguna evidencia, ni numérica, ni de las actividades desarrolladas, ya que fracasó a los pocos años, dando paso al establecimiento de otras aseguradoras.

Al empezar la segunda mitad del siglo XIX, el seguro que en 1802 ofrecía otra importante señal de vida, dio inicio a su camino que lo llevaría a través del tiempo y de diferentes legislaciones como actualmente. Se puede afirmar que tanto el inicio como el fin del siglo XIX han marcado dos momentos altamente significativos para el seguro mexicano: el establecimiento de la segunda institución de seguros en 1802 y, noventa años después la primera Ley del Seguro.

El proceso de profundas transformaciones operadas en nuestro país a mediados del siglo XIX, ocasionó fenómenos sociales y económicos que produjeron

instituciones que funcionaron mucho antes que los legisladores las conocieran y las hicieran objetos de interés. En materia de seguros los contratos aparecieron primero precediendo a las Cias Aseguradoras. Durante décadas la miseria y la desolación fueron el estado normal de la vida mexicana, no había algo para sentirse seguro, ni había casi nada por asegurar, la vida y los bienes eran inciertos.

En México, después de proclamado el triunfo de la República en 1867, la situación empezó a cambiar y las perspectivas eran alentadoras. El Contrato Civil de Seguros era normal en México, sin embargo, la presencia de empresas aseguradoras hizo necesaria una legislación de tipo comercial sobre seguros.

En Diciembre de 1870, Juárez promulgó el primer *Código Civil Mexicano*, el cual reforma y amplía el de <Lares>, y dentro de seis artículos define y norma el *Contrato de Seguros*, al cual se le define como "aquel por el cual una de las partes se obliga mediante cierto precio, a responder o indemnizar a la otra del daño que podrían causarle ciertos casos fortuitos a que este expuesto". Se aclara también que el contrato de seguros es nulo si no se otorga en escritura pública y se establece que cualquier persona o compañía capaz de obligarse puede fungir como asegurador. Así mismo, señala que pueden ser materia de seguros: a) *la vida*, b) *las acciones y derechos*, c) *los bienes raíces*, y d) *los bienes muebles*. En lo referente al precio, éste puede ser fijado libremente por las partes y puede pagarse de una sola vez o a plazos, regularizándose diversos contratos de seguros, a excepción del marítimo. Se hace notar que por primera ocasión se destaca a la técnica aseguradora como fundamento de todo contrato de seguros.

Cabe destacar, que el mecanismo de vigilancia bancaria tiene orígenes muy antiguos (2 de julio de 1774) con la creación del *Monte de Piedad*, institución de beneficencia privada facultada para otorgar préstamos con garantía prendaria.

Por otra parte, el Código de Comercio de 1884 aclara que, < *el Contrato de Seguros es Mercantil* >, siempre y cuando ocurran estas dos circunstancias: que en calidad de asegurador intervengan un comerciante o compañía comercial, que entre los ramos de su giro tenga el de seguros y que el objeto de éste sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las mercancías o negociaciones comerciales. El nuevo Contrato de Seguro Mercantil se realizó con carácter federal, independiente del Contrato Civil de carácter local. En ese año también se incorporó al Código de comercio el Seguro Marítimo.

El nuevo Código de Comercio de 1889, definió que < basta que el sujeto asegurador sea una empresa, para que el contrato de seguros sea mercantil >. Mientras que el seguro de personas tenía que ser invariablemente contrato civil.

La primera Ley del Seguro en México: Está Ley fue promulgada el 16 de diciembre de 1892, y fue la primera reglamentación por medio de la cual se empiezan a dar lineamientos legales a las instituciones de seguros locales y

extranjeras que operaban en el país. La Ley sobre Compañías de Seguros, se conoce también como *Ley del Timbre*, por que las compañías de seguros, así como las operaciones a las que se dedicarían, quedaron sujetas al impuesto del timbre de documentos y libros, para la protocolización de las escrituras, estatutos y demás documentos que debían registrarse.

Por medio de esta Ley, el estado mexicano decidió intervenir en los negocios del seguro tratando de que se normaran las obligaciones de las compañías para con el asegurado, otorgando al seguro un carácter privado. La Ley establecía que las compañías de seguros de toda clase que se constituyeran en la república, podrían comenzar sus operaciones luego de que hubiesen justificado ante la Secretaría de Hacienda haber llenado los requisitos exigidos por el Código de Comercio, así como los contenidos en la misma Ley remitiendo a la Secretaría de Hacienda cierta documentación requerida.

Para las compañías extranjeras se establecía además la obligación del nombramiento de un agente domiciliario en la capital de la república.

Finalmente cabe mencionar que el 12 de diciembre de 1894, se promulgó un decreto que autorizaba al ejecutivo de la unión a eximir a las personas o compañías que pretendieran hacer en la república operaciones de seguro marítimo.

En enero de 1897, los representantes de 17 compañías extranjeras de seguros contra incendio que operaban en la República Mexicana, fundaron una asociación privada bajo la denominación de *Asociación Mexicana de Agentes de Seguros contra Incendio*, y al término de su primer año de vida la asociación formó su reglamento en 1898, determinándose así *la primera tarifa de incendio*.

Para fines del siglo existían varias empresas aseguradoras, dos compañías locales de seguros de vida <<La Mexicana y La Fraternal>> y varias sucursales de empresas extranjeras, que se dedicaban fundamentalmente a la protección de bienes más que al fomento del ahorro, la minoría vendía seguros de vida incluido el de vejez, los cuales no tuvieron un desarrollo efímero y fueron liquidados a los pocos años.

4. LA INFLUENCIA EUROPEA EN EL SEGURO MEXICANO.

A principios de siglo XIX, se crearon compañías mutualistas de seguros de vida, aunque se vivía una economía precaria y un ambiente aún de ignorancia acerca de los beneficios que brindaba el seguro de vida.

El 21 de noviembre de 1901, se constituyó un proyecto para establecer en el país una compañía de seguros de vida la cual resistiera en el tiempo y cubriera las

necesidades del país en ese renglón, constituyéndose así " La Nacional, Compañía de Seguros sobre la Vida".

En los años posteriores se crearon importantes compañías de seguros, por mencionar algunas tenemos que en 1960 " La Latinoamericana " y en 1908 la "Compañía de Seguros Veracruzana, S.A ".

Como se sabe, la estructura de una empresa de seguros de vida, descansa en la técnica actuarial, la teoría de los grandes números, la demografía, la ley de las probabilidades y las tablas de mortalidad.

El 1 de Octubre de 1904, la Secretaria de Hacienda crea el departamento de "*Inspección General de Instituciones de Crédito y Compañías de Seguros*".

El 25 de Mayo de 1910 se expidió la *Ley Relativa a la Organización de las Cias de Seguros sobre la Vida*, señalando un cambio sustancial en la organización y el funcionamiento de las empresas de seguros, la cual regulaba por primera vez en forma moderna el seguro de vida contratado en México.

El 24 de agosto de 1910 el ejecutivo aprobó el reglamento de la Ley de las Compañías de Seguros sobre la vida, el cual fue un complemento a la Ley del 25 de marzo del mismo año, proporcionando una serie de artículos relacionados con la constitución de las reservas matemáticas, informes y cuentas anuales, vigilancia, providencias en caso de insolvencia y disposiciones generales. Estos principios señalaban con nitidez la función social y económica del seguro en México. Aunque al inicio de la revolución mexicana se resintió en la baja de ventas y el retraso de los cobros.

El 27 de noviembre de 1923 se dio a conocer un nuevo reglamento de la Ley de Compañías de Seguros sobre la vida y su finalidad esencial era hacer más eficaz la vigilancia de las autoridades sobre las compañías de seguros para garantizar los intereses del público, su vigilancia consistiría en precisar técnica y legalmente tanto la estructura de las empresas como las formas y los alcances de todas y cada una de sus operaciones.

Entre 1922 y 1934 se constituyeron varias compañías de seguros, y mientras estas seguían su desarrollo, en el país había que crear un mecanismo de vigilancia de las instituciones de crédito y entonces fue promulgado un decreto el 24 de diciembre de 1924, creando la actual *Comisión Nacional Bancaria*. También se debía construir la pieza central de un Sistema Financiero sano y apartado de los vicios de los gobiernos anteriores y que acelerara la recuperación del aparato productivo, el cual había sido derrumbado por la revolución, por lo que el *Banco de México* fue inaugurado el 1 de septiembre de 1925, pudiendo realizarse notables avances en la liberación de crédito y en la reducción de las tasas de

interés, así como apoyo y orientación en la incipiente reestructuración del Sistema Bancario Mexicano.

El 25 de mayo de 1926 se crea la *Ley General de Instituciones de Seguros*, esta ley tenía una visión optimista del seguro desde el punto de vista del ahorro y de la empresa, señalando un aumento en las operaciones de seguros efectuadas tanto por compañías mexicanas como por extranjeras. En esta Ley se determinaba el capital mínimo que las empresas aseguradoras debían manejar, así como las operaciones efectuadas por ramo y la obligación de las compañías de seguros de someterse a las reglas que la Secretaría de Hacienda les imponía para determinar las utilidades, tarifas de primas y extraprimas y las bases que pudieran haber apoyado al cálculo de las mismas. Y con respecto al monto de las reservas se establecía por medio de porcentajes fijos sobre primas cobradas durante el año, deduciendo el importe de las primas devueltas y las cedidas en reaseguro, a excepción del ramo de vida.

El 19 de enero de 1931 se promulga un decreto que modificaba sustancialmente la *Ley de Sociedades de Seguros* vigente hasta entonces. En este decreto se puntualizaba que el gran volumen de utilidades que las compañías extranjeras de seguros obtenían en México salía del país para fomentar las riquezas de naciones extranjeras y esto hacía disminuir los recursos nacionales, obligando a que las compañías extranjeras que operaban en México se constituyeran en empresas nacionales, apegándose a las leyes mexicanas, quedando el 55% a compañías nacionales y el resto para las extranjeras.

El 21 de mayo de 1931 se estableció la empresa *Aseguradora Hidalgo, S.A.* como entidad del sector público.

El 1 de junio de 1934 se publicó otro decreto creando un impuesto a los beneficiarios de las pólizas de seguros de vida, esto como era de esperarse no gustó nada a los tenedores de pólizas y a los futuros aseguradores, lo que hizo unir a las compañías de seguros para revocar este decreto, lo cual lograron meses después.

El 1 de diciembre de 1934 el Presidente Lázaro Cárdenas expide las bases para la mexicanización y desarrollo del seguro mexicano.

5. LA BASE CONSTITUTIVA DE LA INDUSTRIA ASEGURADORA.

El ejecutivo da a conocer 3 decretos: el *primero* el 21 de enero de 1935, donde se estableció las bases de nuevos preceptos para el cálculo de las primas y donde las reservas deberían ser crecientes en relación con el tiempo, esto para garantizar el monto de las obligaciones de las empresas de seguros, el *segundo* decreto del 21 de enero de 1935 establecía que las empresas deducirían de las primas de tarifas recibidas las que hubiesen cedido por concepto de reaseguro, así

como sus devoluciones y de la cantidad resultante separarían el porcentaje que deberían de constituir las reservas de previsión, y por último el decreto dado a conocer el 18 de marzo de 1935 referente a las modalidades de disolución de las Sociedades Nacionales de Seguros. Esta Ley de carácter nacionalista motivó la salida de la gran mayoría de las compañías extranjeras del mercado mexicano ya que se negaron a acatarla.

En esta nueva legislación se hace más explícita la protección a las empresas mexicanas de seguros, donde también se fijan los capitales mínimos con que deberían contar las sociedades anónimas para operar como Instituciones de Seguros, la ley también definía las responsabilidades máximas que podía contraer cualquier institución de seguros, sin reasegurarse, no podía ser superior en cada riesgo al 10% de su capital. Sin embargo el sustento económico fundamental de la ley hacia posible que las instituciones de seguros coadyuvaran al crecimiento económico de México.

La década de 1935 a 1945 se caracterizó por la emigración de un número considerable de compañías extranjeras, debido a la autorización y constitución de un significativo número de compañías sobre todo mexicanas, donde también hubo fusiones importantes. Entre las más importantes tenemos que: Seguros de México en 1935 recibe la autorización para operar; en 1936 se constituye Aseguradora Anáhuac, La Equitativa, La Metropolitana, y la Provincial; en 1937, El Fénix de México, La Territorial, Seguros Monterrey del Circulo Mercantil y en el mismo año Seguros de México creó una empresa filial, la Aseguradora Mexicana (como una institución nacional de seguros); en 1938 se constituye, El Agente Viajero; en 1940 Reaseguros Alianza, Seguros del Pacífico, etc.

En agosto de 1936 fue reformada la *Ley General de Instituciones de Seguros*, estableciendo la obligación para los gobiernos de contratar los seguros para cubrir los riesgos correspondientes a bienes de su propiedad con instituciones nacionales o privadas.

Mientras esto sucedía en materia de seguros privados, en México se puso en vigor la Ley del Seguro Social el 19 de Enero de 1943, ante la fundación del *Instituto Mexicano del Seguro Social*, las fuerzas del país respondieron de diferentes maneras, para el sector patronal constituyó un peligroso monopolio del estado originando un problema laboral, para quienes en ese momento luchaban por lograr un establecimiento significó una conquista revolucionaria, mientras que para algunos sectores obreros marcó el inicio de una batalla por preservar sus derechos.

El proyecto estableció que para obtener los fondos requeridos para las grandes obras del seguro social, la contribución económica se haría en forma tripartita y ascendería a una cantidad equivalente al 12% de los salarios pagados. El gobierno contribuiría con el 3% del salario del trabajador, este aportaría una

cantidad de igual porcentaje y el patrón 6% sobre el mismo salario diario. Del aporte patronal se destinaría el 3% a la atención de las enfermedades y maternidad, y el otro 3% para atender el seguro de invalidez, vejez y muerte. De la aportación obrera se destinaría 1.5% a la atención de las enfermedades y a la maternidad, y el 1.5% restante a la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte. Para determinar las cuotas que deberían pagar los trabajadores y los patrones se estableció una tabla de grupos de salarios en la que se distribuyeron los asegurados según su percepción diaria.

El Seguro Social por su parte, "Es el instrumento básico de la seguridad social establecido como un servicio público de carácter nacional, cuya organización y administración está a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado *Instituto Mexicano del Seguro Social*". Por lo que podemos concluir que el Seguro Social es un servicio público que busca conseguir los fines de la seguridad social, a través del IMSS.

6. LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO.

En 1946 se creó la *Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS)*, que desde 1940 se denominaba Asociación de Seguros de Daños y que al momento de su fundación (1897) llevaba el nombre de Asociación de Agentes de Seguros.

Fue también en 1946 cuando tuvo lugar la primera *Convención Nacional de Seguros y Fianzas* convocada por la Secretaría de Hacienda. Este fue un año de celebraciones, de donde se propició un mayor acercamiento entre las empresas dedicadas a la actividad aseguradora en todos los ramos.

El 14 de septiembre de 1946 se promulgó el *Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros*, dicho reglamento constituido para analizar y resolver problemas de las instituciones de seguros y principalmente aprobar sus inversiones, balances, etc., en funciones desde enero de 1947. Por éstas fechas la oferta de seguros sobre responsabilidad civil parecía cada día menos operable en el país, sin embargo, los seguros sobre temblor y erupción volcánica cobraron gran actualidad.

El 30 de diciembre de 1947 se dio a conocer la Ley que regulaba las Inversiones de las Instituciones de Seguros, Instituciones de Fianzas y Bancos de Capitalización, su finalidad era evitar que instituciones de crédito destinaran una porción de capital y reservas para operaciones de bienes inmuebles, lo que podría provocar perturbaciones en el mercado inmobiliario. Por lo tanto este tipo de inversiones sólo podía hacerse con previa autorización otorgada por la SHCP*, además podía prohibir o limitar las inversiones en préstamos hipotecarios directos.

* *Secretaría de Hacienda y Crédito Público*

A principios de 1948 fue anunciada la reforma a la *Ley General de Instituciones de Seguros* aumentando en un 50% las reservas técnicas en inversiones, esto significaba la pérdida de importantes intereses que dejarían de recibir las empresas dados los bajos rendimientos de dichos valores federales, provocando que las compañías se alarmaran e interpusieran amparo contra esta reforma, quedando finalmente en 30% la inversión obligatoria.

En la AMIS^{*} se tomaron acuerdos importantes que afectaban las operaciones de las compañías aseguradoras de vida, acordando aceptar la unificación de la base de las compañías asociadas para la venta de pólizas en dólares y teniendo como base para el cálculo de las reservas matemáticas un interés del 30% anual.

7. EL SEGURO COMO INSTRUMENTO DE AHORRO NACIONAL.

A fines de la década de los 50's había 68 compañías de seguros autorizadas para funcionar en el país. Durante el periodo de 1947 a 1958, las reservas estatutarias de todas las compañías aumentaron un 150%, lo mismo que los activos admisibles y las utilidades.

La última e importante reforma que se dio en este periodo fue el 29 de diciembre de 1956 que fue introducida en la legislación sobre seguros encaminada a vincular más efectivamente el sistema asegurador al desarrollo económico del país.

De 1957 a 1975 y a diferencia del pasado, la actividad legislativa del estado mexicano en materia de seguros disminuyó notablemente, ya que además de ser una consecuencia de la estabilidad nacional, proporcionó todas las características y necesidades de la actividad aseguradora.

El 29 de diciembre de 1961, fue expedida la *Ley del Seguro Agrícola, Integral y Ganadero*, la cual se publicó el 30 de diciembre del mismo año. Con esta ley se instrumentó la herramienta adecuada para proteger al campesino y al ganadero contra las adversidades de la naturaleza.

El 7 de julio de 1962, el Diario Oficial de la Federación publica un nuevo reglamento de *Seguro de Grupo*, impulsando así la venta de este seguro como medio de protección entre la población, la novedad del reglamento fue la fijación de normas que permitieron establecer las cantidades máximas de suma asegurada a otorgarse en seguros de Grupo, este reglamento no ha sufrido modificaciones.

En este año también se establecieron otras importantes asociaciones, todas de gran apoyo para el sector asegurador.

^{*} Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros

En 1964 se implantó el *Seguro Colectivo de Vida e Incendio*, para atender las necesidades de seguro de los compradores de casa-habitación de interés social; cubriendo el daño de la habitación contra el riesgo de incendio, y al comprador en caso de fallecimiento o invalidez.

Dentro de los seguros obligatorios, se estableció el 1° de noviembre de 1969 el *Seguro sobre Cuenta de Ahorro*, tratándose de un seguro colectivo de vida a favor de los cuenta - ahorristas de los bancos de depósitos por edades entre 18 y 55 años, pagando 4.5% de interés.

El 29 de diciembre de 1970 desapareció la Comisión Nacional de Seguros, y sus atribuciones de inspección y vigilancia de las Instituciones de Seguros se transfirieron a la *Comisión Nacional Bancaria y de Seguros*.

A fines de 1977 el mercado contaba con 59 compañías aseguradoras, de las cuales dos eran reaseguradoras profesionales, y una compañía para el seguro integral y ganadero (ANAGSA), 6 mutualistas, 2 instituciones nacionales, una mixta y el resto privadas.

8. LA LEGISLACION SOBRE EL SEGURO Y SUS TENDENCIAS ACTUALES.

Los acontecimientos económico-financieros de la década 70 y 80's, influyeron en un sentido tanto positivo como negativo en el desarrollo de los seguros. Los resultados industriales de estos años fueron favorables contando con la aportación de los rendimientos financieros por inversiones.

A finales de 1978, la AMIS* informó a todas las compañías asociadas la factibilidad de operar una novedosa póliza, la <<Póliza de Seguro Múltiple para Empresas>>, otorgando diferentes coberturas, tales como incendio, terremoto (no obligatorio), responsabilidad civil, robo con violencia, dinero y valores, rotura de cristales de edificio, anuncios luminosos y calderas.

El 29 de diciembre de 1980 se crea el *Seguro Agropecuario, Agrícola y Ganadero*, el cual entró en vigor el 1° de enero de 1981, la creación de este seguro tuvo como finalidad brindar un apoyo al desarrollo productivo del campo, ofreciendo seguridad y brindando el uso del crédito mediante la *garantía de inversiones* contra ciertos riesgos.

El 7 de enero de 1981 entraron en vigor las reformas a la *Ley General de Instituciones de Seguros*, que modificaban todo lo articulado anteriormente con el fin de modernizarlo y adecuarlo a las nuevas condiciones: se suprimieron las sucursales de las compañías extranjeras, las instituciones deberían ser constituidas como sociedades anónimas de capital fijo, los agentes de seguros

* Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros

deberían tener autorización por la Comisión Nacional de Seguros cumpliendo varios requisitos para su acreditación, las Instituciones de Seguros deberían diversificar las responsabilidades que asuman al hacer operaciones de seguro y reaseguro, y entre varias otras modificaciones referentes a condiciones que debían cumplir las compañías de seguros en su manejo interior.

El 29 de junio de 1982, entró en vigor el reglamento de la *Ley del Seguro Agropecuario y de Vida Campesino*.

El 27 de diciembre de 1983, se reformó la *Ley General de Instituciones de Seguros*, con el fin de ampliar la protección de los intereses del público usuario, respecto a los servicios que prestan las compañías de seguros.

México ha sufrido varias catástrofes, como la del terremoto de 1985 y los huracanes que han dejado innumerables pérdidas, no solo humanas sino materiales, en la que la industria aseguradora ha sido una gran ayuda para aminorar en algo estos desastres naturales.

El 18 de diciembre de 1985, la SHCP*, dicta las reglas para la constitución de las reservas de riesgos en curso de las Instituciones de Seguros, es decir sus porcentajes aplicables en las operaciones de vida, esta se determinó manteniendo un equilibrio técnico con relación a sus obligaciones contraídas respecto a las bases demográficas. Para las operaciones de accidentes y enfermedades, la constitución de las reservas se establecen bajo el principio de prima no devengada.

El 3 de enero de 1990, se promulgó la *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros*, lo que significó apertura y des-regulación a la forma reguladora del seguro del país, la cual fue modificada sustancialmente el 14 de julio de 1993.

El 9 de febrero de 1990, se autorizó la constitución y organización de la Institución de Seguros AGROASEMEX, S.A., (creada de la disolución de <ANAGSA> Aseguradora Nacional Agrícola y Ganadera), esta mencionada institución sería la prestadora de servicios de aseguramiento contra los riesgos a que están expuestos los productores agropecuarios en sus personas, bienes y actividades.

La CNSF*, realizó estudios relativos a la mortalidad ocurrida durante el periodo 1982 a 1989, con la finalidad de adoptar como base demográfica legal una *Tabla de Mortalidad de Vida Individual* que revele la experiencia del mercado asegurador mexicano, y como resultado se obtuvo que las nuevas tasas de mortalidad representaron una disminución respecto a las en vigor (Tabla de

* Secretaría de Hacienda y Crédito Público

* Comisión Nacional de Seguros Y Fianzas

mortalidad 1962-1967) aproximadamente en un 20% en promedio. Esta nueva tabla entró en vigor el 1° de enero de 1992.

Al finalizar 1988, el país contaba con 44 instituciones aseguradoras, de las cuales 3 eran nacionales, 37 privadas, 2 reaseguradoras profesionales y 2 mutualistas.

Ante el panorama económico-financiero que privó a lo largo del periodo de doce años, a partir de 1983 el *Plan Nacional de Desarrollo* buscó, dentro de sus objetivos, otorgar un nuevo régimen de inversión de las reservas a las Instituciones de Seguros y se propició la introducción de nuevos productos, tanto en lo referente a los seguros de vida como a los de no-vida, en particular *incendio*. El Plan Nacional de desarrollo del cual se originó el *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo (1990-1994)*, inició la modernización financiera del país para colocarlo a la altura de las nuevas condiciones económicas, y uno de los intermediarios financieros no bancarios de importancia para el país, lo constituyó *la industria aseguradora*, la cual entre otras, tiene la responsabilidad de captar parte del ahorro nacional para que sea canalizado con eficiencia y oportunidad hacia el sistema productivo. Cabe hacer mención que en esta época nuestra economía estaba sujeta a grandes transformaciones por la entrada del TTLC*.

Considerando lo manifestado en el "*Programa Estratégico de Seguros y Fianzas del Programa de Financiamiento del Desarrollo 1990-94*", y la necesidad del país de incrementar sensiblemente el ahorro nacional otorgando beneficios a la clase trabajadora en el aspecto de previsión. El 24 y 27 de febrero de 1992, el diario oficial de la federación publicó dos decretos, para el IMSS y el ISSSTE respectivamente, para establecer un sistema de ahorro para el retiro complementando a las prestaciones que, por concepto de pensión, otorgan las dos Instituciones de Seguridad Social. Las aportaciones del *Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)*, equivalían al 2% y al 5% para retiro y fondo de vivienda respectivamente del salario base de cotización del trabajador. El SAR* entró en vigor a partir del 1° de mayo de 1992.

Hasta 1992, había doce instituciones aseguradoras que tenían participación de capital extranjero que oscilaba entre el 10% y 49% de capital pagado. El crecimiento en primas directas, ha estado creciendo en estos últimos años también en cifras reales.

En el capítulo IV, presentaremos los últimos avances en lo que a estadísticas se refiere, en nuestro caso enfocándonos al título de esta tesis, que es el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

* *Tratado Trilateral de Libre Comercio*

* *Sistema de Ahorro para el Retiro*

Cabe señalar la importancia que tiene para nuestro país el IMSS*, que amerita ser tratado en un apartado especial digno de un extenso trabajo, el cual brinda cobertura a más de 35 millones de mexicanos, cubriendo más de 1'600,000 pensiones mensuales y sus guarderías cuentan actualmente con más de 70,000 niños. Lo que nos muestra que de acuerdo a la situación que vive el país es imposible brindar una atención óptima en servicios de salud, por esto empresas privadas han optado por conjuntar a sus empleados en seguros de grupo o colectividad con empresas aseguradoras privadas.

Haciendo una breve comparación sobre como están los sistemas de salud en el mundo en comparación con México encontramos lo siguiente:

- Estados Unidos de América y Gran Bretaña: Son países que tienen un sistema de salud 100% privado, debido al tipo de economía con que cuentan y la posibilidad de dar una atención digna por parte del patrón hacia sus empleados.
- Colombia: Su sistema de salud manejado es aproximadamente del 70% público y 30% privado.
- Canadá y Chile: son países donde se puede considerar su sistema de salud 80% público y 20% privado.
- Y finalmente México: Cuyo sistema se puede ubicar en 75% público y 25% privado, y como podemos observar esto es una aproximación debido al gran crecimiento poblacional y como he mencionado anteriormente, nuestro sistema de salud es insuficiente y solo un pequeño porcentaje de personas tiene acceso a una atención médica en instituciones privadas.

* Instituto Mexicano del Seguro Social

CAPÍTULO II

EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. CONCEPTOS TÉCNICOS USADOS CON MAYOR FRECUENCIA

Estas definiciones son las que cualquier persona debe conocer al contratar un seguro, y específicamente saber cuales son los términos usados con frecuencia en un seguro de GMM*:

- **ACCIDENTE**

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del asegurado. No se considera accidente el provocado intencionalmente por el asegurado, ni aquéllas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurren después de los 30 días siguientes a la fecha del accidente. Toda lesión sufridas por una persona en un accidente, se consideran como un solo evento.

- **ANTIGÜEDAD**

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada la persona en una póliza de gastos médicos mayores.

- **ASEGURADO PRINCIPAL**

INDIVIDUAL/FAMILIAR.- Es aquella persona cuyo nombre aparece como titular de la póliza.

GRUPO ó COLECTIVO.- Grupo de dos o más personas que prestan servicio activo directamente al contratante de la póliza y se encuentran incluidos en el registro de asegurados.

- **ASEGURADOS TOTALES**

Son el asegurado titular y sus dependientes económicos, aceptados como asegurados por la compañía.

- **AYUDANTE**

Médico o cirujano que asiste durante el desarrollo de una operación quirúrgica y cuya participación es indispensable para la operación.

* *Gastos Médicos Mayores*

- **BENEFICIO MÁXIMO**

Esta cantidad es el límite de responsabilidad de la aseguradora, que se reembolsará por cada enfermedad o accidente cubierto, quedando fijo a partir de que se hace el primer gasto de cualquiera de los mismos.

- **COASEGURO**

Es el porcentaje a cargo del asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos una vez descontado el deducible para cada reclamación, dicho porcentaje está establecido en la carátula de la póliza.

- **CONTRATANTE**

Es aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, quien además se compromete a realizar el pago de primas.

- **DEDUCIBLE**

Es la cantidad fija establecida en la carátula de la póliza que será cubierta por el asegurado por cada enfermedad cubierta reclamada.

- **DEPENDIENTES ECONÓMICOS**

Se consideran dependientes económicos del Asegurado Principal al cónyuge y a los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan remuneración alguna por trabajo personal. En caso de que el asegurado principal sea soltero, se considerarán a sus padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de aceptación.

- **EMERGENCIA MÉDICA**

Todo evento que ponga en peligro la vida o la viabilidad de un órgano del asegurado, siempre y cuando se presente de manera súbita y requiera atención médica inmediata.

- **ENDOSO**

Documento que modifica el contrato, previo acuerdo entre el asegurado y la aseguradora, las condiciones del contrato de seguro, habiendo sido registrado por la CNSF*.

- **ENDOSO DE REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA**

Tiene como único objetivo reducir o eliminar los periodos de espera consignados en el contrato y para utilizar este endoso es indispensable que las enfermedades o accidentes hayan iniciado sus signos o síntomas dentro de la vigencia de la póliza.

* Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

- **ENFERMEDAD**

Es toda alteración en la salud del asegurado debido a causas anormales internas o externas, las cuales ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

- **HOSPITALIZACIÓN**

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio mayor de 24 horas siempre y cuando sea justificada y comprobable en el padecimiento reportado.

- **MÉDICO**

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión puede ser médico general, médico especialista o médico cirujano.

- **PADECIMIENTOS CONGÉNITOS**

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

- **PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**

Son aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de vigencia.

- **PAGO DIRECTO**

Es el beneficio mediante el cual la Aseguradora liquidará directamente al prestador de servicios los gastos que procedan por motivo de la enfermedad o accidente cubierto por el contrato, esto cuando procede la reclamación. Es requisito indispensable que la póliza o la fracción de la prima pactada esté pagada, además de que el asegurado permanezca en el hospital por lo menos 24 horas en calidad de paciente interno.

- **PERÍODO AL DESCUBIERTO**

Es el lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia el último día del periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. Es importante mencionar que no procede el pago de reclamaciones ni el servicio de pago directo por accidentes ocurridos en este periodo o padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante el mismo.

- **PERÍODO DE ESPERA**

Es el lapso predeterminado e ininterrumpido, contado a partir del primer año de inicio de la vigencia de la póliza que debe transcurrir para cubrir algunos padecimientos no preexistentes establecidos en la misma.

- **PERÍODO DE GRACIA**

Es el lapso de 30 días naturales, contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. En este periodo no procede el servicio de pago directo.

- **PREEXISTENCIA**

Es aquella enfermedad:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Por la cual se haya integrado un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
- c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

- **PROGRAMACION DE CIRUGÍAS**

Beneficio que da la aseguradora cuando es autorizado el pago directo, previo a la intervención quirúrgica o tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

- **RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD**

Es la consideración del periodo ininterrumpido que se estuvo asegurado en otro plan con otra aseguradora para cubrir aquellos padecimientos y/o síntomas que se iniciaron en el mismo. Esto no implica la aceptación de los padecimientos preexistentes anteriores a dicho periodo.

- **RECLAMACIÓN**

Es el conjunto de gastos erogados por concepto de servicios médicos, el cual se presenta a la compañía para su recuperación.

- **REEMBOLSO**

Este sistema consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la póliza, deberán ser liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicios y aquellos que procedan serán posteriormente reintegrados por la compañía de seguros al asegurado o a quien este designe ante la compañía.

- **REPORTE DESDE EL HOSPITAL**

Cuando el asegurado informa a la Aseguradora que ha ingresado a una clínica, hospital o sanatorio a fin de que la aseguradora tome contacto directo con la institución y dictamine si cubre o no el evento.

- **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

Es una opinión que puede ser requerida por el asegurado o por la compañía en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

- SOLICITUD

Es el documento oficial para la compañía indispensable para la emisión de la póliza, la cual deberá ser llenada y firmada por el solicitante titular, por los solicitantes mayores de 17 años y por el contratante (si lo hubiese).

- SUMA ASEGURADA

Es el límite máximo de responsabilidad de la aseguradora por cada asegurado y que se reembolsará por uno o más enfermedades o accidentes cubiertos. El monto se determina multiplicando el número de salarios indicados en la carátula de la póliza por el SMGM* vigente en el D.F., al momento en que es efectuado el primer gasto correspondiente a cada enfermedad o accidente.

- TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS

Tabla donde se determina el monto máximo a pagar por concepto de honorarios médicos, por intervenciones quirúrgicas, tratamientos o consultas médicas.

- TRATAMIENTO MÉDICO

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de una enfermedad o accidente.

- VIGENCIA

Período de validez del contrato. A menos que se mencione otra duración, el contrato será válido por un año, a partir de la fecha que aparece en la carátula de la póliza.

2. ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO.

INTRODUCCIÓN

Uno de los riesgos que afectan a los individuos tanto física como económicamente es sin duda la pérdida de la salud ocasionada por alguna enfermedad o accidente; para cubrir tal eventualidad existen en nuestro país los servicios de salud que son proporcionados a través de instituciones públicas y privadas, las primeras representadas por la Secretaría de Salud, los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, las Instituciones de Seguridad Social integradas por el IMSS* y el ISSSTE*, los servicios que presta PEMEX*, Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Defensa Nacional, la

* Salario Mínimo General Mensual

* Instituto Mexicano del Seguro Social

* Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

* Petróleos Mexicanos

Secretaría de Marina y por lo que se refiere al sector privado encontramos a los diversos Centros Hospitalarios.

La posibilidad de optar por instituciones públicas o privadas, permite cubrir la atención médica a través de recursos propios, sin embargo esta última elección representa un costo que suele ser elevado, lo que limita su utilización a sectores específicos de la población.

Ante esta situación surge la necesidad de un instrumento que permita el acceso a los servicios médicos privados a un costo menor, lo que da lugar al surgimiento del *Seguro de Personas*, donde una de sus importantes divisiones es el seguro de GMM*, llamado y conocido como tal a partir de 1993.

La *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros* en su artículo 7 permite la operación de estos seguros, que en la actualidad son ofrecidos a través de 23 compañías, que representan el 56% del total de instituciones aseguradoras en nuestro país.

Desde el momento en el que da inicio una vida, nuestro organismo esta expuesto a riesgos que afectan la integridad física, la cual no solo consiste en la supervivencia, sino también de un buen estado de salud en general, por ello a partir del nacimiento, se prevén los cuidados orientados a preservar su vigor, desde la sana alimentación y condiciones ambientales adecuadas, hasta el suministro de vacunas que previenen o disminuyen la intensidad de algunas enfermedades.

Pero esto no sería suficiente si no se recibiera la educación necesaria que permita conocer las reglas de higiene y seguridad, para así conservar la salud en el nivel más adecuado y dentro de las condiciones ambientales que nos rodean.

Como respuesta a la necesidad de recuperación de la salud que en general enfrentamos las personas en alguna etapa de nuestra vida, el desarrollado de la ciencia médica cuyo vínculo con el bienestar fisiológico del ser humano, la hace ser una de las más antiguas y al mismo tiempo una disciplina que hoy en día ha adquirido un alto grado de modernización y eficacia.

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

Como sabemos, el *riesgo* de que un individuo incurra en gastos económicos importantes que sean necesarios para la recuperación de la salud, reúne las siguientes características:

* *Gastos Médicos Mayores*

- ✓ *Es incierto*: pues en general, bajo condiciones normales de prevención de salud, se desconoce si un individuo adquirirá o no determinado padecimiento, o bien si se verá afectado por un accidente.
- ✓ *Es posible*: no obstante las medidas de higiene y prevención de la salud que se deben tomar.
- ✓ *Es concreto*: por cuanto que existe la posibilidad de medir su frecuencia y severidad durante un periodo de observación en poblaciones típicas.
- ✓ *Es lícito*: pues todo individuo tiene derecho de procurar el cuidado, conservación y recuperación de su propia salud, así como de las personas de su familia que dependan económicamente de él.
- ✓ *Es fortuito*: siempre que el padecimiento no provenga de actividades que el asegurado decida realizar y resulten en agravación del riesgo.
- ✓ Y 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 de productos específica, dentro de los seguros de personas.

3. CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

En este apartado importante se presentan las características generales del seguro de GMM*, estableciendo sus diferentes modalidades y los tipos de cobertura que actualmente existen en el mercado.

El *origen* del seguro de GMM* 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 las instituciones y prestadores de servicios médicos privados.

El *objeto* de la cobertura en el seguro de GMM*, es que al presentarse una enfermedad, el costo del tratamiento puede ser muy elevado y crear en la familia dificultades financieras, que en un caso extremo sería el fallecimiento del individuo encargado de su sostén económico. Ante tal eventualidad los seguros de gastos médicos mayores cubren los gastos en que incurrió el asegurado en caso de accidente o enfermedad, entendiéndose por esto último, toda alteración de la salud, comprobada por un médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, que provenga de alteraciones patológicas comprobables, o bien como resultado de actos independientes de la voluntad del asegurado.

* Gastos Médicos Mayores

La enfermedad puede presentar diferentes niveles de intensidad y por lo tanto ocasionar diversas necesidades de tratamiento médico, sin embargo, no todas son objeto de aseguramiento.

NECESIDADES DEL ASEGURADO

REQUERIMIENTOS DEL ASEGURADO

Auto-tratamiento
Gastos y medicinas.

Enfermedades
menores (sin au-
sencia del trabajo).

Autoseguro

Tratamiento según
indicaciones del mé-
dico +
gastos medicinas +
honorarios médicos

Enfermedades
comunes
(reposo)

Auto seguro

Seguro

Tratamiento en clínicas +
Gastos en medicinas + hono-
rarios médicos + cuenta
del hospital

Enfermedades
graves
(hospitalización)

Seguro

Tratamiento en clínica +
operaciones + gastos me-
dicinas + honorarios médi- +
cos + cirujano + cuenta del
hospital + anestesia etc.

Enfermedades muy gra-
ves (hospitalización e in-
tervención quirúrgica y/o
terapia intensiva)

Seguro

Las situaciones que se definen en los dos segmentos inferiores corresponden a enfermedades graves cuyo tratamiento médico implica una fuerte erogación económica, en cuyo caso es clara la necesidad de cubrir dichos gastos mediante la compra de un *seguro de gastos médicos*; las situaciones que se definen en los segmentos superiores, reflejan los gastos menores que pueden cubrirse mediante la atención médica pública o privada, sin que afecte seriamente la economía del asegurado. Las enfermedades comunes pueden o no ser cubiertas mediante el seguro, dependiendo del tipo de enfermedad y de las condiciones de la póliza de seguro que se contrate.

Una característica importante del seguro de gastos médicos es que sus beneficios son extensivos al cónyuge y a los hijos del asegurado. Situación adecuada, dado que los gastos incurridos por accidentes o enfermedades de cualquier miembro de la familia, repercutirán en la economía familiar. En estos términos, en principio se describen las diferentes coberturas que ofrecen las aseguradoras en éste tipo de seguro, sin embargo cabe señalar que cada empresa

opera de manera particular y diferente, por lo tanto pueden existir variaciones que por su amplio análisis, no sería posible explicar en el presente trabajo.

Su *objetivo* es satisfacer la necesidad económica de resarcir (compensar un daño) los gastos por conceptos de servicios de salud no previstos, que por su *severidad* pudieran crear a la familia o al individuo dificultades económicas.

De esta manera la persona que adquiere una póliza de seguro de GMM*, en caso de requerir el uso de servicios médicos, tiene la opción de elegir ser atendido en hospitales privados que entren dentro del convenio con la compañía aseguradora en la que contrató su seguro.

Al igual que en los seguros de daños, en GMM* existe una graduación de la severidad del siniestro, es decir, que en la medida en que las necesidades de servicios de salud no previstos son mayores por el grado de severidad con que afecta a la persona, el aprovechamiento del seguro es más amplio.

No obstante la experiencia de las instituciones de seguros en productos de GMM*, muestra que en general, la *frecuencia* con la cual se presenta un siniestro (y se tienen mayor monto de siniestros) *disminuye*, en la medida en que su impacto económico es mayor (donde es mayor la *severidad del siniestro*).

Y como consecuencia de este comportamiento, se tiene que la *prima* de los seguros de GMM* no guarda una relación de proporcionalidad respecto a la suma asegurada cuando esta se incrementa. Ya que no por pagar una prima elevada la suma asegurada deba incrementarse necesariamente.

Un estudio elaborado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), la prima del seguro de GMM* tiene un comportamiento *logarítmico*, como función de la suma asegurada.

Tradicionalmente, se asume que la *manutención* de la familia es una responsabilidad que recae principalmente en el jefe de la familia, el cual provee los recursos necesarios, tanto para los gastos corrientes, como para la creación del patrimonio familiar. Bajo este supuesto, en caso de que cualquiera de los miembros de la familia requiera el uso de servicios de salud que den lugar a un gasto médico mayor, los intereses económicos de la persona que genera los ingresos para el consumo y ahorro domésticos, se verán afectados.

* *Gastos Médicos Mayores*

En una póliza de GMM* se distinguen dos clases de asegurados:

El Asegurado Principal: Es aquel que provee de recursos a su familia, siendo la persona en función cuya actividad económica tiene lugar la cobertura de seguro, ya sea que de manera directa haya efectuado el pago de la prima, o bien, que como parte de sus prestaciones laborales, tanto él como los que dependen económicamente de sus ingresos, cuenten con la protección del mismo.

Los Dependientes Económicos: Son las personas que gozan de esta cobertura en función de la gestión realizada por una persona distinta a ellos, de la cual dependen para su manutención. Al igual que para efectos de otros seguros, se consideran hijos solteros menores de 25 años que no tengan remuneración alguna por trabajo personal, y si el asegurado principal es soltero, los dependientes económicos son sus padres, encontrándose siempre en los límites de aceptación para ser asegurados.

4. TIPOS DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

En México existen tres tipos de seguro en 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:

- ❖ Seguro 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.

- ❖ Seguro 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, es conveniente señalar que las edades límite de admisión y renovación se aplican de acuerdo a cada asegurado.

* Gastos Médicos Mayores

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.

Como en una misma póliza se incluye un conjunto de certificados donde a su vez, cada uno de estos ampara tanto la cobertura del asegurado principal como las de sus dependientes económicos, es conveniente señalar que las edades límite de admisión y renovación aplican respecto a cada asegurado.

- ❖ Seguro de 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.

Un Seguro Colectivo maneja de 15 a 49 asegurados principales y un Seguro de Grupo es el que tiene mas de 50 asegurados principales.

Las asociaciones, uniones y clubes, tanto como empresas, grupos corporativos y escuelas (voluntarios) deberán cotizarse con primas y condiciones de individualidad.

En el seguro de grupo de GMM*, existen dos tipos de pólizas: *pólizas con experiencia propia y póliza con experiencia global*, éstas se definen en función del número de asegurados titulares y dependientes económicos que protegen, así como de la existencia o no de periodos de cobertura de seguro para un grupo dado.

Las pólizas de seguro de grupo con *experiencia propia*, son aquellas cuya cotización se realiza tomando en cuenta el monto de los siniestros pagados durante la vigencia anterior, la inflación esperada para el año siguiente en los servicios de salud que cubre el seguro y los gastos de administración y de adquisición correspondientes.

Este tipo de pólizas se expiden exclusivamente para grupos con un mínimo de 150 asegurados titulares y 500 asegurados totales, que además cuenten con experiencia de siniestralidad del ejercicio inmediato anterior.

La totalidad de pólizas de seguros de GMM*, la mayoría son en *experiencia global*, mientras que los siniestros en su mayoría corresponden a pólizas con *experiencia propia*, ya que los siniestros no se presentan en una sola reclamación en el año de la vigencia.

* Gastos Médicos Mayores

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

En el Mercado de los seguros, se consideran tres *grupos asegurables*:

- El 100% del personal de confianza o del sindicato de un mismo patrón o empresa.
- Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones o grupos.
- Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

Podrán adquirir el seguro de grupo de Gastos Médicos Mayores todos aquellos grupos asegurables en los que participe al menos el 75% de todos los miembros que los forman con un mínimo de 25 asegurados titulares.

Podrán adquirir el Seguro Colectivo de GMM* todos aquellos sectores bien definidos de grupos asegurables en los que participe el 100% de los miembros que los integran, siempre que dicho sector represente por lo menos el 30% del grupo total asegurable, con un mínimo de 25 asegurados titulares independientemente de que sean o no contributivos. También podrán clasificarse como colectivo aquellos grupos asegurables en los que participe el 100% de los miembros que lo forman con un mínimo de 10 asegurados titulares.

5. CONDICIONES GENERALES DE UNA PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Las condiciones generales de una póliza de gastos médicos, es la estipulación de cláusulas que el asegurado debe cumplir al contratar una póliza de seguros, y que la aseguradora a su vez debe responder como un acuerdo mutuo entre ambos, donde el contrato es el acuerdo celebrado entre la compañía de seguros y el (los) asegurado. Las declaraciones del contratante y/o asegurados proporcionadas por escrito a la compañía en la solicitud conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, la póliza, los endosos (en caso de que sean contratados) como anexos, y el registro de asegurados constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la aseguradora, quedando así amparados todos los asegurados que integren esa póliza, y en su caso el asegurado si es una póliza individual.

Las condiciones generales de la póliza, las cláusulas y los endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la aseguradora. Dichas notificaciones deberán constar por escrito en endosos

debidamente registrados ante la CNSF* (artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones y/o notificaciones no concordasen con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan a la fecha en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones de acuerdo al artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse a la aseguradora por escrito, precisamente en su domicilio social, que aparece en la carátula de la póliza.

El contratante y los asegurados están obligados a declarar a la compañía de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, de acuerdo a los artículos: 8,9,10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

El asegurado tiene la obligación de dar aviso por escrito a la compañía sobre todo seguro que contrate o haya contratado cubriendo los mismos riesgos, además del nombre de las compañías aseguradoras y de las sumas contratadas.

Si el asegurado omitiera intencionalmente el aviso de que trata esta cláusula, o si él contratase diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la compañía quedará liberada de sus obligaciones.

En caso de reclamación, si las coberturas en esta póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otro seguro, en esta u otras aseguradoras, las reclamaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra compañía aseguradora ya haya descubierto de manera parcial los gastos realizados, el asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra aseguradora.

* Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

La prima de esta póliza de GMM* es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su edad y sexo y vence en el momento de la celebración del contrato. En cada renovación o inclusión de asegurados la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esta fecha.

Si el contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, y vencerán al inicio de cada período pactado en que para efecto del pago de la prima se hubiere dividido el periodo del seguro. Además se aplicarán a la misma las tasas de financiamiento pactadas entre la compañía y el contratante.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la compañía contra entrega del recibo correspondiente.

Todo pago relativo al contrato de seguros, ya sea por parte del contratante o de la compañía, se efectuará en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha en que se efectúe el mismo.

En el caso de que se contrate la cobertura en el extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo a las condiciones de la póliza, serán reembolsados de acuerdo al tipo de cambio vigente al día de erogación de los mismos, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

El contratante gozará de un periodo de espera de 30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima para liquidar el total de la misma o cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

A las doce horas del último día del periodo de espera los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

En caso de siniestro, la compañía podrá deducir de la indemnización el total de la prima pendiente de pago, o de las fracciones de esta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La póliza cancelada por falta de pago, podrá ser rehabilitada previa solicitud del contratante y aceptación expresa de la compañía conforme a las pruebas de asegurabilidad que le sean solicitadas.

* Gastos Médicos Mayores

De acuerdo a un estudio elaborado por la AMIS^{*}, la prima del seguro de GMM^{*} tiene un comportamiento logarítmico, esto como función de la suma asegurada.

El seguro de GMM^{*} se contrata sobre la base de un plan temporal de un año, siendo esta la *vigencia normal* en una póliza de GMM^{*}, y en sí en cualquier tipo de seguro, salvo pacto contrario, la vigencia puede ser también *mensual, trimestral o semestral*, según sea indicado en la carátula de la póliza y debe ser decisión del asegurado. Dicha vigencia inicia desde la fecha estipulada en la carátula de la póliza. Se dice que es un plan *renovable*, en el sentido que una vez iniciada la vigencia de la póliza, si alguna de las partes no da aviso a la otra de su voluntad de renovarla dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo. El pago de la prima, acreditado mediante un recibo expedido en las formas usuales de la compañía, será prueba suficiente de tal renovación.

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 cada renovación anual, la aseguradora ajustará las primas de acuerdo a los procedimientos registrados por la CNSF^{*}.

No obstante la no-renovación de la póliza, los siniestros ocurridos durante la vigencia seguirán cubiertos por la totalidad de las prestaciones de esta póliza hasta el agotamiento de la suma asegurada contratada o por un periodo de 730 días contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, lo que ocurra primero.

La compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas que no cumplan la *edad* estipulada mínima o máxima para contratarse en este seguro. En los casos de renovación, la póliza podrá estar en vigor hasta un límite de *x* años para cada asegurado.

Cuando se compruebe que no hubo exactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la aseguradora, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática existente en la fecha de su rescisión.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

* Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros

* Gastos Médicos Mayores

* Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

- a) Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, se haya pagado una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá a la que con la prima pagada se hubiese podido comprar de acuerdo a la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviese pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar al asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiese pagado en el último año de vigencia de la póliza.

La compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados, en cuyo caso, hará la notación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Con respecto a las altas de asegurados; los hijos de los asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde el primer día de nacidos sin necesidad de presentar pruebas médicas. Del nacimiento se deberá dar aviso a más tardar a los 30 días siguientes del nacimiento, de lo contrario, su aceptación quedará sujeta a la aprobación por parte de la aseguradora, previa presentación de la solicitud y cuestionarios médicos del nuevo asegurado.

Del mismo modo, si el asegurado contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la póliza desde la fecha de la boda civil, siempre que dé aviso del hecho por escrito, dentro de los 30 días siguientes de ocurrido. De no haber sido notificado dentro de ese periodo, la inclusión del cónyuge quedará sujeta a que la aseguradora apruebe la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente presentados y requisitados. La cobertura entrará en vigor al momento de la aceptación.

En ambos casos se requerirá la notificación por escrito a la aseguradora, la documentación comprobatoria, tal como: acta de nacimiento o matrimonio, según sea el caso, y la obligación del pago de la prima que corresponda al nuevo asegurado.

Con respecto a la baja de asegurados, serán dados de baja del seguro de GMM*: los hijos del asegurado que hayan sobrepasado el límite máximo para ser incluidos en la póliza.

La aseguradora tendrá obligación de asegurar a toda persona que le solicite un seguro individual cuando se hubieren cesado los efectos de ese contrato por razón de edad, estado civil, o su separación de la presente póliza, en un plan de seguro individual de gastos médicos mayores no hay necesidad de presentar el cuestionario médico correspondiente.

* Gastos Médicos Mayores

Para ejercer este derecho, la persona deberá presentar su solicitud dentro de los 30 días siguientes a su separación del seguro de gastos médicos (grupo o colectivo) y es necesario que su edad esté comprendida dentro del límite de renovación. La tarifa de primas aplicable será la que en esa fecha se encuentre en vigor, de acuerdo a su edad y sexo.

La suma asegurada que contrate será igual o menor a la que se encontraba en vigor al momento en que dejó de pertenecer a la presente póliza, o bien la que se ajuste a los planes individuales vigentes. En caso de que el asegurado quisiera modificar las condiciones que tenía contratadas en el seguro, deberá cubrir los requisitos de aceptación establecidos para el seguro individual. Así mismo deberá presentar el cuestionario médico correspondiente requisitado en su totalidad.

Cuando haya ocurrido un siniestro , es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la aseguradora en el curso de los primeros 5 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse a la compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la compañía las formas de reclamación correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos Fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la compañía una vez pagada la indemnización correspondiente.

- ✓ *Aviso de accidente o enfermedad:* éste documento deberá ser requisitado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- ✓ *Informe médico:* este documento será requisitado por el (los) médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto informe médico como del reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.

- ✓ *Comprobantes de gastos:* Los comprobantes que se presenten a la compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos profesionales.
- ✓ Los *diagnósticos*, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas y demás elementos probatorios.
- ✓ Las *notas o facturas* de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante.

Cada recibo por honorarios deberá estar relacionado a un solo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.)

En caso de consultas médicas, se deberá entregar un recibo por cada consulta recibida.

La aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del asegurado, así como los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales debidamente autorizados.

No se hará por parte de la compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquiera semejantes en donde no se exige remuneración.

La compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el asegurado se encuentre internado en el sanatorio u hospital, así como la comprobación de los gastos realizados. Los asegurados autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que lo hubieren tratado para dar información a la compañía o persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la compañía a costa de la misma para la comprobación del diagnóstico. Si el asegurado no se sometiese a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

Para el *pago de indemnizaciones*: las indemnizaciones serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la compañía serán liquidadas a cada asegurado o quien éste haya designado en las oficinas de la compañía con la presentación de una carta poder.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la compañía.

El pago del IVA* será cubierto por la compañía siempre y cuando los recibos se expidan a nombre de ésta. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del asegurado.

* *Impuesto al Valor Agregado*

Se reembolsarán los gastos erogados en un periodo máximo de 730 días contados a partir de la primera erogación, siempre que la enfermedad o accidente principie dentro de la vigencia de la póliza, independientemente que hubiese terminado el plazo de la vigencia del contrato o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.

A la participación del asegurado en la reclamación, cuando éste presente una reclamación amparada por su póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endoso s de la presente póliza. Los gastos reembolsables se sumarán y al total de estos se restará la cantidad de deducible especificado en la carátula, del importe así determinado se descontará el porcentaje del coaseguro señalado en la carátula de la misma. El monto que así se determine por concepto de deducible y coaseguro será la participación total del asegurado.

A los gastos complementarios de alguna enfermedad por la cual ya se hubiese cubierto el deducible, no se les aplicará cantidad alguna por concepto del mismo. El porcentaje correspondiente al coaseguro se descontará por cada reclamación complementaria que se presente.

La suma asegurada básica para cada asegurado se reinstalará automáticamente en caso de que por algún accidente o enfermedad cubiertos llegase a agotarse la misma para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada contratada.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán (concluirán) en 2 años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento del perito o por la iniciación del procedimiento señalado en el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En caso de que la compañía, no obstante, de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumplan con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio calculado a una tasa anual igual al promedio del costo porcentual promedio de captación que publica mensualmente el Banco de México, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de 30 días señalados en el citado precepto.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los artículos 135 fracción IV bis y 136 fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en los mismo.

En caso de controversia, también llamado competencia el quejoso deberá acudir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la compañía.

6. APERTURA DE LOS CONTRATOS.

Con respecto a la apertura de los contratos, podemos distinguir en el mercado mexicano dos clases de productos:

- 1) Los planes limitados: donde se determina una cantidad máxima indemnizable para cada uno de los conceptos de cobertura, su característica fundamental es que se aplica un catálogo para determinar el monto procedente por honorarios quirúrgicos, de acuerdo a la naturaleza de cada intervención.
- 2) Los planes amplios: Son aquellos en los que la indemnización procede hasta el gasto erogado para cada concepto de cobertura, pero sin rebasar en su conjunto la suma asegurada. En estos productos no se maneja catálogo de intervenciones quirúrgicas.

El concepto de planes amplios fue desarrollado originalmente para pólizas de grupo y colectivo, sobre la hipótesis de que en estos tipos de seguros podemos esperar una menor anti-selección de riesgos asegurados que en el seguro individual y/o familiar. Sin embargo, en la segunda mitad de la década pasada, las aseguradoras orientaron el mercado a la operación de planes amplios de tipo individual, con objeto de incrementar el atractivo de esta cobertura para el público, denominándoles también en algunos casos, como planes sin limite.

Actualmente, se observa una tendencia predominante por parte de las empresas líderes en este mercado, a suspender la emisión de pólizas en planes amplios, debido a la experiencia desfavorable obtenida en esta versión de la cobertura.

7. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL MONTO DEL SINIESTRO.

La responsabilidad máxima de la compañía aseguradora en cada reclamación, es igual a la siniestralidad natural disminuida por los límites del contrato así como por el deducible y el coaseguro. En cada siniestro existen gastos que quedan a cargo del asegurado, ya sea por la naturaleza del padecimiento o como una condición establecida a partir del diseño del producto.

El Deducible es el límite inicial mínimo a cargo del asegurado en cada padecimiento, el cual impide que se presente a la aseguradora un gran número de gastos médicos menores de poca importancia para la economía familiar. El seguro cubre a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza.

El Coaseguro es un porcentaje aplicado al total de gastos derivados de un padecimiento, una vez descontado el deducible que queda a cargo del asegurado y que tiene por objeto hacer a éste participe tanto en el cuidado preventivo de su salud, el importe de los gastos hospitalarios, honorarios médicos y demás gastos en los que deba incurrir a consecuencia de una enfermedad. Dicho porcentaje será aplicado en cada gasto precedente.

Se ha establecido la regla de no aplicar el deducible ni el coaseguro en el caso de reclamaciones por accidente. Al principio esta concesión se hacía solamente en los seguros de grupo y colectivo, pero posteriormente se ha ido incorporando a los seguros individuales.

Al presentarse una reclamación, las compañías aseguradoras aplican el deducible, el coaseguro y la suma asegurada en secuencias distintas dependiendo del tipo de producto adquirido.

Contratos Tipo A

- 1) Aplica los límites establecidos para cada concepto de la cobertura.
- 2) Descuenta el deducible correspondiente.
- 3) Aplica el coaseguro, y
- 4) Compara la cifra resultante con la suma asegurada, determinando el monto indemnizable como la mínima entre ambas cantidades.

Contratos Tipo B

- 1) Aplica los límites establecidos para cada concepto de cobertura.
- 2) Compara este resultado con la suma asegurada y toma la menor de ambas cantidades.
- 3) Descuenta el deducible correspondiente
- 4) Aplica el coaseguro y determina con la cantidad resultante el monto indemnizable.

En caso de que una reclamación exceda a la suma asegurada, los contratos tipo A proporciona una mayor cobertura a los asegurados, debido a que los contratos de tipo B acotan la suma asegurada por el monto reclamado y a partir de esta cantidad descuentan el deducible y coaseguro. Actualmente las compañías manejan los *contratos tipo A*.

Otras formas de aplicación de deducible y coaseguro, que podemos encontrar en el mercado para fines de competencia entre productos, son las siguientes:

- ◆ Aplicación del deducible por padecimiento, es decir, el deducible opera solamente en reclamaciones iniciales y se exenta al asegurado del mismo en caso de reclamaciones complementarias.
- ◆ Aplicación del deducible de una sola vez por año calendario para cada asegurado.
- ◆ Aplicación de un solo deducible por familia, por un accidente en el que resulten afectados varios miembros de la misma.
- ◆ Establecimiento de un tope máximo anual por concepto de coaseguro.
- ◆ Eliminación del deducible y coaseguro, en caso de que el asegurado haga uso de los hospitales y médicos que hayan celebrado convenios de pago directo con la aseguradora, o bien, cuando el asegurado haga uso del procedimiento denominado "cirugía programada".

El diseño de tarifas de cada producto, toma como puntos pivote un deducible y coaseguro básicos, sin embargo, el asegurado puede elegir entre distintos niveles de deducible y coaseguro al momento de contratar el seguro.

La participación del asegurado en el monto del siniestro produce variaciones en sentido inverso al importe de la tarifa, esto significa que si el asegurado opta por un deducible superior al básico, obtendrá un descuento en la tarifa, mientras que si desea que se le aplique un deducible menor al ordinario, deberá pagar una tarifa incrementada. El mismo comportamiento se observa en la relación del coaseguro y la tarifa.

8. SELECCIÓN DE RIESGOS EN UNA PÓLIZA DE GASTOS MEDICOS MAYORES.

Los Requisitos de Contratación básicamente en todos los planes son los siguientes:

- ✓ Solicitud requisitada y firmada por el solicitante principal (individual) o por el contratante (grupo y colectivo).
- ✓ Llenar un cuestionario médico todos los solicitantes y dependientes económicos (individual y colectivo).

- ✓ Mostrar la copia del acta constitutiva de la última nómina, esto para verificar el objetivo de la agrupación y los socios fundadores (colectivo y grupo).
- ✓ Dar su consentimiento individual para pertenecer a dicho seguro (colectivo y grupo).
- ✓ Mostrar la copia de aviso de alta al IMSS, esto para altas intermedias al periodo de vigencia para asegurados titulares (colectivo y grupo).
- ✓ Comprobante de nacimiento o matrimonio, en caso de altas posteriores al inicio de la vigencia de la póliza (individual)
- ✓ Nombrar a sus dependientes económicos (ver definición).

Los documentos base para llevar a cabo la selección de riesgos son: la solicitud y cuestionarios médicos, por lo que deben contener toda la información que se solicite.

El cuestionario médico debe ser llenado en su totalidad sin dejar preguntas en blanco y las respuestas afirmativas deberán ser contestadas ampliamente, las firmas del titular, cónyuge y dependientes económicos mayores de 18 años serán hechas por los interesados, solo en el caso de dependientes económicos menores de 18 años podrá firmar su padre o tutor.

Se elaborarán endosos de exclusión para aquellos asegurados que alteren el riesgo, esto anexándose a la póliza. Y cuando una persona desee cambiar de un Seguro de Grupo y Colectivo a un seguro individual, tendrá que presentar una solicitud y cuestionarios médicos y nuevamente pasar a la selección de riesgos.

Con respecto a la emisión de pólizas estas se efectuarán de acuerdo a la tarifa indicada por la CNSF* y a las condiciones del plan vigente al momento de la contratación.

No se aceptarán agrupaciones de pólizas de corredores, agentes o clientes cuyo único fin sea el de cumplir con las políticas para el otorgamiento de la cobertura. Y en caso de pólizas de experiencia propia se deberá presentar información de siniestralidad otorgada por la Aseguradora.

9. CLAUSULAS ADICIONALES PARA PÓLIZAS DE GRUPO O COLECTIVO.

Movimientos de Asegurados.

- ALTAS

El contratante se obliga a reportar a la aseguradora los movimientos de altas de asegurados dentro de los 30 días siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante, traerá como

* Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

consecuencia que la aseguradora en caso de siniestro solo cubra a los asegurados de los que tenga conocimiento.

En caso de que la persona que cause alta no otorgue su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a que adquirió el derecho a la protección, su aceptación quedará sujeta a la aprobación a juicio de la aseguradora debiendo presentar el cuestionario médico relativo.

En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la póliza, la compañía cobrará la prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento de pago de la prima.

BAJAS

Cuando un asegurado sea dado de baja, el contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de la aseguradora cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el contratante no haya dado aviso de inmediato el seguro continuará en vigor para ese asegurado y el contratante deberá cubrir la prima correspondiente.

Causaran bajas de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo o colectividad asegurada, así como sus dependientes. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación excepto para siniestros ocurridos antes de rescindido el contrato.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la compañía devolverá al contratante la prima correspondiente a dicho asegurado en proporción al tiempo transcurrido.

CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando haya cambio de contratante, la aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del hecho y sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificada la rescisión al nuevo contratante. La aseguradora reembolsará a éste la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la determinación de la vigencia inicialmente pactada.

OBLIGACION DE ASEGURAR

El contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte del "grupo asegurable". Así mismo se obliga a solicitar seguro en los términos de esta póliza para todas las que con posterioridad llegasen a reunir dichas características, dentro de los 30 días siguientes a las que reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante facultará a la compañía a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al contratante comunicado con 30 días de anticipación.

En el caso de que la participación sea voluntaria para cada asegurado, la inscripción de personas que lo soliciten con posterioridad a los primeros 30 días de la vigencia de la póliza, su inclusión quedará sujeta a la aprobación previa de la compañía.

10. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PLANES DE SEGUROS Y SU COMERCIALIZACIÓN.

Las características generales de los planes de seguros y su comercialización son las siguientes:

- a) Quedarán cubiertos hasta la suma asegurada contratada los gastos que se deriven de algún accidente o enfermedad amparados en la póliza.
- b) Los gastos derivados de algún accidente o enfermedad quedarán cubiertos aplicándose el deducible y coaseguro contratados sobre la reclamación completa.
- c) Se podrán operar diferentes opciones de sumas aseguradas, deducibles y coaseguros.
- d) La suma asegurada y deducible de las coberturas básicas y cláusulas adicionales se actualizarán automáticamente en la misma proporción que el salario mínimo.
- e) Al presentarse una reclamación, la suma asegurada quedará fija de acuerdo al salario mínimo vigente a la fecha de inicio de dicho padecimiento. En caso de haberse agotado la suma asegurada, esta se reinstalará automáticamente para nuevos padecimientos.
- f) Las edades de contratación serán desde el nacimiento hasta los 64 años de edad pudiéndose renovar hasta los 69 años de edad y cancelándose automáticamente a los 70 años.
- g) Con la finalidad de controlar las desviaciones que actualmente se presentan en los gastos por intervención quirúrgica y honorarios médicos en general, debida en gran parte a abusos de algunos médicos, se ha considerado conveniente limitar estos conceptos a las siguientes cantidades mismas que se encuentran dentro de los estándares razonables de los costos médicos.

- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (IQ), con tres alternativas: 15,21 ó 36 SMGM* de acuerdo al catálogo manejado por cada compañía.
- ANESTESISTA: 30% sobre I.Q.
- VISITAS MEDICAS: 0.15, 0.21 ó 0.36 SMGM^o según el plan contratado.

Con lo anterior se da un amplio margen para cubrir todas las reclamaciones sobre una base sana y rentable. Adicionalmente podrá operar un plan sin límite por concepto, con el fin de cubrir las necesidades de grupos que requieran atención médica sin restricción alguna.

* Salario Mínimo General Mensual

- h) Se cubre cesárea como enfermedad con deducible de 5 SMGM*, considerando que ésta es un gasto no previsto que puede en un momento dado desequilibrar la economía del asegurado, no siendo así la maternidad (parto normal) cuyos gastos han sido previstos. Por esto se cubrirán todos los gastos erogados a consecuencia de una cesárea que resulten en exceso de los ya presupuestados para parto normal.
- i) Sólo se cubrirán los gastos erogados por cirugía de nariz o senos paranasales a causa de accidentes, aplicando un coaseguro del 50%. Se tendrá un periodo de espera de dos años para cualquier reclamación.
- j) Los gastos que resulten de prótesis serán cubiertos sin límite hasta el tope máximo de suma asegurada, con excepción de prótesis dental la cuál se cubrirá solo aquella que sea a consecuencia de un accidente y se limita al equivalente a 5 meses de SMGM vigente en el D.F., al momento de presentarse la reclamación.
- k) Se cubren lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor, siempre y cuando el motivo del viaje sea desempeñando funciones de trabajo.
- l) Se cubren lesiones que el asegurado sufra cuando viaje de pasajero de aeronaves autorizadas para el servicio de transporte particular de pasajeros, siempre y cuando no viaje más de 40 horas al año.
- m) Se cubren lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos excluyendo todas aquellas actividades que se practiquen profesionalmente.
- n) En adición a la cobertura básica se podrá contratar en forma opcional una cobertura que haga extensivos los beneficios al extranjero, con lo que quedarán cubiertos los gastos erogados por el asegurado a consecuencia directa de algún accidente o enfermedad, cuyo tratamiento se haya efectuado fuera del país.
- o) Las tarifas se ajustarán periódicamente de acuerdo a los índices publicados por el Banco de México para el sector de servicios médicos y cuidados de la salud, siempre y cuando el porcentaje de incremento acumulado sea superior al 10%.
- p) Se celebrarán convenios en distintas plazas de la República con hospitales, médicos, farmacias y laboratorios, a fin de prestar mejores servicios a los asegurados.

El *objetivo de un plan de seguros*, es proporcionar al mercado productos que satisfagan plenamente las necesidades de asegurabilidad de la población. Logrando con ello incrementar el número de personas que cuenten con un seguro que les reduzca las pérdidas económicas no previstas, derivadas de accidentes y enfermedades.

La forma de comercializar el producto es a través de los sistemas tradicionales de venta, por conducto de agentes, corredores o brokers, quienes se

* Salario Mínimo General Mensual

encargarán de dar a conocer las características generales, funcionamiento y ventajas que ofrece un seguro de GMM*.

En seguida y con más detalle se mencionarán los *padecimientos cubiertos y las exclusiones* del seguro de GMM*.

11. BASES DE FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

✓ *Gastos cubiertos en una póliza de Gastos Médicos Mayores:*

Se presentan los gastos cubiertos que generalmente son utilizados en una póliza de GMM*, sin embargo, no son los únicos que debe tener la póliza, ya que varían de acuerdo al diseño del plan, a los procedimientos utilizados para la determinación de las primas y a las políticas que cada compañía defina.

Si durante la vigencia de esta póliza, a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto en el contrato, el asegurado incurriera en los gastos que a continuación se mencionan, la aseguradora cubrirá el costo de los mismos hasta la suma asegurada de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato. Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y el asegurado se encuentre dentro del periodo de cobertura al momento de ocurrir el accidente o enfermedad.

Para que una enfermedad se considere cubierta por el seguro de GMM*, es requisito que su primera manifestación se presente cuando menos 30 días después de la fecha de contratación original de la póliza, respecto a cada asegurado. Este periodo de espera no aplica en las renovaciones de cobertura.

Un principio de carácter general que se maneja en los textos de los contratos de GMM*, es que el pago de toda reclamación debe efectuarse sobre la base del *costo razonable* que se requiera para cada tratamiento en cuestión.

Los conceptos de cobertura son los siguientes:

1. Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes.
2. Honorarios por consultas médicas en sanatorio, hospital, consultorio o domicilio, a razón de una consulta o visita médica por día.
3. Honorarios de anestesista, hasta un 30% de los honorarios por intervención quirúrgica.

* *Gastos Médicos Mayores*

4. Honorarios de enfermera, cuando el paciente requiera de cuidados especiales máximo tres turnos al día.
5. Medicamentos adquiridos por el asegurado dentro y fuera del hospital o sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.
6. Transporte en ambulancia terrestre.
7. Gastos de sala de operaciones, terapia intensiva, recuperación o curaciones.
8. Gastos de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiogramas, ultrasonido, encefalogramas, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico o tratamiento de un accidente o enfermedad cubierto.
9. Gastos de hospital o sanatorio por la internación del asegurado de acuerdo al accidente o enfermedad que se presente, representados por: cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia, gastos inherentes al tratamiento médico y cama extra para un acompañante.
10. Gastos originados por consumo de oxígeno.
11. Gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras substancias semejantes.
12. Gastos para efectuar el trasplante de un órgano.
13. Gastos por tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia, quimioterapia y otros semejantes, excluyendo los demás de carácter psicológico y psiquiátrico.
14. Gastos de padecimientos congénitos de los hijos de los asegurados nacidos durante la vigencia del seguro.
15. Gastos originados por la compra o renta de aparatos ortopédicos, quedando excluida la reposición de aparatos ortopédicos ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
16. Por accidente o enfermedad, gastos de prótesis ortopédicas, mamarias, oculares, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis. Quedando excluida la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
17. Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto de la cónyuge o de la asegurada titular:

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
- Mola hidratiforme (embarazo molar).

18. Renta de equipo para recuperación, por ejemplo: silla de ruedas, muletas, pulmón de acero o cualquier otro equipo usado para el tratamiento.

19. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto en este contrato.

20. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.

✓ *Exclusiones en una póliza de Gastos Médicos Mayores:*

Las pólizas de GMM*, establecen la exclusión de algunos conceptos, ya sea por la frecuencia con la que se presentan; por la intervención de la voluntad del asegurado en la agravación del riesgo, por que se trate de tratamientos no reconocidos por la práctica médico-científica, o bien por que se refieran a *padecimientos preexistentes*.

La póliza de GMM* no cubrirá los gastos de los siguientes conceptos:

- Ya sea por su alta incidencia y cuya cobertura representaría un recargo a la prima incosteable para el asegurado.
- Por padecimientos derivados, directa o indirectamente, de actividades que decide realizar el asegurado y que resultan en agravación del riesgo.
- De igual forma los tratamientos derivados de la decisión del asegurado y que no son médicamente indispensables para la recuperación de la salud, estos conocidos como "Check Up".
- En los que son inciertos los beneficios que puede obtener el paciente asegurado.
- Procedimientos efectuados por médicos sin cédula profesional.

1. Padecimientos preexistentes.

2. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa.

* *Gastos Médicos Mayores*

3. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta y aprendizaje.
4. Afecciones propias del embarazo, abortos, legrados, partos prematuros, partos normales o anormales y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sean precisamente las consignadas en el punto 17 de los gastos cubiertos.
5. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanía.
6. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales o de ortodoncia cualquiera que sea su naturaleza y origen, con excepción a lo mencionado en el punto 20 de los gastos cubiertos.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto lo mencionado en el punto 19 de los gastos cubiertos.
8. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, reducción de peso u obesidad y delgadez sin causa orgánica.
9. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de natalidad y sus complicaciones.
10. Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades congénitas, a excepción de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza.
11. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
12. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus.
13. Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o "juanetes".
14. Tratamiento médico o quirúrgico a base de hipnotismo y quelaciones.
15. Curas de reposo o exámenes generales para comprobación del estado de salud conocidos como check-up.
16. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
17. Lesiones recibidas al participar el asegurado en alguna riña, siempre y cuando él haya sido el provocador.

18. Lesiones sufridas por el asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, o al participar directamente el asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
19. Lesiones sufridas por el asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
20. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
21. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, infecciones o intervenciones expresamente excluidas en este Contrato.
22. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
23. Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la intervención de éste en sanatorio y hospital, salvo cama extra.
24. Gastos efectuados por el propio asegurado que no tengan relación con la enfermedad o accidentes reclamados.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
26. Diagnóstico y tratamiento para el SIDA* y sus complicaciones.
27. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
28. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
29. Lesiones que ocurran estando el asegurado bajo influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.
30. Ambulancia aérea.

* Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

31. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
32. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de los deportes como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha greco romana y artes marciales.
33. Lesiones que el asegurado sufra por la práctica de la tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, gokarts jet ski y cualquier tipo de deporte aéreo.
34. Se excluye tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales que sean originados por enfermedad, o un accidente no ocurrido durante la vigencia de la póliza.

12. EXTENSIÓN TERRITORIAL DE LA COBERTURA DE UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

El seguro de GMM* cubre erogaciones efectuadas tanto dentro de la República Mexicana como en el extranjero.

Las compañías de seguros hacen esto con el propósito de desalentar en el asegurado el uso de servicios médicos en otros países, éstas han establecido en sus productos algunas restricciones para la indemnización de gastos en el extranjero.

En la mayoría de los casos, para los GMM* erogados fuera del país se aplica un *coaseguro especial*, que puede ser igual a dos veces el que opera para erogaciones efectuadas en el territorio nacional, o bien como un extra-coaseguro expresado en puntos porcentuales adicionales al porcentaje de coaseguro especificado para los gastos médicos que se realizan en el país.

Como un refinamiento técnico y con objeto de llevar un mejor control de la frecuencia y monto de siniestralidad correspondiente a los servicios de salud requeridos en el territorio nacional y en el extranjero, las instituciones de seguros con mayor desarrollo en GMM* han identificado tres segmentos en la extensión territorial de la cobertura:

- ❖ *Cobertura Básica*: cubre padecimientos cuyos síntomas y/o signos se presentan durante la residencia permanente del asegurado en México y sobre los cuales se realicen gastos médicos, todo esto dentro del país.

* Gastos Médicos Mayores

* Gastos Médicos Mayores

- ❖ *Cobertura de Emergencia en el Extranjero (CEE)*: Tiene por objeto cubrir padecimientos cuyos síntomas y/o signos se manifiestan mientras el asegurado se encuentre viajando en el extranjero y sobre los cuales en función de su urgencia se realicen gastos fuera del país.
- ❖ *Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)*: cuya finalidad es cubrir el tratamiento de padecimientos que desarrolle el asegurado durante su residencia permanente en México y para los cuales decida ir a atenderse en otro país. Aclaremos que CAME, se ha considerado conveniente desde el punto de vista técnico al hacer una diferenciación de tarifas de acuerdo a la zona geográfica de residencia del asegurado dentro del propio territorio nacional.

En la mayoría de los casos se divide el territorio nacional de la siguiente manera: Zona A, la franja que comprende los primeros 20 a 75 Km, a partir de la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica; Zona B, que consta de los estados fronterizos del norte, incluyendo Baja California Sur; y Zona C, en la que se incluye al resto de los estados del país.

La tarifa de CAME, por lo regular se establece como un factor a aplicar a la tarifa de la cobertura básica y es mayor en la medida que el lugar de residencia permanente del asegurado se encuentra ubicado en una zona más próxima a la frontera de USA*.

Tenemos las siguientes cláusulas opcionales:

- *CSF.- Cláusula de Salud Familiar*: Esta cláusula nos indica que únicamente sus dependientes económicos inscritos en esta póliza quedarán protegidos sin tener que pagar prima alguna durante un periodo de cinco años a partir del siguiente aniversario del contrato. Lo anterior no tendrá efecto si el asegurado principal fallece en actos delictivos o debido a padecimientos preexistentes a la contratación de esta cláusula.
- *CAB.- Cláusula de Ampliación de Beneficios*: En esta cláusula el asegurado tendrá cubiertos los gastos médicos que se originen en el extranjero a consecuencia de una enfermedad y/o accidente no excluido en el contrato.
- *Cláusula de Maternidad*: Esta cláusula cubre las erogaciones originadas por el parto y el aborto involuntario. Sus políticas de contratación son de 18 - 45 años en edades mínima y máxima respectivamente y a partir de los 46 años esta cláusula adicional se otorgará sin costo. Y su suma asegurada es de 6 a 30 salarios mínimos.

* Estados Unidos de América

En el anexo III se analizarán condiciones generales y cláusulas adicionales de la póliza de GMM* de las compañías más importantes que operan dicho seguro.

* *Gastos Médicos Mayores*

CAPÍTULO III

LAS BASES TÉCNICAS Y LOS ÚLTIMOS AVANCES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

El fundamento matemático es, sin lugar a dudas, el elemento más importante que un Actuario utiliza para la bien lograda operación del seguro, bajo el principio de equidad dicho fundamento garantiza la suficiencia de la prima, siempre que las circunstancias previstas en su cálculo se cumplan; en tales condiciones es necesario conocer la base técnica que le respalda, por lo que los elementos que la sustentan son los siguientes:

1. ELEMENTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN EL RIESGO DE ENFERMEDAD

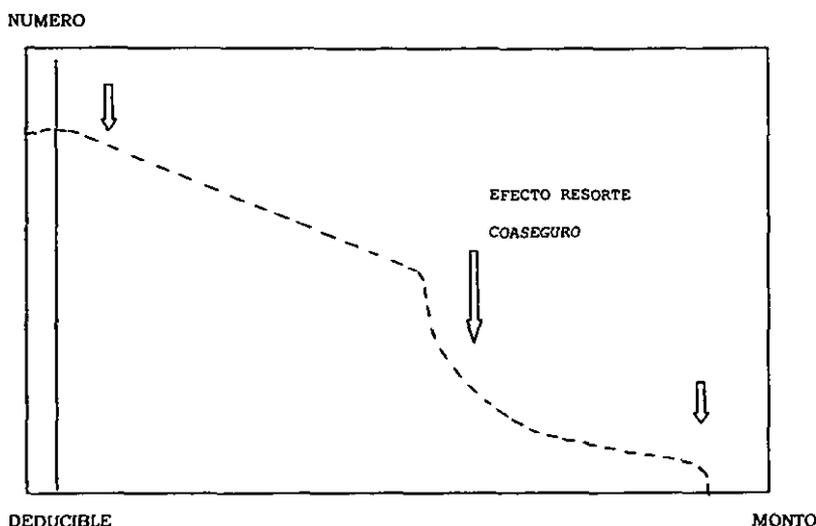
Al presentarse una enfermedad, la reacción del asegurado y la rapidez de su curación quedan frecuentemente influenciadas por factores tales como el medio ambiente en que vive, su educación, hábitos, etc. Por otro lado, el costo de la curación puede variar según el tratamiento en el tipo de enfermedad, así como por los efectos inflacionarios generales.

La póliza estipula que solamente los gastos que se incurran en exceso de una cantidad específica, llamada deducible, serán pagaderos, siendo éste último el elemento esencial para la eliminación de reclamaciones pequeñas. En consecuencia se puede definir el deducible como una cantidad inicial de la reclamación a cargo del asegurado.

Los gastos incurridos en exceso del deducible también se ven alterados mediante la aplicación de un porcentaje de contribución denominado coaseguro, cuyo propósito es hacer participe al asegurado del costo del siniestro, para evitar gastos excesivos o innecesarios en los que se combinan el azar moral.

La práctica del deducible, permite eliminar desde el punto de vista del seguro, un gran número de eventos con un costo reducido que repercute en la frecuencia de reclamaciones desplazando su incidencia, de tal forma que la frecuencia máxima se observa en el límite en que actúa el deducible. Por lo que se refiere al coaseguro, al hacer participe al asegurado del costo del siniestro, lo desmotiva a que este actúe de manera negligente en cuanto al propio cuidado de la salud, erogación de gastos innecesarios, y aceptación de gastos médicos en exceso.

COMPORTAMIENTO GASTOS MÉDICOS MAYORES
NÚMERO Y MONTO DE SINIESTROS



La combinación deducible - coaseguro permite que la frecuencia siniestral tienda a su comportamiento natural, lo cual se conoce comúnmente como "efecto-resorte", según se observa en la gráfica anterior.

Además de lo antes mencionado, los elementos de mayor importancia para establecer previsiones acertadas en la creación de bases técnicas son: *la frecuencia de siniestros, el monto de los gastos de tratamiento máximo y monto promedio esperado por siniestro y la evolución del costo de los servicios de salud en general.*

Los muchos factores que influyen en la frecuencia de siniestralidad son entre otros la edad, el sexo, el medio ambiente en el cual vive y actúa el asegurado, su profesión u ocupación, sus ingresos, su solvencia moral, el atractivo de la cobertura, el monto asegurado, las restricciones de la póliza (deducible, coaseguro, periodo de espera), las exclusiones del contrato, así como su voluntad de recuperación.

El impacto del nivel de ingresos del asegurado, sobre los resultados del seguro de gastos médicos mayores es evidente, pues una vez que sobreviene la enfermedad el costo del siniestro puede ser más alto para personas de ingresos superiores. Una razón de ello es que los médicos, al saber que el paciente está en posibilidad de pagar más cuando está asegurado, tienden a elevar sus honorarios o bien sugerir al paciente tratamientos más sofisticados y exámenes innecesarios, pensando que estos podrían ser cubiertos ya sea por el propio paciente o por el seguro privado que tenga contratado.

En esas condiciones es de suma importancia el cuestionario médico que se le aplica a la persona al momento de solicitar el seguro, toda vez que la apreciación y decisión médica al aceptar el riesgo de enfermedad influirá de manera altamente significativa en el costo y frecuencia del siniestro.

Con objeto de evitar la práctica de intervenciones quirúrgicas cuando no sean estrictamente necesarias, algunas instituciones de seguros han planteado la posibilidad de requerir una segunda opinión médica antes de autorizarse el pago de la cirugía. Adicionalmente, se ha establecido la figura del ajustador médico, cuya función es determinar la procedencia del tratamiento médico como objeto de aseguramiento antes de ser suministrado.

Otro factor que se debe controlar es el de la preexistencia, situación de la cual se deriva un incremento en la frecuencia de la siniestralidad desde el punto de vista técnico.

Por todo ello, es necesario vigilar que se satisfaga el principio de interés asegurable y debe buscarse que la magnitud del monto asegurado no sea un factor que incremente la frecuencia de siniestralidad y la duración de la reclamación, es decir, en la promoción de éste seguro, se debe inducir a que el asegurado lo adquiera para satisfacer una necesidad real de cobertura de riesgo, en el entendido de que, al igual que en los seguros de daños, la suma asegurada debe estar en función de la pérdida probable real.

Como sabemos, las causas que originan la enfermedad repercuten sustancialmente en el precio de los tratamientos médicos, lo cual tiene una incidencia directa del seguro por lo que el asegurador debe limitar su cobertura solo a cierto tipo de enfermedades, así como revisar y adecuar los niveles de la prima, el deducible y el coaseguro.

Sin embargo, es conveniente tener presente que el desarrollo tecnológico de la medicina incide particularmente en los costos de la salud, ya que los nuevos aparatos de tecnología sofisticada tienen precios elevados y su amortización tiene que ser acelerada en vista de la constante aparición de nuevos instrumentos.

Otro elemento por demás relevante es la disminución progresiva de la mortalidad, debida en buena parte a los adelantos de la medicina, ya que gracias a la presencia de mejores y mayores recursos para la atención médica, la población vive más tiempo; no obstante la aparición de nuevas enfermedades, se tienen recursos que permiten un tratamiento eficaz en ocasiones a largo plazo, lo que implica un mayor costo. De hecho se han observado, que tanto el número de siniestros como su duración han aumentado en los últimos años. Tal situación tiene un efecto en el aumento de la frecuencia y el monto promedio de siniestralidad del seguro.

Por último, la inflación es otro de los componentes que repercuten el costo del seguro, haciendo necesaria su consideración en la prima.

2. LA PRIMA DE RIESGO EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

La *ley de los grandes números* es parte esencial del fundamento matemático del seguro para inferir modelos de comportamiento apoyados en las leyes de probabilidad, el volumen de observaciones debe ser suficiente y en ese sentido, la fuente de información más confiable es, sin duda, la *experiencia del propio asegurador*, siempre y cuando cuente con una cartera considerablemente grande que sea representativa, de no ser así, podrá utilizar inicialmente la experiencia del mercado.

Bajo el principio de equilibrio técnico, las compañías que operan el seguro de gastos médicos mayores, para el cálculo de la prima de riesgo utilizan fundamentalmente la *frecuencia de siniestralidad* (definida como el número de siniestros entre el número de asegurados en un periodo determinado, que en general es de un año) y el *costo esperado de los siniestros* (que se determina como el monto total pagado entre el número de siniestros en un periodo también regularmente de un año).

Para poder establecer el nivel de responsabilidad de la compañía aseguradora, en primer término es necesario definir el nivel de participación del asegurado en la siniestralidad.

La selección de la función de densidad de probabilidad adecuada para expresar la forma de distribución de los siniestros, constituye el problema de mayor interés desde el punto de vista actuarial. Para buscar dicha probabilidad se puede partir de la frecuencia relativa a datos observados dentro de una colectividad y obtener así la función correspondiente. Es decir, distribuyendo los siniestros según el monto del daño se obtendrá directamente la función de distribución $F(x)$ y a partir de ésta la función de densidad $f(x)$.

La persona que toma la decisión de comprar una póliza de seguro de gastos médicos, como se mencionó anteriormente, *participa en el monto del siniestro*; la expresión matemática que refleja esta situación es la siguiente:

Sea $A(x)$, la función que representa la participación del asegurado en el contrato de la póliza del seguro de GMM^{*}. Esta función se define como sigue:

^{*} *Gastos Médicos Mayores*

$$A(x) = \begin{cases} x & x \leq d \\ d + (x - d)c & d < x \leq M \\ d + (M - d)c + (x - M) & x > M \end{cases}$$

Donde:

$x =$ es la variable aleatoria de pérdida, es decir el monto del siniestro.

$d =$ el deducible.

$c =$ el coaseguro.

$M =$ el monto máximo asegurado por la compañía de seguros.

Si el monto del siniestro es menor o igual que el deducible, el asegurado absorbe totalmente el costo del siniestro. Por otra parte si el monto del siniestro se encuentra entre el deducible y el monto máximo asegurado, el asegurado pagará el deducible establecido en la póliza más el coaseguro, que se obtiene de multiplicar el porcentaje correspondiente por $(x - d)$, y por último, si el monto del siniestro es mayor que el beneficio máximo establecido en el contrato del seguro, dicho exceso $(x - M)$, el deducible y el porcentaje de coaseguro aplicable, estarán a cargo del asegurado.

Pensando en una colectividad de N riesgos de la cartera de seguros, en la cual los siniestros se distribuyan según la función $f(x)$, entonces el valor esperado de los siniestros $E(A(x))$, lo podemos expresar de la siguiente manera:

$$E(A(x)) = \int_0^d xf(x)dx + \int_d^M [d + (x - d)c]f(x)dx + \int_M^{\infty} [d + (M - d)c + (x - M)]f(x)dx$$

En lo que respecta a la obligación de la compañía de seguros hacia el asegurado por concepto de reclamaciones por enfermedad, es decir la carga total financiera para el asegurador, estará definida por la función $I^e(x)$, de la siguiente manera:

$$I^e(x) = \begin{cases} 0 & x \leq d \\ (x - d)(1 - c) & d < x \leq M \\ (M - d)(1 - c) & x > M \end{cases}$$

El codominio de dicha función es $0 \leq I^e(x) \leq M$, de donde se puede afirmar que $E(I^e(x)) \leq E^e(M)$, ya que la compañía no pagará más allá del monto máximo del beneficio establecido en la póliza.

Ó

Por tanto $E(I^e(x))$ se puede expresar como:

$$\begin{aligned} E(I^e(x)) &= (1-c) \left[\int_d^M (x-d)f(x)dx + \int_M^\infty (M-d)f(x)dx \right] \\ &= (1-c) \left[\int_d^M xf(x)dx - d \int_d^M f(x)dx + M \int_M^\infty f(x)dx - d \int_M^\infty f(x)dx \right] \\ &= (1-c) \left[\int_d^M xf(x)dx + M \int_M^\infty f(x)dx - d \int_d^\infty f(x)dx \right] ** \end{aligned}$$

Sea $F^k(P)$ la función de distribución de la variable aleatoria perdida "x", asociada al riesgo k, donde $K = \varepsilon$ para el riesgo de enfermedad y $k = \alpha$ para el

riesgo de accidente, cuando el monto máximo del siniestro está acotado por el límite "p".

Entonces:

$$M \int_M^{\infty} f(x) dx = M (1 - F^e(M)) ; y$$

$$d \int_d^{\infty} f(x) dx = d(1 - F^e(d))$$

Si $E^k(L)$ denota la esperanza de la variable aleatoria de pérdida "x", asociada al riesgo k, cuando el monto del siniestro está acotado superiormente por el límite "L", podemos escribir a ** como sigue:

$$E(I^e(x)) = (1 - c) [E^e(M) - M(1 - F^e(M)) - E^e(d) + d(1 - F^e(d)) \\ + M(1 - F^e(M)) - d(1 - F^e(d))]$$

Por lo tanto:

$$E(I^e(x)) = (1 - c) [E^e(M) - E^e(d)]$$

Análogamente, la obligación de la compañía de seguros hacia el asegurado por concepto de reclamaciones por accidente, estará dada por la función $I^e(x)$, definida de la siguiente manera:

$$I^a(x) = \begin{cases} x & x \leq M; \\ M & x > M. \end{cases}$$

El codominio de dicha función es $0 \leq I^a(x) \leq M$, de donde, como en el caso de enfermedad, se puede afirmar que $E(I^a(x)) \leq E^a(M)$, ya que la compañía no pagará más allá del monto máximo del beneficio establecido en la póliza.

Por lo tanto $E(I^a(X))$, se puede expresar como:

$$\begin{aligned} E(I^a(X)) &= \int_0^M xf(x) dx + M \int_M^{\infty} f(x) dx \\ &= E^a(M) - M(1-F^a(M)) + M(1-F^a(M)) \\ &= E^a(M) \end{aligned}$$

La prima del riesgo del Seguro de GMM* se calcula por rangos de edad debido a dos fundamentales razones:

- 1) Es más accesible la elaboración de las fuentes estadísticas de frecuencia y monto de siniestralidad.
- 2) Desde el punto de vista comercial es más práctico el manejo de tarifas por rangos de edad.

Cabe mencionar que es conveniente separar la siniestralidad por sexo, ya que en general, en hombres es menor que en mujeres, particularmente en el intervalo de edad considerado de fertilidad en la mujer.

* Gastos Médicos Mayores

3. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO

La frecuencia de siniestralidad, denotada como: $FS_{(a,b)}^s$

$$FS_{(a,b)}^s = NS_{(a,b)}^s / L_{(a,b)}^s$$

Donde:

$NS_{(a,b)}^s$ = # de Siniestros ocurridos en personas de sexo s y cuya edad se encuentra en el rango (a,b) .

$L_{(a,b)}^s$ = # de individuos expuestos en el rango (a,b) , de sexo s .

También se determina:

α = Proporción que guarda el # de siniestros por enfermedad con respecto al total de siniestros ocurridos.

β = Proporción que guarda el # de siniestros por accidente, con respecto al total de siniestros ocurridos.

La frecuencia de siniestralidad por enfermedad en el rango de edad (a,b) y sexo s , es denotada como sigue:

$${}^eFS_{(a,b)}^s = \alpha * FS_{(a,b)}^s$$

La frecuencia de siniestralidad por accidente en el rango de edad (a,b) y sexo s , es denotada como sigue:

$${}^aFS_{(a,b)}^s = \beta * FS_{(a,b)}^s$$

En cuanto a la participación de la compañía en el costo de la siniestralidad. Se determina el monto total pagado para cada rango de edad (a,b) y sexo s , denotado como: $MTP_{(a,b)}^s$

Así también se determina el número de siniestros pagados por rango de edad (a,b) y sexo s , denotado como: $NSP_{(a,b)}^s$

Por lo tanto, el Monto Promedio de reclamación por rango de edad (a,b) y sexo s se denota como:

$$MPR_{(a,b)}^S = MTP_{(a,b)}^S / NSP_{(a,b)}^S$$

Se considera que este MPR (monto promedio de reclamación), aplica indistintamente para accidentes y enfermedades, y lo que hace diferente la participación de la compañía en cada caso es la parte que asume el asegurado en el monto de la reclamación tratándose de siniestros por enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, en la metodología común de cálculo de la Prima de Riesgo de un Seguro Individual de Gastos Médicos Mayores para una persona de sexo S, cuya edad se encuentra en el rango (a,b), con suma asegurada igual a M, deducible y coaseguro exclusivamente por enfermedad iguales a d y c respectivamente, denotada por $Pr_{S,(a,b)}^{d,c,M}$, está dada por la expresión:

$$Pr_{S,(a,b)}^{d,c,M} = [{}^eFS_{(a,b)}^S [(1-C)[MPR_{(a,b)}^S - d] + {}^aFS_{(a,b)}^S MPR_{(a,b)}^S] (1+FI)$$

Donde:

FI = Factor de inflación acumulada.

Esta forma tiene la desventaja de que al tomar solo 1 año de observación de la frecuencia de siniestralidad y el costo promedio de siniestralidad, no represente el comportamiento que ha tenido la cartera de seguros en siniestros, lo que pueda hacer a la prima de riesgo insuficiente para hacer frente a reclamaciones o bien sea excesiva.

En la actualidad se considera la póliza familiar como la suma de coberturas individuales; esto sumando las primas correspondientes a cada una de las personas cubiertas, descontando los gastos administrativos recurrentes en la emisión de la póliza, cobranza, registro contable, etc.

En las pólizas de GMM*, por lo regular existe una tendencia más o menos definida en el sentido de que en la medida en que aumenta la edad, se incrementa tanto la frecuencia como el monto promedio de siniestralidad, aunque no es así en todos los casos.

Para realizar un análisis exhaustivo del Cálculo de la Prima de Riesgo aplicándolo a la realidad de una compañía de seguros, es necesario que se tenga un registro detallado de primas y sobre todo de siniestros, para así poderlas ajustar con rapidez. Un cuidadoso análisis de siniestros permitiría tomar medidas

* Gastos Médicos Mayores

de mejoramiento en las cláusulas, cambio de medidas de selección, excluir o redefinir a ciertos grupos particulares o de alto riesgo. Al mismo tiempo al presentar las tarifas por grupos quinquenales de edad, es frecuente que en la solicitud de seguros se declare una edad correspondiente al rango inmediato anterior al que realmente corresponde con su edad, esto con el objeto de mejorar el costo, pero propiciando la insuficiencia de la prima.

Otra observación es saber manejar la tasa de siniestralidad, ya que tenemos dos tipos diferentes:

- *Tasa de siniestralidad pagada* = Relación entre siniestros pagados y primas cobradas durante el mismo periodo.
- *Tasa de Siniestralidad Ocurrida* = Correspondiente a los siniestros ocurridos y las primas devengadas durante un periodo determinado.

Por último, se necesita tener un estricto control por parte de las compañías sobre la información que manejan, para así lograr un buen ajuste en la tarifa de un seguro de GMM*.

4. PARTICIPANTES EN EL MERCADO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Analizando el "sistema" de los Seguros en México, y en el caso específico del Seguro de GMM*, los actores que participan en el mercado de los seguros de Gastos Médicos Mayores son:

- a) *Clientes Internos*: Agente vendedor de Seguros o Broker, personal de "back Office" y los médicos u hospitales que trabajan en convenio con la aseguradora.
- b) *Clientes Externos*: El usuario del servicio o cliente final (asegurado).
- c) *Aseguradoras*: Compañías o empresas que ofrecen este tipo de producto.
- d) *Instancias Gubernamentales*: Aquellas que controlan este sector, tal como la CNSF*.

Si consideramos al Seguro de GMM* como un sistema abierto, cuyas "entradas" son las necesidades del usuario, las necesidades de los médicos u hospitales y las de los agentes/brokers y aseguradoras, estas basadas en la función de las necesidades de cada participante del proyecto, el "proceso" del sistema esta determinado por el contenido de la póliza del seguro y su cumplimiento y finalmente las "salidas" integradas por la satisfacción de los asegurados, su capacidad de satisfacción de sus necesidades por parte del producto y como fue percibido por cada uno de ellos.

* *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas*

* *Gastos Médicos Mayores*

El producto para el asegurado es la recuperación de su salud y la calidad de las atenciones recibidas en su proceso de recuperación o estancia en el hospital. El producto derivado del servicio, tanto para el médico como para el hospital es una remuneración o ingresos que se logran generar a través del ejercicio profesional de atender clientes de la aseguradora, donde esta percibe como resultado utilidades, participación en el mercado, el cumplimiento de una misión organizacional y la satisfacción de sus asegurados.

Esta retroalimentación del sistema está dada por el flujo de información entre los actores involucrados y la solución a los problemas y requerimientos que tengan entre sí.

5. CALIDAD EN SERVICIO QUE OFRECE EL SECTOR ASEGURADOR EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Tomando como base la información de un modelo realizado para analizar la calidad del servicio en el sector asegurador en el caso del Seguro de GMM*, el cual se realizó en 1994. Y haciendo una pequeña comparación con la actualidad, tenemos lo siguiente:

El Modelo Sistémico consta de tres elementos: El consumidor del producto o servicio(asegurado), médicos y hospitales que prestan sus servicios y las compañías aseguradoras que venden las pólizas.

Los puntos críticos, donde se encontraron problemas en la calidad de los servicios en los Seguros de GMM*, son los siguientes:

- i. La relación establecida entre la administración de las percepciones y las expectativas del consumidor (asegurados) y las de los agentes prestadores de servicios de recuperación de la salud (médicos y hospitales) y el servicio que los asegurados esperan recibir.
- ii. La relación establecida entre los asegurados y los prestadores de servicios y la calidad del servicio por parte de la compañía aseguradora.
- iii. La relación establecida entre la calidad del servicio, con el contenido de la póliza, basándose en estudios antes y después de la venta.
- iv. La relación entre el contenido de la póliza y la comunicación externa con los asegurados realizada por la compañía de seguros.
- v. La relación entre el servicio esperado y el servicio recibido.
- vi. El no tener un sistema de información monitoreado por la compañía de seguros evaluando el servicio ofrecido por los prestadores del mismo.

Dentro del diseño y procedimiento de la investigación, comprende un estudio exploratorio y cualitativo de una póliza de GMM*, realizando encuestas aplicadas a

* Gastos Médicos Mayores

clientes potenciales de un seguro de GMM*, a médicos y hospitales y analizando el contenido de las pólizas.

El objetivo general de este modelo es saber cuales son las percepciones, expectativas y necesidades de las partes involucradas en el proceso de una póliza de GMM*: usuarios del servicio, médicos y hospitales, y por su puesto compañías aseguradoras.

Se analizaron tres grandes conceptos, tomando en cuenta principalmente la opinión de empresarios y ejecutivos que principalmente tienen acceso a una póliza de GMM*:

Protección:

- ✓ La póliza representa protección efectiva al permitir el acceso a buenas instituciones, buenos médicos y buena tecnología.
- ✓ La póliza protege a toda la familia.
- ✓ La póliza protege dentro y fuera del país.
- ✓ La póliza protege sin límite de edad.
- ✓ La póliza en la mejor protección frente al riesgo de perder la salud.

Costos:

- ✓ Los costos de la póliza se pueden reducir mediante la estandarización de los costos de los servicios médicos.
- ✓ Los costos de una enfermedad, desequilibran el presupuesto y se deben incluir en el mismo.

Conveniencia:

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

Los empresarios son sensibles ante el riesgo y la gran mayoría son consientes de la necesidad de protegerse contra el riesgo de perder la salud por medio de una póliza de GMM*, no solamente en su persona, sino en su familia, y también es importante que la póliza los ampare dentro y fuera del país y tal protección tenga lugar sin límite de edad.

Las consecuencias económicas del riesgo son manejables con una póliza de GMM*, y según la opinión de empresarios se estima conveniente la adquisición de una póliza de seguros médicos mayores.

Una recomendación inmediata es la mejora del proceso de comunicación entre las empresas de seguros y los clientes reales o potenciales, ya que existen reservas en cuanto a la certeza de los beneficios que las pólizas ofrecen.

* *Gastos Médicos Mayores*

Las *opiniones* entre médicos que prestan sus servicios y empresarios (en este caso) o bien personas que utilizan este seguro, es diversa y las opiniones mas importantes dadas por ambas partes son las siguientes:

- "Las Compañías de Seguros deben capacitar a los usuarios reales y potenciales sobre las ventajas de tener una póliza de seguros de salud"
- "Una póliza de seguros no evita las consecuencias económicas de un riesgo de salud"
- "La póliza de GMM* ofrece la posibilidad de tener acceso a "buenas" instituciones de salud"
- "La póliza debe cubrir los riesgos dentro y fuera del país"
- "No hay suficiente información sobre la utilidad del seguro"
- "Los médicos cobran más cuando sé esta asegurado"
- "La letra pequeña de las pólizas es una restricción para su compra"
- "La póliza es útil si se tiene amigos médicos"
- "Las compañías de seguros pueden moderar los costos de la atención médica y hospitalización, mediante tarifas estándar"

Al preguntar a médicos y a usuarios de este tipo de pólizas, existe una convergencia de opinión, en su mayoría comparten opinión entre los costos de las pólizas, la necesidad de tener mayor información e incluso capacitación para saber utilizar la póliza, claro dentro de los conceptos cuestionados, el penúltimo (por obvias razones) es rechazado por los médicos.

Questionamientos negativos de los médicos hacia los seguros.

- Las pólizas no deben tener coberturas parciales o limitativas. Actualmente ya existen pólizas en el mercado muy completas que pueden cubrir ciertos padecimientos excluidos claro con ciertas limitaciones, por mencionar algunos tenemos: Plan Magno Plus (SCA) y el Plan Prestigio (GNP).
- No hay suficiente información sobre la utilidad (beneficios) de las pólizas de los seguros, se debe hacer una campaña mayor para dar a conocer los beneficios de este seguro.
- La letra pequeña de las pólizas es considerada como una restricción, ya que en algunos casos son cláusulas muy importantes que no tomamos muy en cuenta.
- Un porcentaje considerable de los médicos encuestados considera que el pago de sus honorarios, que corresponde a los servicios prestados a sus pacientes asegurados se realiza de manera extemporánea por parte de las compañías aseguradoras, cabe hacer mención que ahora las compañías de seguros se esmeran por tratar bien a sus médicos para que así exista una reciprocidad en la atención a los pacientes.
- Se encontró que existe un gran porcentaje de encuestados que perciben que las compañías aseguradoras establecen los honorarios de los médicos con topes que no son los más adecuados al mercado. Opinan que si de ellos

dependiera, no darían el servicio a los pacientes asegurados, por lo que se concluye que hay un grupo considerable de médicos que desconocen el funcionamiento de las pólizas de seguros o que han tenido "experiencias negativas" con las compañías aseguradoras al atender pacientes asegurados. Esto sucede hasta la fecha, ya que en un consultorio particular, por ejemplo un oftalmólogo, no percibe los mismos honorarios cuando atiende a un paciente normal a un paciente asegurado, esto por las tarifas convenidas con la aseguradora.

En referencia a la exploración hospitalaria de 3 hospitales privados (Angeles, ABC, y Español).

- Los hospitales consideran que tienen muy buenas relaciones con las compañías de seguros y que la demanda de servicio se encuentra entre un 40% y 50% de sus clientes.
- Las compañías de seguros de México están ganando un medio muy importante para la venta de seguros de salud, esto al canalizar a sus clientes hacia los hospitales privados, esto por la mejor atención recibida que en un hospital público.
- Los hospitales están dispuestos a colaborar con las instituciones de salud para lograr el bienestar de las partes involucradas en este servicio.

En el siguiente capítulo analizaremos a estos importantes hospitales privados con respecto al pago promedio al hospital, a médicos y los siniestros promedio de cada uno.

6. LA PROBLEMÁTICA DE LOS SEGUROS EN MÉXICO.

Los factores que influyen en la baja penetración del seguro en la economía mexicana, asociados a la demanda y a la oferta de los seguros, son los siguientes:

DEMANDA DE SEGUROS

- La existencia de una mala distribución del ingreso y la riqueza nacional que nos genera una economía difícil en la que la mayoría de la población no puede contratar una protección (un seguro) en cada caso.
- Las deficiencias en el sistema de educación tanto escolar como familiar, donde la poca previsión y prevención de lo que nos puede ocurrir y como prevenirlo.
- La competencia que enfrenta el sector asegurador privado con los sistemas de seguro social que ofrece el país. Los trabajadores de bajos y/o medianos ingresos optan por recurrir a las instituciones públicas que aunque con deficiencias les ofrecen coberturas de gastos médicos y fondos de pensiones.
- Aunque ahora las compañías les preocupa mucho su imagen y hacen lo posible por brindarle al cliente una espléndida atención, pueden existir

casos de deficiencias en la calidad del servicio y en la atención de los siniestros.

OFERTA DE SEGUROS

- Los factores principales son los relacionados con la operación técnica de los seguros, ya que esto influye en los costos del producto. Una base estadística adecuada, ya que depende de las compañías el cobro de primas, y de un plan a otro aunque se ofrezca lo mismo el costo varía en cada compañía.
- Dar una mayor capacitación a los agentes de seguros, ya que es el principal canal de distribución, capacitarlos de tal manera que puedan incrementar más su cartera de asegurados.
- Debe haber una mayor organización en las compañías de tal manera que las personas de cada departamento hagan sus funciones repartidas equitativamente y así mejorar la productividad, para esto debe haber una continua capacitación a los empleados.
- En la actualidad las compañías cuentan con sofisticados equipos de computo que tienen que ser actualizados continuamente para así estar al día en sus operaciones.
- Algunas compañías que presentan problemas financieros, o que simplemente quieren tener un mayor espacio en el mercado tienen que fusionarse ya que no pueden ser financiamiento de otros sectores.
- La situación económica dentro del país influye mucho, tanto en los costos de siniestralidad, así como en el aumento de la inflación.

7. LAS REDES MÉDICAS

Entre los avances que han tenido las compañías de seguros, y en este caso del seguro de GMM*, están las Redes Médicas. Una Red Médica es un *servicio* que proporcionan las aseguradoras como una protección adicional a sus asegurados, esta red cuenta con hospitales, médicos, especialistas, laboratorios, gabinetes de radiología, farmacias, ambulancias y demás prestadores de servicios que brindan al usuario y a sus familiares una atención profesional y oportuna en las principales ciudades del país y en algunas partes del extranjero.

Entendamos este concepto, como una agrupación de médicos de diferentes especialidades que trabajan en conjunto con una compañía aseguradora para atender a quienes estén protegidos por las pólizas de GMM* y/o accidentes personales. También cabe mencionar que la compañía de seguros al momento de celebrarse un contrato con su cliente (asegurado) le indica cuáles son los hospitales que entran en la red que ellos manejan, es decir, los que se encuentran en convenio con ellos para la prestación de servicios, también es bueno mencionar que dependiendo del plan contratado, así serán las jerarquías de los hospitales.

* *Gastos Médicos Mayores*

Los beneficios directos que reciben las personas al pertenecer a una red médica, son los servicios que dependiendo de la póliza contratada serán (indicándose si al momento de contratar el seguro usted se encuentra en la red médica). Por ejemplo, usando la red médica indicada en la póliza, el deducible sufre una reducción, y el coaseguro se elimina, mientras que no usando la red, tanto deducible como coaseguro será el contratado en la carátula de la póliza, también tenemos que en honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesista y honorarios por consultas médicas al usar la red estos gastos no guardan un límite, mientras que al no usarla se respetará el límite indicado en las condiciones en la cual se contrató el seguro, lo mismo pasa con los honorarios de enfermeras, el uso del cuarto y ambulancias. Si el asegurado decide tratar padecimientos en hospitales de categoría superior al contratado, se le hará un cargo adicional al monto del coaseguro contratado. Si usa la red pero se atiende en un hospital de mayor jerarquía a los del plan contratado, se le aplicara (dependiendo de la compañía) un porcentaje adicional al monto del coaseguro contratado.

Para pertenecer a una red medica no existe ningún cobro o comisión pagada a la compañía de seguros, y como mencionamos anteriormente, este servicio depende del tipo de plan contratado y de las opciones que cada compañía ofrezca, ya que hay planes en el mercado donde la inclusión a la red médica es automática, y en otras no.

La diferencia existente entre atenderse en un hospital de red y uno que no lo es, es que en algunas pólizas no se cobra deducible o coaseguro.

En la actualidad las aseguradoras ofrecen las siguientes coberturas generales:

- i. *Gastos diarios en hospital*: son los relativos al costo del cuarto y alimentos y son cubiertos de acuerdo a un límite que se fija previamente en el contrato de seguros.
- ii. *Gastos por intervención quirúrgica*: corresponden a los costos establecidos por el médico cirujano, para remunerar su actividad profesional, así como la actividad de sus ayudantes y los gastos de anestesia, que van en función de los honorarios por la intervención quirúrgica.

En esta cobertura, dependiendo del tipo de seguro, pueden existir límites máximos de pago por parte de la compañía de seguros, mismos que se encuentran dentro de los estándares de los costos médicos de acuerdo a un catálogo de intervenciones quirúrgicas, o bien en ocasiones se puede otorgar sin límites específicos por tipo de cirugía.

- iii. *Gastos por consultas médicas*: gastos cubiertos al médico tratante, ya sea fuera o dentro del hospital con excepción de las consultas post-operatorias.

- iv. *Gastos accesorios de hospitalización:* entre éstos se encuentran los gastos de transfusiones, sueros, medicinas, honorarios de enfermera, transporte terrestre de ambulancia, etc.
- v. *Gastos por estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:* entre estos gastos se encuentran los de laboratorio, electrocardiograma, electroencefalograma, rayos X, etc.
- vi. *Gastos por tratamiento dental:* sólo se cubre en algunas pólizas, restringido a aquellos que resulten a consecuencia de un accidente.

Para que un hospital pueda ser afiliado y pertenecer a una red médica se visita el lugar y si cumple con los requisitos se le contrata, solicitándoles algunos documentos necesarios para establecer el convenio, así como descuento en hospitalización, laboratorio, gabinete y demás servicios que ofrezca.

Los requisitos mínimos que debe cumplir un médico para esta contratado en una red, son los siguientes:

- ✓ Curriculum vitae (resumen)
- ✓ Copia del título profesional (anverso y reverso)
- ✓ Copia de la cédula profesional (anverso y reverso)
- ✓ Copia del certificado de la especialidad y/o sub-especialidad
- ✓ Copia del diploma de la asociación o asociaciones
- ✓ Copia del certificado del consejo y de la recertificación
- ✓ Lista de publicaciones
- ✓ Cargos desempeñados
- ✓ Copia del R.F.C
- ✓ Copia del recibo de honorarios (domicilio fiscal)

Los beneficios que se les otorga a los médicos por pertenecer a una red son el volumen en pacientes que tienen que atender, esto es entre mas pacientes, mayor ganancia para ellos.

8. ¿ QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD CUANDO SE PERTENECE A UNA RED MÉDICA ?.

El asegurado puede hacer uso de la red médica y gozar de los beneficios de Pago directo en casos de internamiento por padecimientos cubiertos por la póliza, o de costos preferenciales pactados con la compañía y el prestador de servicios en padecimientos no cubiertos, y puede seguir cualquiera de las opciones siguientes:

I. *Consulta Externa.*

Para acudir a consulta con un médico especialista de convenio o red, se tienen que tener los datos del médico y solicitar cita, esto de acuerdo con los

hospitales donde los mismos presten sus servicios. Al consultorio el paciente debe llevar consigo su tarjeta de Gastos médicos vigente, para poder gozar del costo preferencial al pagar los honorarios del médico, ya sea por consulta o estudios practicados.

II. Cirugía o tratamiento programado.

Esta opción le evita realizar desembolsos por concepto de hospital y honorarios médicos y lo que se tiene que hacer es llamar a su centro de atención, esto dependiendo a que compañía aseguradora pertenezca y dar los datos del médico de convenio que le atiende, 5 días antes de la fecha programada y la compañía de seguros realizará los trámites de autorización de la cirugía o tratamiento según sea necesario, y en este caso se llega a descontar o anular el deducible y coaseguro contratados.

III. Cirugía o tratamiento no programados.

i. Reclamación por pago directo

Cuando se trate de una urgencia médica, se debe llamar al centro de atención correspondiente en la póliza, esto para orientar respecto a que hospital de convenio más cercano puede acudir.

Al ingresar al hospital, presentar la tarjeta de Gastos Médicos vigente en la administración, un médico revisará su expediente clínico si requiere internamiento mayor a 24 hrs. Y si el padecimiento por el cual es atendido se considera cubierto, el médico dejará una carta de autorización de pago directo por gastos de hospital y honorarios médicos, firmando un pagaré al hospital al momento de ingresar.

❖ Cuando sea utilizado un médico que no sea de convenio:

Se debe acudir a las oficinas de la compañía o llamar al centro de información de la misma y proporcionar los datos del médico coordinador de la red en la ciudad donde se encuentra, esto con 5 días de anticipación, llevando: un informe médico completo, en donde se especifique el diagnóstico pre-definitivo o definitivo, tratamiento o cirugía a realizar, nombre del hospital y el día de internamiento, estudios de laboratorio y/o rayos X practicados y su respectivo diagnóstico, su tarjeta de GMM* y una identificación del asegurado afectado.

❖ Procedimiento de reclamación por reembolso.

Cuando un asegurado se atiende en un hospital donde el convenio con la compañía aseguradora no cuenta con el servicio de pago directo, o cuando por alguna circunstancia este no es autorizado, este trámite de pago deberá realizarse

* Gastos Médicos Mayores

por medio de un reembolso al asegurado, ya que él fue el que incurrió en su momento en los gastos, esto debe hacerse a través de su agente, broker o corredor de seguros directamente en el departamento de siniestros de Gastos Médicos de su compañía a la que corresponde, y para esto deben proporcionar los siguientes documentos:

- a) Presentar la solicitud debidamente contestada y firmada por el asegurado y el médico (aviso de accidente y/o enfermedad).
- b) En cualquier atención hospitalaria, anexas la historia clínica del hospital completa que incluya: antecedentes, padecimiento actual, diagnóstico, resultado de los estudios practicados y el tratamiento realizado. En caso de cirugía presentar hoja del reporte de la sala de operaciones.
- c) Resultados de los estudios practicados (laboratorios, radiografías, ultrasonido tomografías, resonancia magnética, estudio histopatológico, etc).
- d) Original de los comprobantes de gastos erogados (facturas, notas de farmacia con desglose de los medicamentos adquiridos, junto con su receta médica).
- e) En caso de accidente, presentar copia de acta del ministerio público.

Las recomendaciones generales para el reembolso de los gastos médicos son los siguientes:

- Informe(s) médico(s) correspondiente(s) por cada médico que le haya atendido.
- Verificar que todas las preguntas de la solicitud (antes mencionada) sean contestadas con claridad y precisión evitando el omitir datos.
- Si el hospital o el médico expide un recibo por el total de su cuenta, solicite el desglose por cada concepto.
- No se reembolsarán donativos a instituciones de beneficencia.
- En caso de que se trate de una reclamación complementaria, se deberá proporcionar el número de reclamación anterior.

Los documentos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la SHCP* como son: cédula de identificación fiscal, número de factura o recibo, etc.

Es indispensable verificar que la información requerida esté completa, ya que posteriormente será solicitada por la compañía.

En el anexo II se muestran los formatos para el trámite de reclamación de un seguro de GMM*.

* Secretaría de Hacienda y Crédito Público

* Gastos Médicos Mayores

9. ÚLTIMOS AVANCES DEL SECTOR ASEGURADOR AL TÉRMINO DE 1998.

El crecimiento de las aseguradoras en 1998, fue de un 21.5% en términos reales representando el 1.5% del PIB*. Esto fue anunciado en febrero pasado, por la AMIS* y la CNSF*. Esta cifra incluye el ramo de pensiones que sin duda representa ya una fuerte participación en este sector. De no incluirse este ramo el crecimiento real de los seguros sería del 8.5%.

Las primas directas captadas por las aseguradoras que operan en nuestro país ascienden a la cantidad de \$ 57,239 millones de pesos, con un total de reservas técnicas de \$ 65,170 millones de pesos.

Las primas de pensiones son del orden de los \$ 9,000 millones de pesos que representa casi el 16% del total captado, cifra que se incrementará fuertemente en los próximos años de acuerdo con las autoridades de este sector.

Las afianzadoras por su parte contribuyeron con \$ 1,912 millones de pesos, mercado que requiere de una reestructuración y nuevas ideas para su crecimiento.

Por su parte la siniestralidad total tuvo un incremento del orden de los 5 puntos para quedar en el 79.6%. Uno de los ramos más siniestrados es sin duda el de automóviles con 43,210 unidades que es casi el doble de las unidades que fueron robadas en 1994.

La compañía que registró el crecimiento más alto dentro del grupo de las cuatro grandes empresas de seguros fue: *Seguros Inbursa* con 50.1%, mientras que *Seguros Comercial América* fue de 33.04%, *Grupo Nacional Provincial* del 29.19% y *Seguros Monterrey* de tan solo el 7.43%. Las posiciones no variaron, sigue siendo *Seguros Comercial América* del grupo Pulsar la que encabeza la lista de aseguradoras con el mayor volumen de ventas con \$ 13,596 millones de pesos, seguida de *Grupo Nacional Provincial* con \$ 10,505 millones, *Seguros Monterrey* con \$ 4,402 millones e *Inbursa* con \$ 3,984 millones.

Es importante destacar que estas cuatro compañías cuentan con el 60% del total del mercado de las compañías privadas y el 55.7% del total incluyendo las dos empresas gubernamentales las cuales son *Aseguradora Hidalgo* y *Agroasemex*.

La sorpresa en la lista de las que encabezan la tabla de posiciones es sin duda la nueva compañía de pensiones de Bancomer, pues se colocó en el quinto lugar con un total de \$ 2,219 millones de pesos.

* *Producto Interno Bruto*

* *Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros*

* *Comisión Nacional de Seguros y Fianzas*

Las otras cinco compañías se sitúan todas entre el rango de \$ 1,755 millones a \$ 1,318 millones siendo en orden de importancia: *Seguros Tepeyac, Seguros Génesis, Seguros Banamex Aegon, Porvenir GNP de pensiones y Seguros Bancomer*. El total de producción del sector contando las 58 compañías privadas y las 2 del sector gobierno asciende \$57,567 millones de pesos siendo de \$ 4,405 millones de *Agroasemex e Hidalgo*.

Es importante destacar que el crecimiento total por parte de las compañías privadas fue del 42% y del 22.47% en términos reales, el crecimiento del sector gobierno fue del 29.04% y del 11.3% en términos reales, para obtener entre todas un crecimiento total del 40.92% y del 21.54 de tasa real.

CAPÍTULO IV

LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA MÁS RECIENTE DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

En este capítulo analizaremos las últimas estadísticas que se tienen del seguro de *Gastos Médicos Mayores* (individual, grupo y colectivo), mencionando los últimos datos obtenidos a la fecha, es decir, hasta septiembre de 1999.

Cabe mencionar un antecedente importante en la evolución del seguro de GMM sucedido a partir de la autorización a las Instituciones de Seguros la operación del ramo de Accidentes y Enfermedades sucedido en 1934, cuando con fecha 29 de diciembre se modifica el artículo 7 de la Ley General de Instituciones de Seguros, a partir de entonces dicho ramo ha crecido paulatinamente, pero fue hasta 1985 cuando éste empezó a crecer notablemente.

Los antecedentes que se tienen de acuerdo a estadísticas publicadas por la AMIS, son las siguientes:

Hasta septiembre de 1999, 23 compañías operan el seguro de gastos médicos mayores. Y en total 32 compañías operan el Seguro de Accidentes y enfermedades.

A partir de diciembre de 1994, se tienen datos de las compañías: Grupo Nacional Provincial, Seguros Comercial América, Seguros Monterrey Aetna, Seguros Génesis, Seguros Tepeyac y Seguros Inbursa. Mientras que a partir de diciembre de 1996, las siguientes compañías empiezan a tener participación en el mercado de los seguros de Gastos Médicos Mayores: Seguros Atlas, BBV Proburza Seguros, Seguros la Territorial, Aseguradora Hidalgo, Seguros Bancomer, Generalli México, Aseguradora Interacciones, Allianz, La Latinoamericana, AIG México Seguros Interamericana, Seguros Cigna, Chubb de México, Metropolitana Compañía de Seguros, La Peninsular, Banorte - Generalli, Zurich Compañía de Seguros y Seguros Serfin.

Las compañías de seguros que no operan el ramo de Gastos Médicos Mayores son las siguientes: Seguros Banamex Aegon, Seguros Bital, General de Seguros, Seguros Renamex, Seguros del Centro, Liberty México, Seguros El potosi, Geo New York Life y Aseguradora G.B.M. Atlántico.

1. HISTÓRICO DE INDICADORES DE SINIESTRALIDAD DE GMM

En los datos históricos, vamos a analizar a las siguientes compañías:

1. Grupo Nacional Provincial
2. Seguros Comercial América
3. Seguros Monterrey Aetna
4. Seguros Génesis
5. Seguros Tepeyac, y
6. Seguros Inbursa.

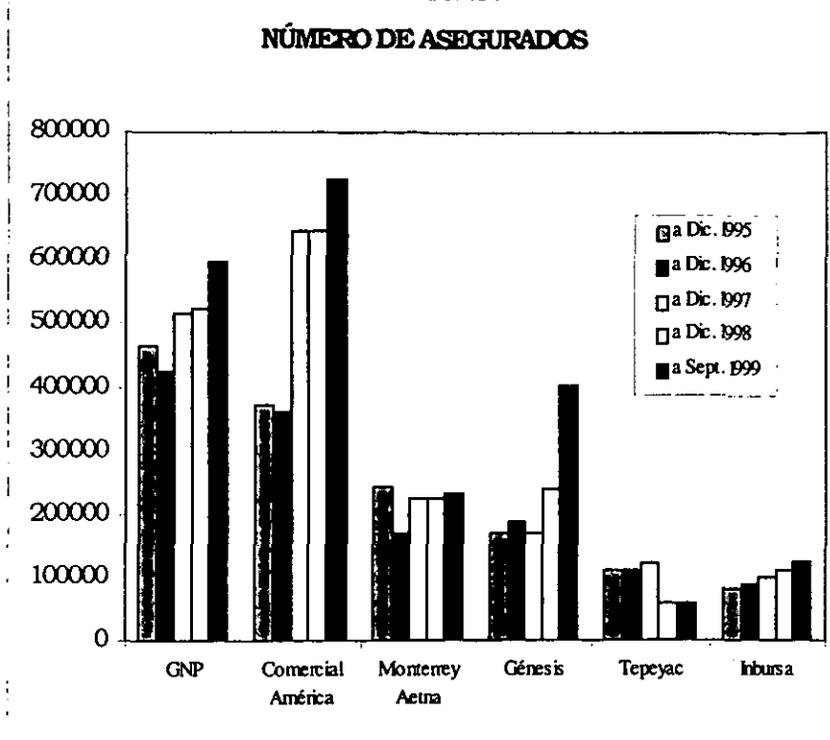
El motivo del análisis de estas compañías de seguros, es por su importancia en el sector asegurador y por ser las que tienen mayor participación en el mercado de los seguros, y en especial en el seguro de GMM*. Estas cifras nos indican el total (individual, grupo y colectivo).

NUMERO DE ASEGURADOS

	aDic 1995	aDic 1996	aDic 1997	aDic 1998	aSept 1999
GNP	465406	425155	514707	522250	598702
Comercial América	370908	360406	648328	648359	725822
Monterrey Aetna	243301	171263	224784	224313	232914
Génesis	168142	187550	168026	238078	401878
Tepeyac	109663	111237	122977	59989	57690
Inbursa	81562	87710	97759	109083	126621

* Gastos Médicos Mayores

En la siguiente gráfica veremos el comportamiento de los últimos 5 años de estas 6 importantes compañías aseguradoras.



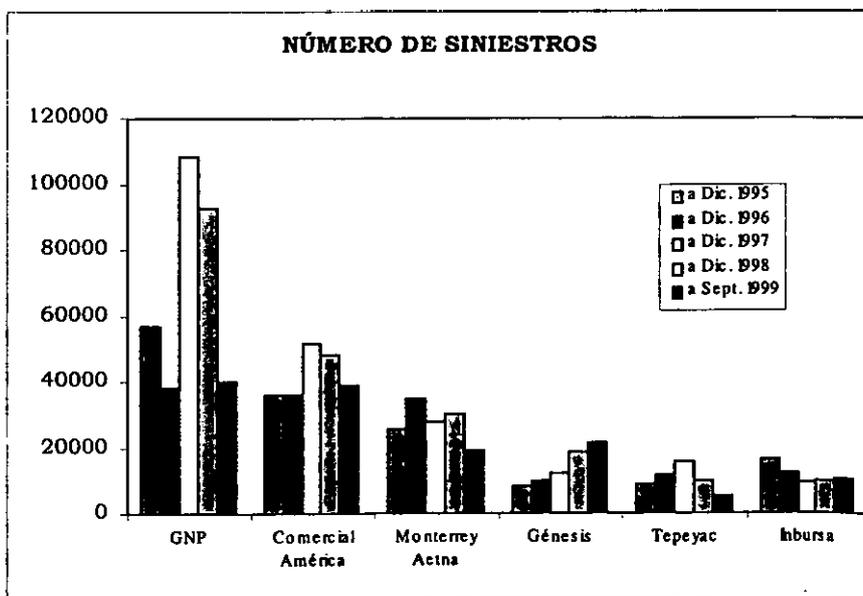
Analizando el crecimiento, podemos observar cifras históricas de crecimiento en lo que a estadísticas tenemos en 1999, la compañía con mayor número de asegurados es Comercial América, Seguros Génesis observa un crecimiento considerable entre 1998 y 1999, mientras que las otras 4 compañías se han mantenido constante a lo largo de estos 5 años, claro observando a las dos compañías más grandes (GNP y SCA) respecto a las de menor cartera de asegurados.

Con respecto al número de siniestros, tenemos la siguiente tabla:

NUMERO DE SINIESTROS

	a Dic. 1995	a Dic. 1996	a Dic. 1997	a Dic. 1998	a Sept. 1999
GNP	56807	38547	108262	92765	39988
<i>Comercial América</i>	35837	35926	51424	48110	39039
<i>Monterrey Aetna</i>	25332	34543	28058	29946	19027
<i>Génesis</i>	8031	10121	12057	18566	21698
<i>Tepeyac</i>	8629	11804	15678	9619	5290
<i>Inbursa</i>	16368	12206	9098	10018	10255

Como podemos observar, la compañía con el mayor número de siniestros es GNP, la que en 1997 y 1998 registró un alto índice, mientras que Comercial América se ha mantenido estable y en los últimos 3 años ha disminuido el número de siniestros, Monterrey Aetna ha disminuido el número de siniestros respecto de 1998, Génesis conforme a los años a aumentado el número de siniestros, de las 2 últimas compañías Tepeyac ha disminuido e Inbursa se ha mantenido constante.

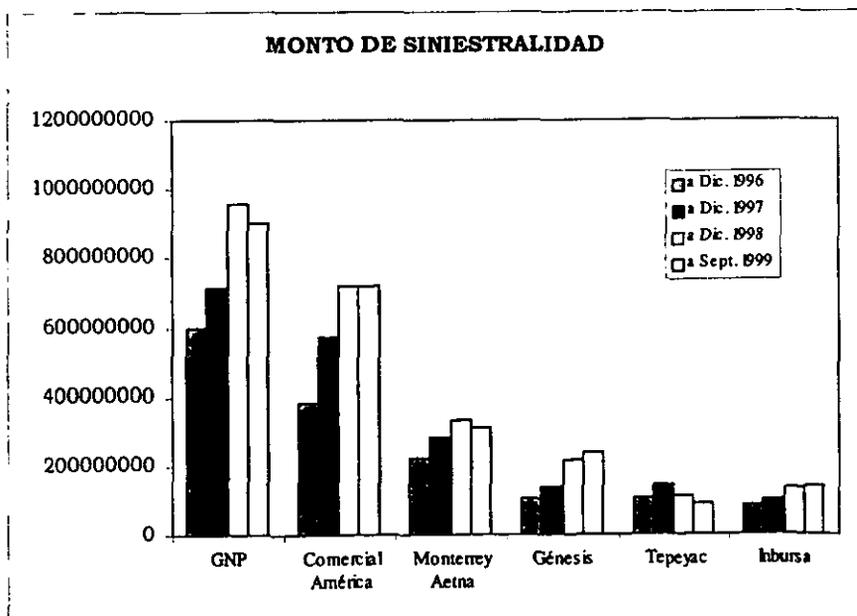


Del monto de siniestralidad, sólo se muestra la información a partir de diciembre de 1996, ya que a los datos de años anteriores no se tuvo acceso.

MONTO DE SINIESTRALIDAD

	a Dic. 1996	a Dic. 1997	a Dic. 1998	a Sept. 1999
GNP	598919602	715815403	957790829	899013907
<i>Comercial América</i>	381384893	571504727	718089332	718689206
<i>Monterrey Aetna</i>	219386661	284217540	333370651	310585776
<i>Génesis</i>	106096278	140981452	213447023	236847112
<i>Tepeyac</i>	107017681	143254219	108517981	87423592
<i>Inbursa</i>	85602726	100197739	134377557	135762904

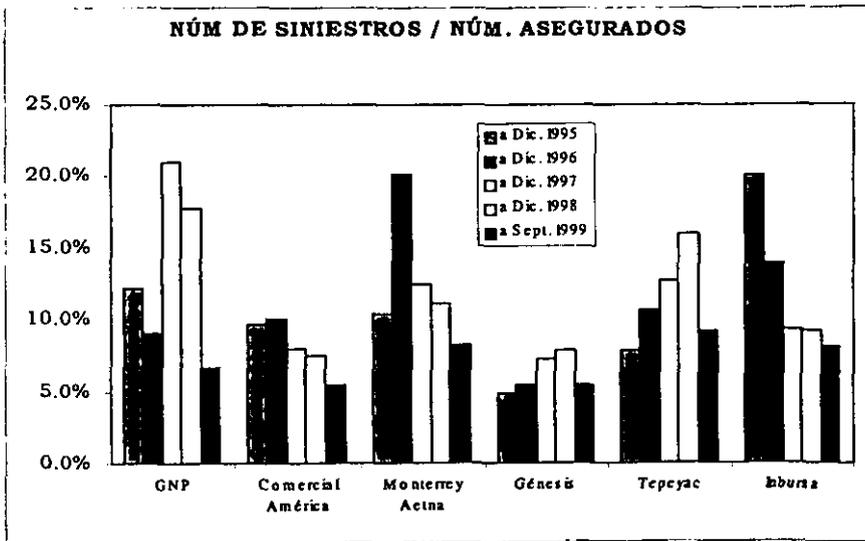
Como en la gráfica anterior de acuerdo al número de siniestros ocurridos, así es el comportamiento del monto de siniestralidad respecto a cada compañía de seguros.



Ahora analizaremos el porcentaje que existe entre el número de siniestros y el número de asegurados.

NUM. DE SINIESTROS / NUM. DE ASEGURADOS.

	a Dic. 1995	a Dic. 1996	a Dic. 1997	a Dic. 1998	a Sept. 1999
GNP	12.2%	9.1%	21.50%	17.8%	6.7%
Comercial América	9.7%	10.0%	8.0%	7.5%	5.4%
Monterrey Aetna	10.4%	20.2%	12.5%	11.1%	8.2%
Génesis	4.8%	5.4%	7.2%	7.8%	5.4%
Tepeyac	7.9%	10.6%	12.7%	16.0%	9.2%
Inbursa	20.1%	13.9%	9.3%	9.2%	8.1%



Este porcentaje nos muestra la relación que existe entre el número de siniestros con respecto al número de asegurados, en 1997 GNP tuvo un alto porcentaje, disminuyendo en años posteriores, Comercial América se ha mantenido, Monterrey Aetna registró un porcentaje elevado en 1996, al igual que Tepeyac en 1998 e Inbursa en 1995, Génesis ha disminuido en 1999.

Es importante mencionar que respecto al *Seguro Individual de Gastos Médicos Mayores*, las compañías que NO operan este seguro son: Aseguradora Hidalgo, Seguros Bancomer, Chubb de México y Zurich, mientras que Seguros Génesis empieza a operar en diciembre de 1996, así como AIG Interamericana dejó de operar en diciembre de 1997 (por manejar números negativos), Seguros Serfin sólo tiene datos hasta diciembre de 1996 y a la fecha no opera este seguro.

Con respecto a las pólizas de grupo y colectivo mencionaremos que el mayor número de asegurados lo tiene Comercial América seguido de GNP, el mayor número de siniestros lo presentó GNP, seguido de Monterrey Aetna y Comercial América, el monto de siniestralidad más alto lo presentó en 1997 Comercial América y el porcentaje más elevado de siniestros / asegurados lo obtuvo GNP, mientras que el más bajo fue para Comercial América.

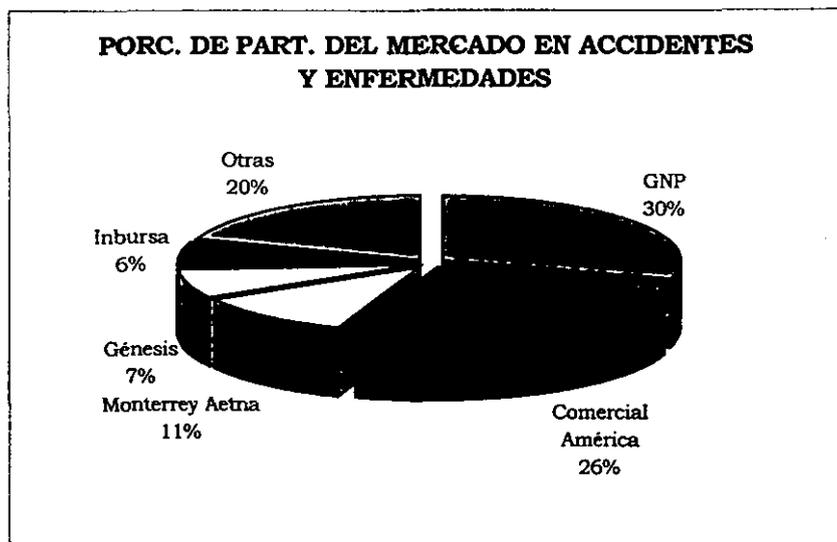
2.- PORCENTAJES DE PARTICIPACIÓN DEL MERCADO

Para el análisis del porcentaje de participación en el mercado, esta información está integrada por las 5 compañías más importantes en el mercado, y son las siguientes: Grupo Nacional Provincial, Seguros Comercial América, Seguros Monterrey Aetna, Seguros Génesis y Seguros Inbursa.

Como sabemos el *Seguro de Accidentes y Enfermedades* cuenta con tres apartados o ramos importantes, los cuales son:

1. Accidentes y Enfermedades.
2. Accidentes Personales.
3. Gastos Médicos Mayores.

Esta información estadística está integrada por el grupo de compañías que representan el 99.01% de *participación del mercado* y como ya mencionamos anteriormente estas cifras son de acuerdo a la información obtenida hasta septiembre de 1999.



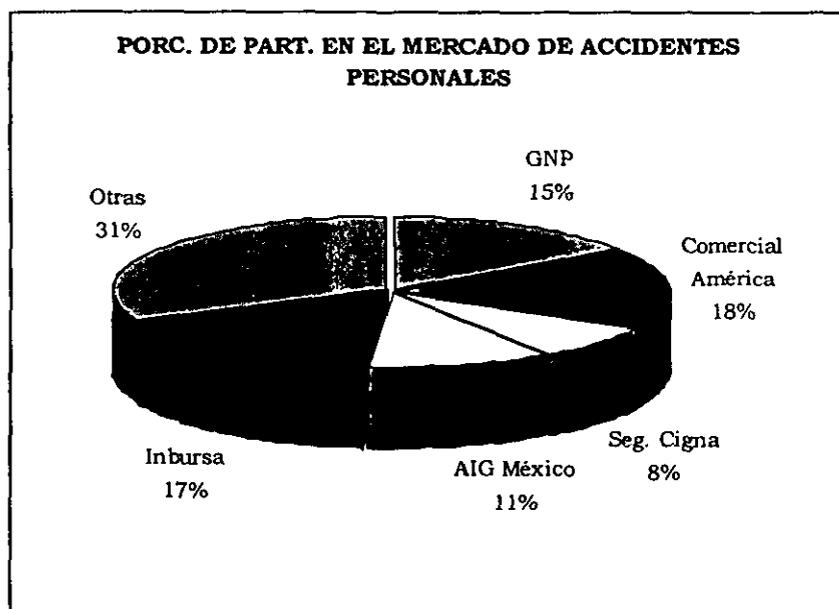
Como podemos observar en la gráfica, Grupo Nacional Provincial tiene el mayor porcentaje de participación en el mercado con respecto al ramo de Accidentes y Enfermedades, aunque seguido muy cerca por Comercial América.

La participación de estas compañías con respecto a 1998 fue:

GNP	30.08%
Comercial América	24.20%
Monterrey Aetna	11.23%

Al analizar estos datos; GNP* tuvo un ligero descenso, al igual que Comercial América, con Seguros Monterrey ocurrió un aumento de menos de un punto porcentual.

Con respecto al ramo de *Accidentes Personales*, la participación del mercado está mostrada en la siguiente gráfica, donde ahora tomamos de acuerdo a los más altos porcentajes a las siguientes compañías

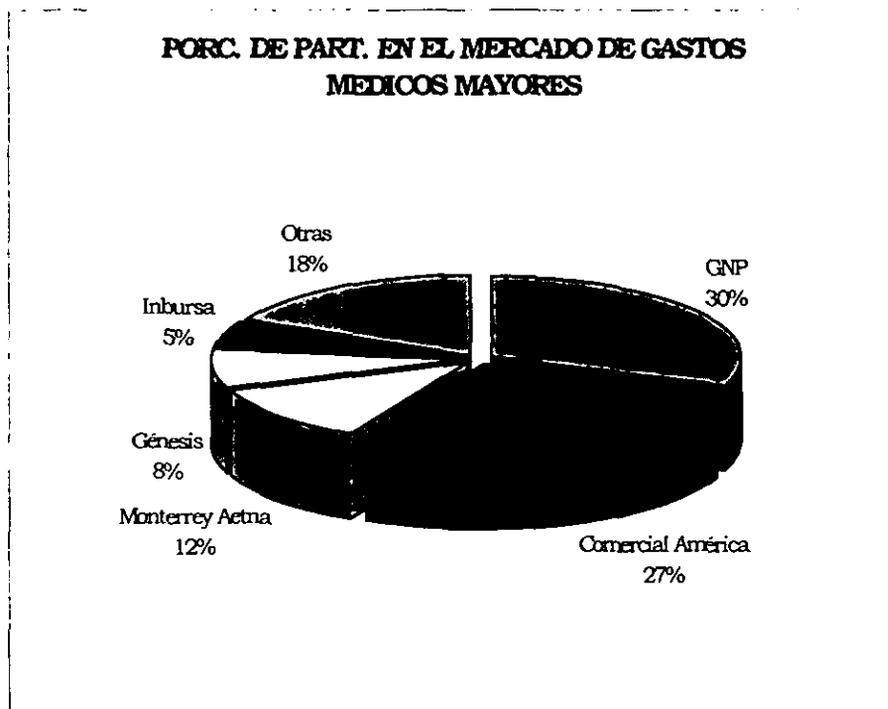


En el caso de *accidentes personales*, la compañía con mayor porcentaje es Comercial América seguida por GNP, y como podemos observar las otras compañías representan porcentaje considerable en éste ramo, mencionando a las de mayor porcentaje de participación:

* Grupo Nacional Provincial

1. Seguros Inbursa	16.56%
2. AIG México, Seguros Interamericana	10.45%
3. Seguros Cigna	7.47%
4. Otras	31.00%

Con respecto al porcentaje de participación en el mercado del ramo de *Gastos Médicos Mayores*, tenemos el siguiente gráfico:



Como observamos en la gráfica GNP* es la empresa con mayor participación en el mercado de *Gastos Médicos Mayores*, seguido por Comercial América, podemos decir que juntas tienen más de la mitad del mercado en gastos médicos, aunque Seguros Monterrey, Génesis e Inbursa también participan aunque con un menor porcentaje en el mercado.

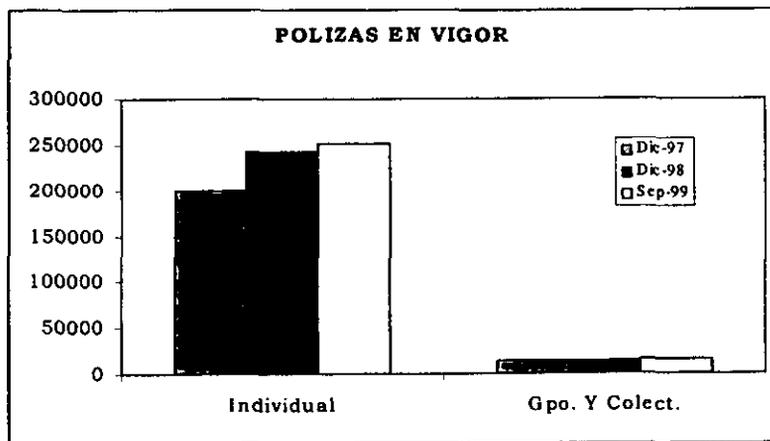
* Grupo Nacional Provincial

3.-INDICADORES DE GASTOS MEDICOS MAYORES (Individual, Grupo y Colectivo).

Analizaremos los datos obtenidos a Diciembre de 1997, Diciembre de 1998, y las ultimas cifras históricas a Septiembre de 1999, en lo que al seguro de gastos médicos mayores hace referencia, en sus apartados *Individual, Grupo y Colectivo*.

✓ NUMERO DE POLIZAS EN VIGOR

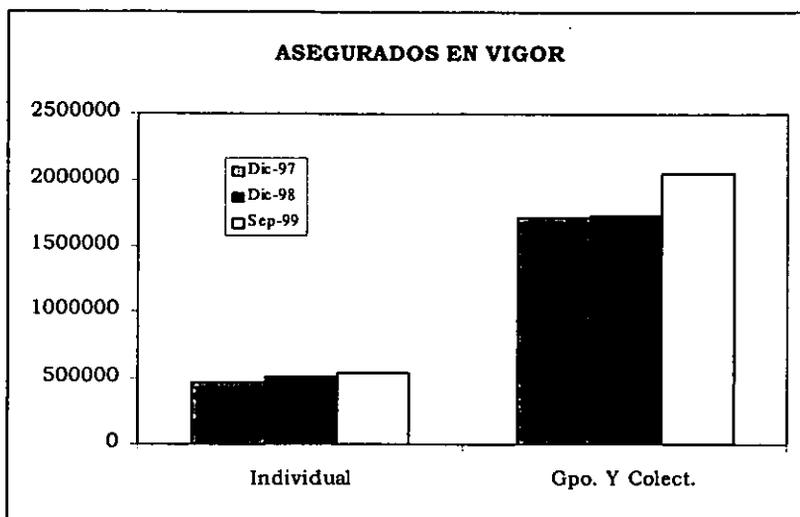
	Dic-97	Dic-98	Sep-99
Individual	199776	242832	252179
Gpo. Y Colect.	13308	13845	14763
GMM (Total)	213084	256677	266942



Como podemos observar las tendencias de crecimiento del seguro de GMM en el apartado individual es creciente, de diciembre de 1997 a diciembre de 1998 hay un crecimiento considerable así como al tercer trimestre de 1999, mientras que en Grupo y Colectivo, la tendencia es más estable, esto debido a que las personas prefieren comprar un seguro de GMM de forma individual para así ellos adecuarlo a sus necesidades, que estar dentro de una colectividad y tal vez limitado en coberturas.

✓ NUMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR

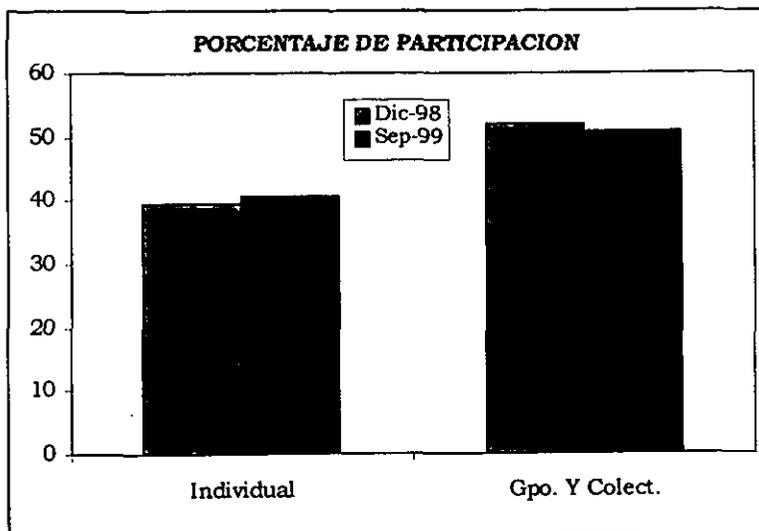
	Dic-97	Dic-98	Sep-99
Individual	474460	522466	550294
Gpo. Y Colect.	1703642	1729287	2046179
GMM (Total)	2188102	2251753	2596473



En esta gráfica se muestra un mayor número de asegurados en el apartado Grupo y Colectivo, ya que como vimos en la gráfica anterior existen más pólizas de GMM individual por que son emitidas para una sola persona, pero las pólizas de GMM grupo y colectivo son menores ya que dentro de éstas se encuentran más asegurados cubiertos dentro de una misma póliza.

✓ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN.

	Dic-98	Sep-99
Individual	39.58	40.59
Gpo. Y Colect.	51.93	50.89
GMM (Total)	91.51	91.47

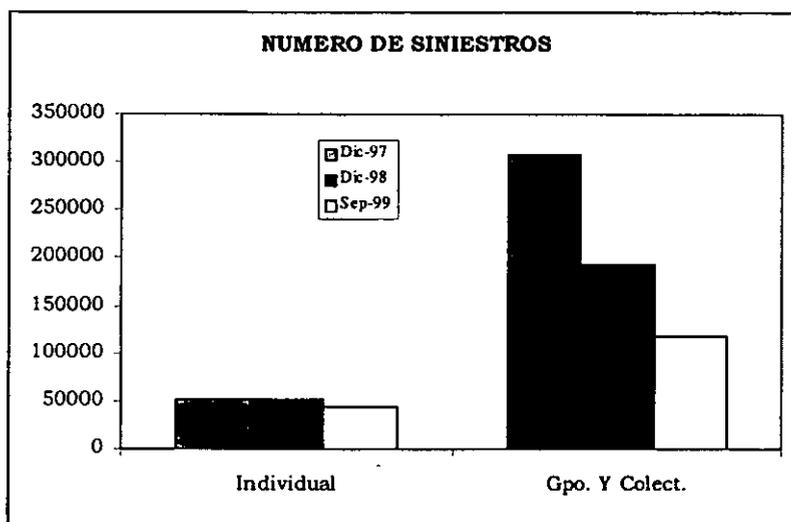


Esta gráfica nos muestra el incremento tanto en el ramo individual como en el grupo y colectivo del seguro de GMM*, esta gráfica es similar al aumento de asegurados.

* Gastos Médicos Mayores

✓ NÚMERO DE SINIESTROS

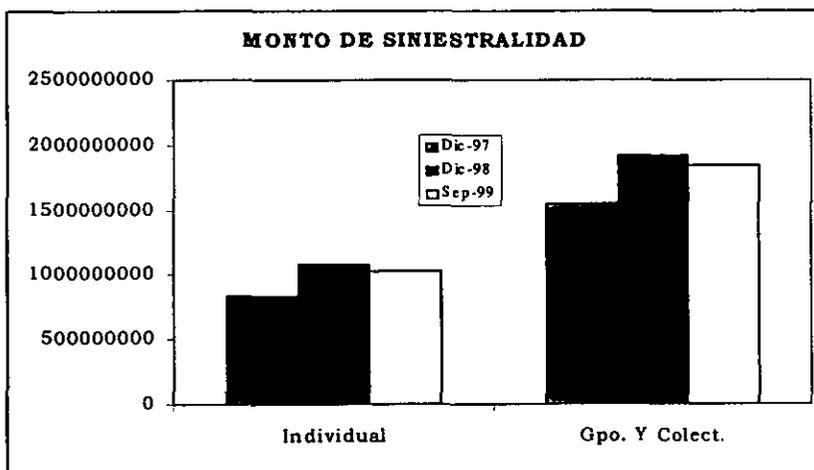
	Dic-97	Dic-98	Sep-99
Individual	52277	52343	43278
Gpo. Y Colect.	307065	193338	119232
GMM (Total)	359342	245681	162510



Como podemos observar el número de siniestros es mayor en los seguros de Grupo y Colectivo, ya que aquí como se encuentran dentro de una misma póliza varios asegurados, la probabilidad de que alguno de ellos tenga algún siniestro es del 99%, es por ello que presenta más alta siniestralidad respecto al seguro individual, aunque como observamos ha disminuido considerablemente de las cifras de diciembre de 1997 a la fecha.

✓ MONTO DE SINIESTRALIDAD

	Dic-97	Dic-98	Sep-99
Individual	833192674	1085382284	1033470835
Gpo. Y Colect.	1540280682	1921861695	1837628330
GMM (Total)	2373473356	3007243980	2871099165



Estas cifras nos reflejan los números de siniestros en los dos importantes ramos del seguro de GMM* en los últimos tres años.

* Gastos Médicos Mayores

4.- INDICADORES DE SINIESTRALIDAD EN HOSPITALES*.

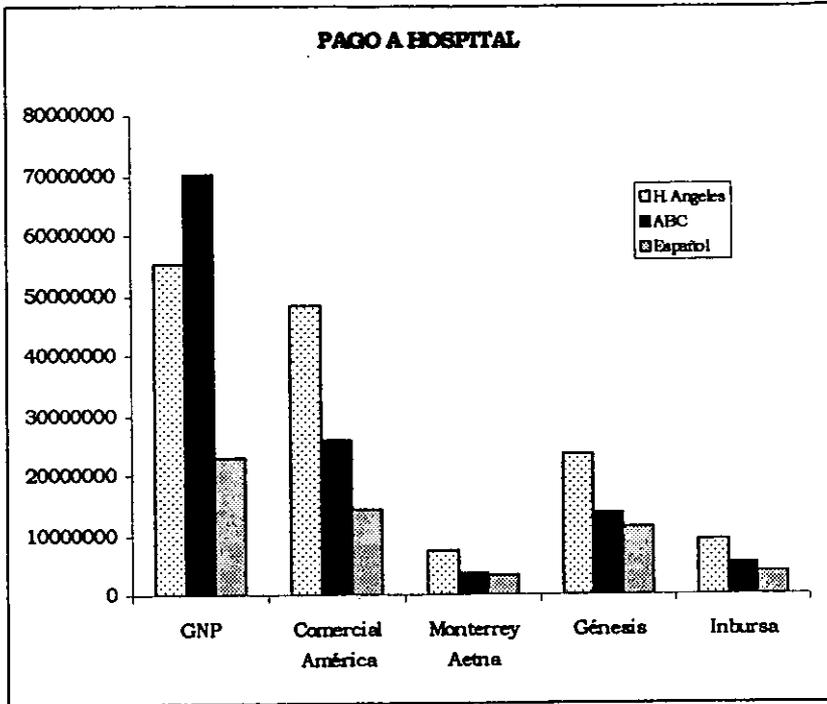
Como se mencionó en el capítulo anterior en este apartado vamos a analizar a estos importantes hospitales:

1. *Hospital Angeles del Pedregal*
2. *Hospital ABC*
3. *Hospital Español*

En la tabla siguiente se encuentran los datos que corresponden al *pago de hospital* que las compañías hicieron a los hospitales que analizamos:

	<i>H Angeles</i>	<i>ABC</i>	<i>Español</i>
<i>GNP</i>			
<i>Comercial América</i>	48217853	26048529	14281807
<i>Monterrey Aetna</i>	7483923	3712819	3140677
<i>Génesis</i>	23455155	13757649	11213375
<i>Inbursa</i>	9329588	5294301	3737669

* Últimas cifras históricas hasta septiembre de 1999.

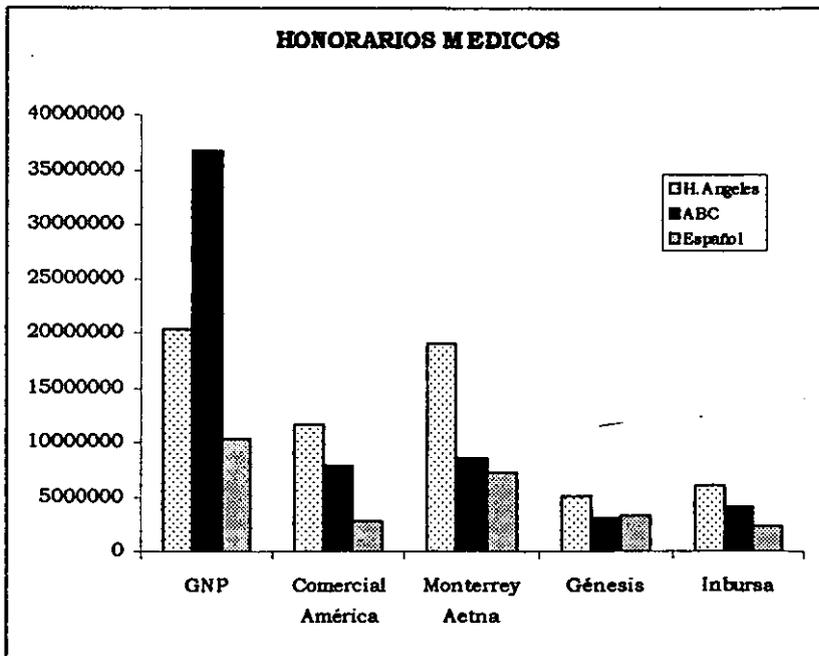


En la gráfica observamos que los pagos más elevados los realizó Grupo Nacional Provincial en los tres hospitales privados que estamos analizando, esta tendencia se debe a que GNP maneja planes de seguros de GMM* que tienen convenio con los hospitales privados más caros, como los que estamos analizando.

* Gastos Médicos Mayores

La siguiente tabla nos muestra el pago de honorarios médicos en los hospitales que analizamos respecto de las compañías aseguradoras antes mencionadas.

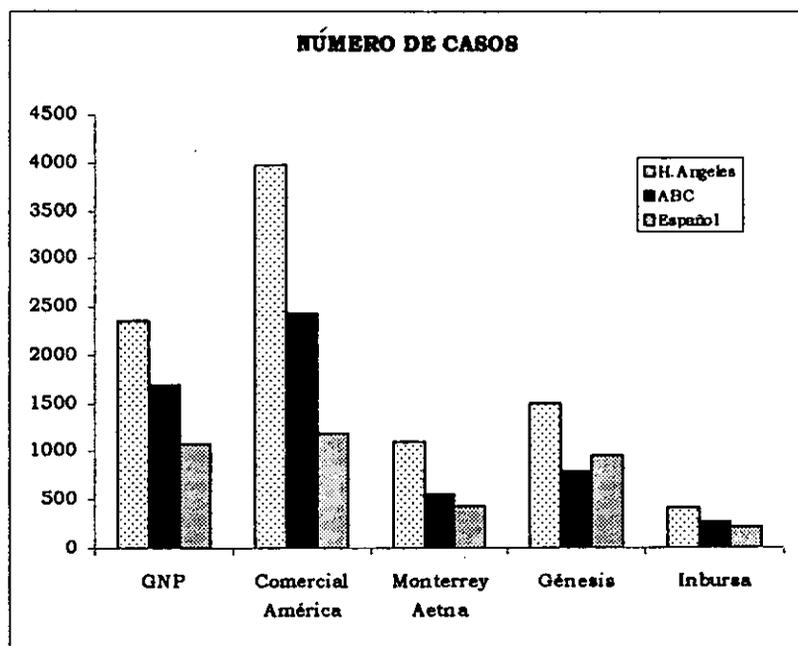
	H. Angeles	ABC	Español
GNP	20277987	36657091	10270978
Comercial América	11713258	7919269	2711473
Monterrey Aetna	19053472	8558860	7281009
Génesis	5053649	3181763	3336886
Inbursa	6049471	4057158	2355732



Observamos que el comportamiento es similar, de nuevo GNP realizó los pagos de honorarios más elevados.

Por último mostraremos el *número de casos* que presentan las compañías aseguradoras respecto a estos hospitales.

	H. Angeles	ABC	Español
GNP	2359	1691	1088
Comercial América	3976	2433	1191
Monterrey Aetna	1105	556	427
Génesis	1495	798	959
Inbursa	421	276	220



De acuerdo a la gráfica el Hospital Angeles presenta el mayor número de casos de las 5 compañías analizadas, esto debido a que los asegurados al tener opciones eligen al hospital que creen tiene el mayor prestigio y por ende el mejor servicio.

CONCLUSIONES

El objetivo primordial de este trabajo fue dar a conocer el seguro de GMM, seguro privado tan importante y que ocupa un porcentaje considerable en la industria aseguradora: " *El Seguro de Gastos Médicos Mayores* " (GMM), este seguro que es parte fundamental del Seguro de Accidentes y enfermedades, y que representa una considerable presencia en el mercado como analizamos a lo largo del trabajo, el seguro de GMM con el transcurso de los años ha ido creciendo paulatinamente y más aún desde que se le conoce y llama como tal, ya que antes se encontraba dentro del grupo de accidentes y enfermedades sin tener su propio apartado, desde entonces ha tenido una tendencia creciente y donde cada vez más personas y empresas contratan sus diferentes planes que están disponibles en el mercado y que como sabemos cada compañía aseguradora ofrece a sus asegurados diversos tipos y/o planes de seguros, estos van desde: seguro individual, grupo o colectivo de acuerdo a las necesidades de cada asegurado y su familia, es importante mencionar que debemos saber que es lo que nos conviene al contratar un seguro, tener en cuenta las necesidades primordiales y cuales no lo son tanto para así escoger un plan adecuado a las necesidades y obtener un ahorro al seleccionar adecuadamente el seguro. Un dato importante que no debemos dejar pasar es mencionar que un seguro de grupo es más barato que un seguro colectivo, ya que como indicamos en el capítulo II, la forma de cotización individual es más cara, esto por los gastos originados al emitir una póliza para una sola persona, que emitir únicamente una póliza para un determinado grupo de personas.

Aunque este seguro no es accesible para todas las personas (por su costo elevado) y por que es más difícil contratarse en un seguro individual que en un colectivo o grupo, ya que de acuerdo al número de personas a asegurar el costo varía en el pago de primas, las personas que tienen opción o posibilidades de adquirirlo realmente adquieren una magnífica protección, tanto para el asegurado principal, como para sus dependientes económicos, ya que les brinda bienestar y tranquilidad en caso de enfrentarse a los fuertes problemas económicos de los gastos derivados de un accidente o enfermedad grave, además es muy practico contratarlo para cubrir padecimientos en condiciones normales como puede ser embarazo, cirugía, etc.

Cabe mencionar que el costo de los seguros médicos depende del sexo, edad, cobertura solicitada, estado actual de salud, número de personas a asegurar, profesión, país de residencia y el deducible seleccionado, en ciertos planes de seguros de gastos médicos entre más bajo sea el deducible más caro es el plan a contratar, el coaseguro más adecuado por lo general es del 20%, aunque como vimos en los comparativos de condiciones generales existen compañías

aseguradoras que dan opción a escogerlo. La mayoría de los seguros médicos no cubre chequeos de rutina y hay una tarifa estándar que los médicos pueden cobrar a los pacientes pertenecientes a la red médica.

Además si el asegurado necesita una mayor protección y desea beneficios adicionales, las compañías más importantes en la venta de este seguro ofrecen servicios asistenciales en el extranjero, donde este beneficio incluye servicios de asistencia en gran parte del mundo que va desde la localización de equipajes extraviados hasta contar con un médico que hable español mientras el asegurado o alguno de sus familiares se encuentran en el extranjero, también hay cobertura de accidentes personales ofreciendo a sus asegurados sumas parciales por pérdidas orgánicas o por muerte accidental, existe también una cobertura de accidentes aéreos en caso de fallecimiento a consecuencia de un accidente durante un viaje aéreo, también se dispone de una cobertura de gastos funerarios esto para ayudar a los familiares del asegurado para solventar los gastos ocasionados por fallecimiento, entre otras diferentes coberturas o beneficios adicionales que se pueden contratar. También existen beneficios de contratación opcional como: dinero en efectivo mientras se encuentre en el hospital, incremento de honorarios quirúrgicos pagando una suma adicional o una extensión de cobertura de aseguramiento por 5 años para los asegurados dependientes sin ningún pago de primas en ese tiempo.

Lo último en el Seguro de Gastos Médicos Mayores como vimos son las llamadas "Redes Médicas", donde las compañías crean su propio convenio con médicos y hospitales, y ofrecen servicios pasando por un control estricto para la elección de los mismos, ya que lo que ofrecen a sus usuarios tiene que ser un producto de calidad y por lo tanto minuciosamente seleccionado. De experiencias recabadas con médicos que tienen un tiempo brindando atención a asegurados comentaron que no es muy conveniente para ellos atender a pacientes con un seguro de gastos médicos, sobre todo especialistas que pueden cobrar hasta \$1000.00 por consulta ya que tienen que adaptarse sobre todo a las condiciones de pago convenidas con la compañía aseguradora, por lo que en la actualidad las aseguradoras han creado sus redes médicas ideando mejores convenios con hospitales y médicos ofreciéndoles un atractivo plan de trabajo sobre todo para tener calidad en la atención a sus asegurados y conservar una buena relación con sus prestadores de servicios (médicos y hospitales). Como explicamos en el capítulo III aún no todos los planes que se encuentran en el mercado cuentan con la opción de red médica, pero cuando se cuenta con este beneficio es muy recomendable utilizarlo, ya sea por que los costos son menores o por los beneficios inmediatos y prácticos que ofrecen.

Este Seguro de Gastos Médicos Mayores tiene una cartera importante en los seguros de salud, y su tendencia de crecimiento es amplia a futuro, ya que día a día y gracias a la competencia que existe entre las diversas compañías aseguradoras que ofrecen este seguro, van teniendo innovaciones más novedosas

para beneficio de sus asegurados. De acuerdo a las tendencias actuales, cada vez más compañías aseguradoras están operando dicho seguro ya que esto les representa importantes ventas y cartera de clientes. En ésta importante tarea el actuario tiene una participación fundamental en el análisis de los planes de seguros y su comercialización.

Una parte fundamental que ocupa la elaboración de esta tesis, son las estadísticas recabadas hasta últimas fechas (septiembre de 1999) del seguro de GMM, en ella analizamos el comportamiento que tienen en el mercado las cinco grandes compañías que operan el seguro de gastos médicos mayores, observamos los indicadores de siniestralidad que tiene cada una de ellas, el porcentaje de participación en el mercado, así como los indicadores de siniestralidad en los hospitales en convenio con las aseguradoras. También brevemente mostramos los indicadores de GMM en sus ramos: individual, grupo y colectivo., entre otras estadísticas de comportamiento importantes.

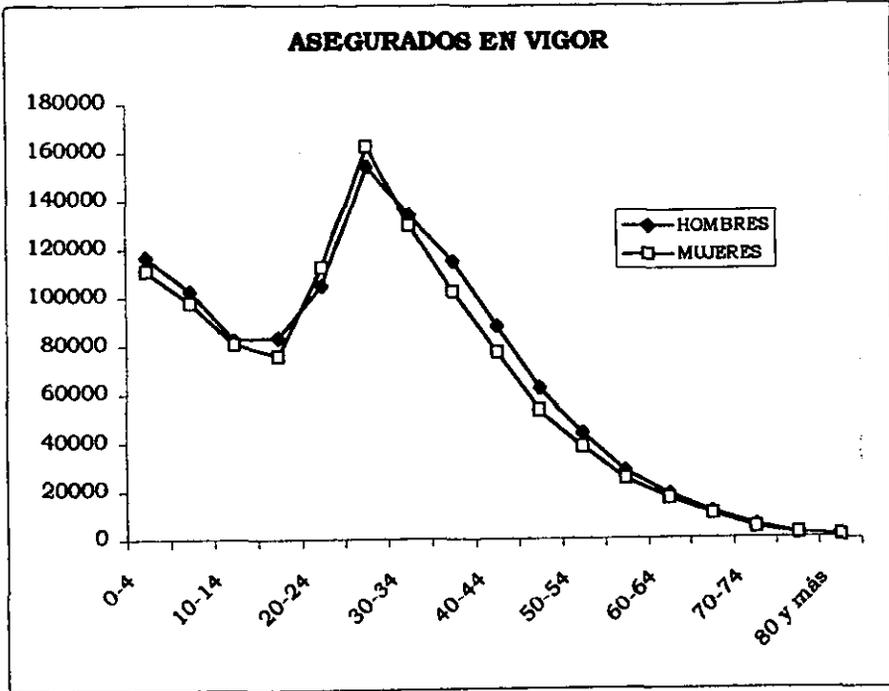
Pero que hay de los gastos "menores", que no son considerados dentro de estas pólizas, en este momento en casi todos los planes de seguros de gastos médicos no son tomados en cuenta, aunque las compañías aseguradoras con más presencia en el mercado están introduciendo nuevos conceptos en servicios de salud que cubran riesgos menores que no entran dentro de las coberturas de un seguro de gastos médicos mayores, y en los que obviamente el pago por estos servicios es más accesible. Sólo se hace una mención especial y breve ya que este tema merece una investigación profunda que pueda dar origen a un trabajo de tesis posterior.

ANEXO I.- EL SEGURO DIRECTO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SINIESTRALIDAD RECLAMADA POR TIPO DE PLAN, ENTIDAD, RANGO DE EDAD Y SEXO.

Estas cifras nos representan a todos los tipos de planes que operan en el mercado de GMM.

NÚMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR			
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	116429	110622	227051
5-9	102470	97337	199807
10-14	82833	80534	163367
15-19	83245	75808	159053
20-24	105327	112729	218056
25-29			317000
30-34	133934	129693	263627
35-39	114958	102778	217736
40-44	88326	77384	165710
45-49	62626	53469	116095
50-54	43944	38744	82688
55-59	28388	24680	53068
60-64	18658	16458	35116
65-69	10683	9790	20473
70-74	4607	4021	8628
75-79	1636	1420	3056
80 y más	740	482	1222
TOTAL	1152983	1098770	2251753

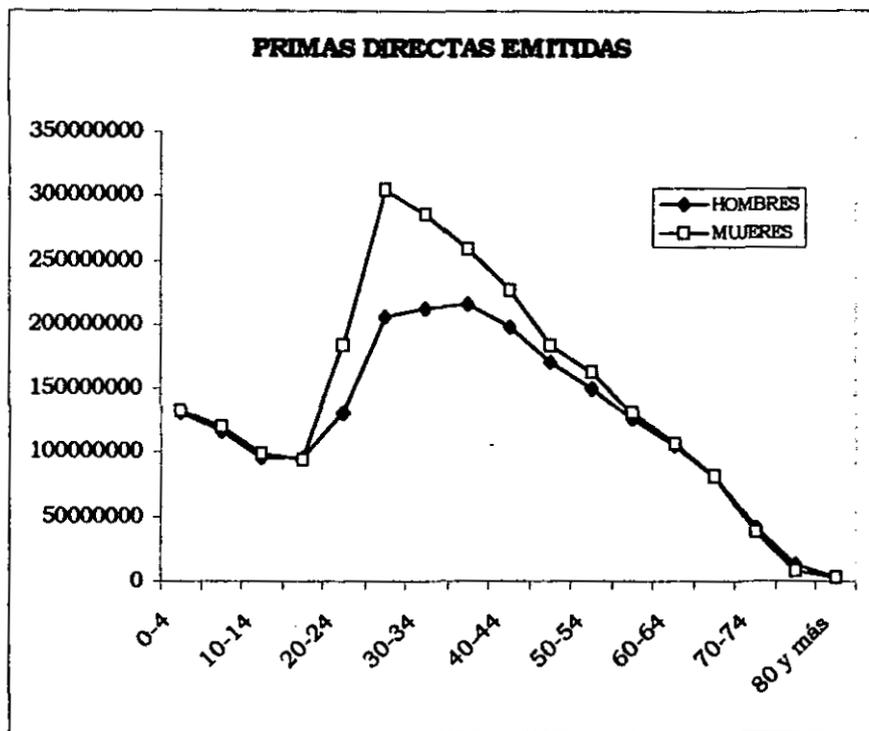
Observamos que la edad con mayor número de asegurados tanto en hombres como mujeres se encuentra entre las edades 25-29. A esto podemos agregar que por diversos motivos son las edades en que las personas tienen la oportunidad de contratar un seguro debido a la preocupación de su salud y de la de su familia, ya sea por medio de la compañía en que presten sus servicios, o por que su solvencia económica es buena, entre otras circunstancias.



Respecto a las primas directas emitidas, tenemos los siguientes datos:

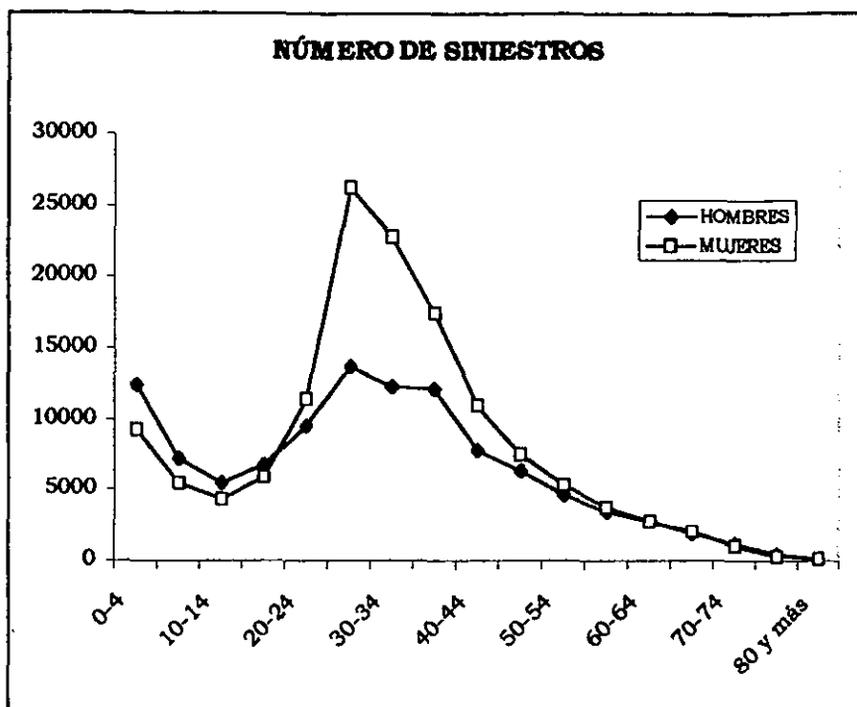
PRIMAS DIRECTAS EMITIDAS			
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	130413620	132304016	262717636
5-9	116113626	120570652	236684278
10-14	95435009	98816865	194251874
15-19	95188030	94743686	189931716
20-24	130983036	184200273	315183309
25-29	206313798		511080536
30-34	212649060	286298377	498947437
35-39		258909033	475124953
40-44	197722430	227694560	425416990
45-49	171619167	183362923	354982090
50-54	149525700	162587030	312112730
55-59	126175061	130381353	256556414
60-64	105196671	107828662	213025333
65-69	81457730	82019780	163477510
70-74	41701217	38013195	79714412
75-79	12347747	8133952	20481699
80 y más	3401290	2711341	6112631
TOTAL	2,092,459,112	2,423,342,436	4,515,801,548

Y como consecuencia del número de asegurados en vigor, el comportamiento de primas directas se encuentra también entre los mismos rangos antes mencionados.



Presentamos la siniestralidad reclamada por rango de edad y sexo.

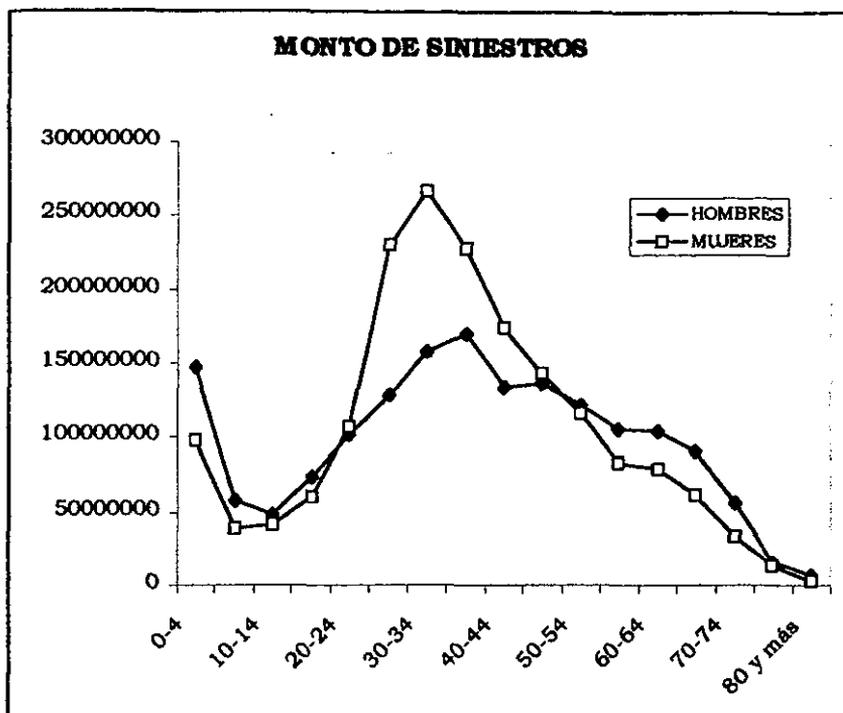
NÚMERO DE SINIESTROS			
<i>EDAD</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>	<i>TOTAL</i>
0-4	12439	9213	21652
5-9	7238	5505	12743
10-14	5455	4344	9799
15-19	6766	5900	12666
20-24	9503	11356	20859
25-29			40077
30-34	12262	22858	35120
35-39	12090	17490	29580
40-44	7832	10976	18808
45-49	6308	7534	13842
50-54	4639	5325	9964
55-59	3506	3680	7186
60-64	2780	2720	5500
65-69	1864	1949	3813
70-74	1086	950	2036
75-79	414	305	719
80 y más	184	107	291
TOTAL	108128	136529	244655



En la gráfica anterior podemos observar que en mujeres, específicamente entre las edades 25-29 años se presenta el mayor número de siniestros ocurridos, en hombres también el mayor número de siniestros está entre esas edades, pero en un porcentaje casi 50% menor a los siniestros ocurridos en mujeres.

Con respecto al *monto de siniestros*, tenemos los datos siguientes:

MONTO DE SINIESTROS			
<i>EDAD</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>	<i>TOTAL</i>
0-4	147436677	97281194	244717871
5-9	57346912	38704648	96051560
10-14	48275898	41635091	89910989
15-19	73311830	60329716	133641546
20-24	102020748	106650481	208671229
25-29	128175692	229798092	357973784
30-34	158018939		425188560
35-39		227456782	397615610
40-44	134301010	173529774	307830784
45-49	135960227	143297405	279257632
50-54	122191003	116378345	238569348
55-59	105988511	83043973	189032484
60-64	104661350	79436588	184097938
65-69	91495957	61193994	152689951
70-74	55971109	33561638	89532747
75-79	15514732	12784657	28299389
80 y más	6909970	2612045	9522015
TOTAL	1657739393	1774864044	3432603437

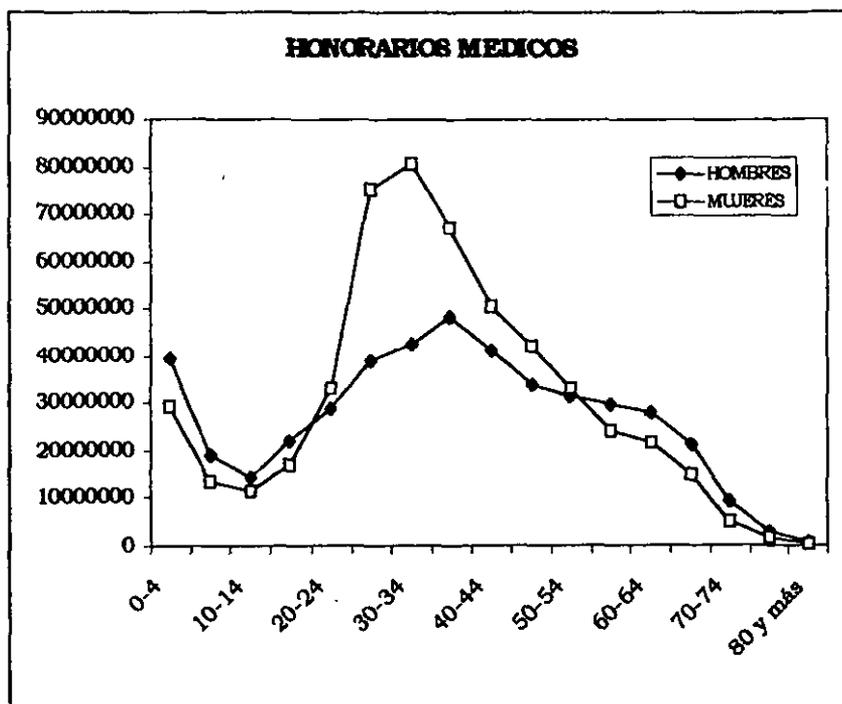


El monto de siniestros en hombres se encuentra en el rango 35-39, mientras que el rango 30-34 fue el que obtuvo el más alto monto de siniestros en mujeres, esto sucede por la frecuencia en el uso del seguro, y una forma podría ser la atención de embarazos para mujeres aseguradas y en el caso de los hombres hablamos de sus esposas y/o hijos que utilicen los beneficios del mismo.

Respecto a *honorarios médicos* por edad y sexo, tenemos los siguientes datos:

HONORARIOS MÉDICOS			
<i>EDAD</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>	<i>TOTAL</i>
0-4	39393534	29205708	68599242
5-9	19187829	13390558	32578387
10-14	14338783	11336112	25674895
15-19	22011702	17000155	39011857
20-24	28967949	33091503	62059452
25-29	38864293	75115622	113979915
30-34	42402961		123092199
35-39		66913757	115449087
40-44	41247635	50443460	91691095
45-49	33863075	41911072	75774147
50-54	31253890	33200130	64454020
55-59	29699310	24073757	53773067
60-64	28002284	21744143	49746427
65-69	21205884	15028953	36234837
70-74	9399086	5141417	14540503
75-79	2828857	1880760	4709617
80 y más	1035663	471559	1507222
TOTAL	452238065	520637904	972875969

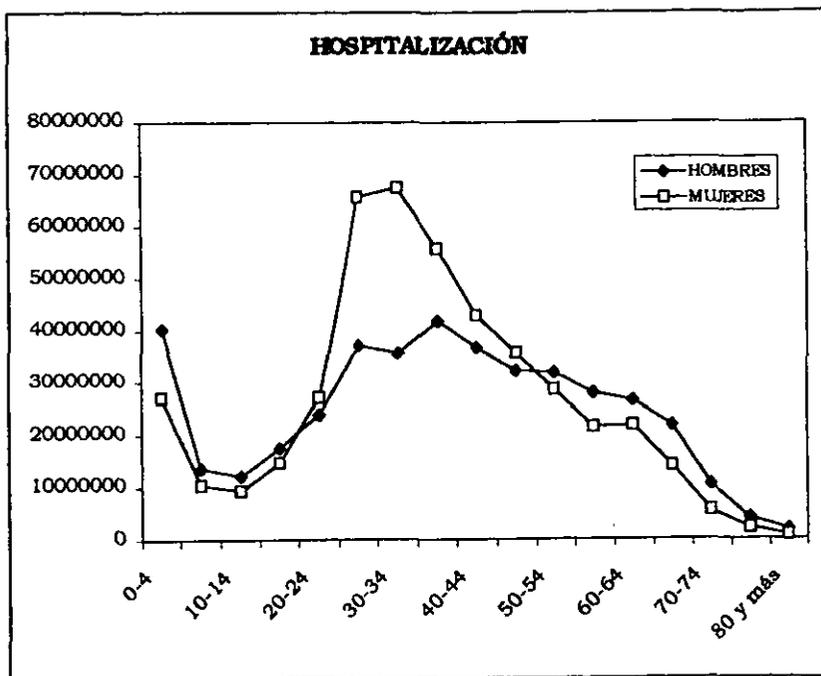
El comportamiento de las gráficas de monto de siniestros y honorarios médicos es similar, ya que los rangos de edades fueron los mismos y por lo tanto así también es el comportamiento.



Respecto a los gastos de hospitalización, los datos son los siguientes:

HOSPITALIZACIÓN			
<i>EDAD</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>	<i>TOTAL</i>
0-4	40302027	27085861	67387888
5-9	13662999	10512301	24175300
10-14	12271072	9159014	21430086
15-19	17606793	14540750	32147543
20-24	24033698	27220966	51254664
25-29	37182313	65806591	102988904
30-34	35719305	67626370	103346175
35-39	41807762	55849287	97657049
40-44	36649462	42909801	79559263
45-49	31977446	35794453	67771899
50-54	31770396	28636545	60406941
55-59	28022793	21500802	49523595
60-64	26319938	21941705	48261643
65-69	21801391	13806457	35607848
70-74	10515250	5529719	16044969
75-79	4064424	1995785	6060209
80 y más	1963609	653503	2617112
TOTAL	415670678	450570410	866241088

Como podemos observar los gastos de hospitalización son mayores en mujeres y en particular en el rango 30-34, que como hemos mencionado anteriormente es debido a la utilización del seguro por concepto de maternidad muy frecuentemente a esa edad.



El seguro de Gastos Médicos Mayores: su restructuración y sus últimos avances.

En las tablas que a continuación se exhiben, muestran el seguro directo de GMM por entidad y tipo de plan.

ENTIDAD	Pólizas en Vigor	Número de Aseg. en Vigor	Primas Directas Emitidas	Suma Asegurada
Aguascalientes	641	3714	5045177	2016152090
Baja California Norte	4002	27825	50329773	22228586470
Baja California Sur	90	618	1520997	542447942
Campeche	80	296	528194	194434754
Coahuila	2794	11278	28269556	13461005041
Colima	306	839	1796556	584695555
Chiapas	227	838	1714424	397581957
Chihuahua	4815	133320	98831150	38771116172
Distrito Federal	65277	1322942	2310436058	7,093,66E+11
Durango	306	1461	2402174	1645131484
Guanajuato	3702	16846	27418541	13219122364
Herrero	439	1570	3403014	951318052
Hidalgo	329	1467	3739234	1098121242
Jalisco	18185	93110	163246776	70301103710
México	5422	73124	126842828	87185648166
Michoacán	961	5516	7547427	2856286376
Morelos	2888	18974	43838901	13314214879
Nayarit	193	531	1097682	324738600
Nuevo León	35998	296900	533036867	1.63568E+11
Oaxaca	113	2094	2295443	969176840
Puebla	4752	36904	51242362	19377412609
Querétaro	1338	9383	15045946	3648826603
Quintana Roo	520	4029	6353497	2274251293
San Luis Potosí	836	3981	7138465	2137650381
Sinaloa	1266	7058	10701133	5192731772
Sonora	7421	54128	80257528	37029689185
Tabasco	1298	4629	10377534	5322939602
Tamaulipas	2900	24577	38377597	14606449008
Tlaxcala	47	1092	1185823	312330758
Veracruz	1494	5492	11870319	7536331273
Yucatán	4358	23201	33917815	17865857308
Zacatecas	88	365	617050	192829985
Extranjero	0	0	0	0
TOTAL	213,086	2,188,102	3,680,425,841	1,258,491,471,696

Estas cifras están dadas en miles de pesos y representan los datos por entidad federativa en nuestro país hasta diciembre de 1997, ya que las últimas estadísticas aún no están disponibles para consulta.

La siguiente tabla nos muestra la siniestralidad por entidad y tipo de plan del seguro directo de GMM.

ENTIDAD	Lugar de Expedición		Lugar donde se efectuó el mayor gasto	
	Número de siniestros	Monto de siniest. ocurrida	Número de siniestros	Monto de siniest. ocurrida
Aguascalientes	700	6002969	6770	48949040
Baja California Norte	2889	25561408	6136	28877473
Baja California Sur	132	639450	1097	2410833
Campeche	15	92787	143	2849431
Coahuila	1733	14802428	7502	47128425
Colima	49	386154	1636	2841885
Chiapas	95	766686	272	2484739
Chihuahua	10166	81627202	11938	75738626
Durango	72	604424	1354	2189212
Guanajuato	1324	12809520	4185	17665475
Guerrero	99	1009557	796	2770630
Hidalgo	322	2233994	848	7550631
Jalisco	12015	106646407	28088	136676380
México	3524	43845877	7355	62371070
Michoacán	334	3222685	1716	5896168
Morelos	438	6341966	1544	11558578
Nayarit	26	237801	1245	4266613
Nuevo León	39919	389217498	53572	425149278
Oaxaca	55	743502	543	3164377
Puebla	2778	30277500	7165	26642334
Querétaro	1821	8453325	3334	21111179
Quintana Roo	142	1941532	575	4151183
San Luis Potosí	662	8356239	3070	17369085
Sinaloa	505	3702598	2460	9460748
Sonora	4174	44958085	5542	35277332
Tabasco	171	3549069	1282	3655297
Tamaulipas	2524	22490576	4754	29664701
Tlaxcala	52	379666	918	1063035
Veracruz	274	4124875	1999	13102305
Yucatán	1256	14719650	1392	12363139
Zacatecas	8	75122	200	839317
Extranjero	2	41838	214	6269097
TOTAL	359,799	2,373,473,354	359,704	2,373,473,354

Estas cifras son hasta diciembre de 1997 y también son en miles de pesos.

**ANEXO II.- FORMATOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN
DE UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

(DEBE SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO)

Póliza No. _____

Empresa contratante		
Asegurado Titular		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
No. de Certificado	Ocupación	

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre del Asegurado Afectado		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Fecha de Nacimiento		
Día	Mes	Año
Fecha de alta del Seguro		
Día	Mes	Año
Parentesco con el Asegurado		Ocupación
Domicilio		Teléfono
Ciudad		C.P.
¿Tiene o ha tenido Seguros de Gastos Médicos con otra compañía? SI () NO ()		
Compañía		No. de Póliza
Se trata de: Accidente () Enfermedad () Embarazo ()		
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otra compañía? SI () NO ()		
Compañía(s)		No. de Sinistro
Nombre del Agente		Clave
Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad		Estado
Día	Mes	Año
¿Cuál fue el accidente o enfermedad?		
Si es accidente detállese ¿como y donde ocurrió?		
Mencione el motivo por el cual recibió la atención Médica		
¿Cuáles estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?		
Hospital en que fue atendido		No. de días que estuvo hospitalizado
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)		

DATOS DE LOS MEDICOS QUE LO HAN ATENDIDO

Nombre	Especialidad	Dirección	Teléfono

NOTA: Autorizo al(os) Médico(s) y/o al(os) hospital(es) que me hayan atendido a proporcionar la información que les sea solicitada por _____, en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del Titular

Nombre y Firma del Asegurado Afectado

Fecha en _____ a _____ de _____ de 199 _____

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
Edad	Sexo () M () F	Ocupación			Estado Civil

Padecimiento Actual	Fecha de inicio de Síntomas y/o Signos	Día	Mes	Año
---------------------	--	-----	-----	-----

Signos y/o Síntomas iniciales

Evolución (Signos y Síntomas principales) (1a. consulta)

Estudios practicados

Diagnóstico(s)

Tratamiento(s)

Pronóstico

Antecedentes personales patológicos y quirúrgicos

Antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes personales no patológicos

Enfermedades actuales del paciente que tengan o no relación con el padecimiento actual

Exploración física
 FC _____ X' FR _____ X" T _____ °C T/A _____ mmHg

Ampliaciones sobre el diagnóstico o diagnóstico final

Ampliaciones y comentarios del médico tratante

Nombre del médico tratante

CED. PROF.	REG. S.S.A.	Consultorio	Teléfono
------------	-------------	-------------	----------

Pertenece usted al consejo de la especialidad () Si () No Desde que fecha

Lugar y Fecha

Firma del Médico

INFORME MEDICO

(DEBE SER CONTESTADO POR EL MEDICO TRATANTE)

Paciente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Edad	Sexo () M () F	Causa de la Reclamación () Accidente () Enfermedad () Embarazo		Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad o accidente
¿El paciente fue referido por otro médico?		() Si () No	Nombre del otro Médico	
Dirección				
Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos		Día	Mes	Año
Principales Signos y Síntomas				
Mencione las afecciones mas importantes que padezca el paciente aunque no tengan relación con la presente reclamación				
Estudios Auxiliares () Si () No		¿Cuáles?		
Evolución del Padecimiento				
Impresión Diagnóstica				
Diagnóstico Definitivo				
El Padecimiento es () Congénito () Adquirido		Con una evolución de () 1 a 30 Días () 1 a 3 Meses () 3 a 6 Meses () 6 a 12 Meses () Mas de un año () Mas de dos años		
Tratamiento () Médico () Quirúrgico		Especifique:		

EN CASO DE HOSPITALIZACION

Nombre del Hospital									
Fecha de Ingreso			Fecha de Intervención Quirúrgica		Fecha de Alta			Día Mes Año	
Día Mes Año			Día Mes Año		Día Mes Año			Día Mes Año	
La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad					Desde		Hasta		
() Si () No					() Parcial () Total		Día Mes Año		
Mencione el nombre y la especialidad del(os) médico(s) que participa(n) en la intervención									
En caso de cesarea anote el número de cesareas previas									
Observaciones									

NOTA: Como Médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorgen a _____, todos los informes que se refiere a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre del Médico			Especialidad		
Dirección					
Teléfono		Cédula Profesional		R.F.C.	Radio BIP
Lugar y Fecha			Firma del Médico		

AVISO: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Folio										
Hospital				Cuarto		Fecha y hora de Ingreso		Día Mes Año Hora		
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre				
Fecha de Nacimiento		Día Mes Año		Edad	Sexo () Masculino () Femenino			Estado Civil		
Parentesco con el Asegurado Principal				Causa del Internamiento () Accidente () Enfermedad () Embarazo				Siniestros Previos () Si () No	Siniestro Número	
Diagnóstico										
Tratamiento										
Médico Tratante										
Fecha de Alta a la Póliza		Día Mes Año		Certificado Número			Identificado con			

DATOS DE LA POLIZA

Póliza Número			Vigencia desde		Día Mes Año		Hasta		Día Mes Año		Pagada () Si () No	
Contratante										Teléfono		
Asegurado Principal			Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre			

DICTAMEN

Procede la Reclamación		() Si () No		Causa del Rechazo _____	
Suma Asegurada N\$ _____		Cantidad con Letra _____			
<i>Responsabilidad Máxima por Pago de Honorarios</i>					
Por Tratamiento Médico	N\$ _____	Honorarios Cirujano	N\$ _____		
Ayudante 1o.	N\$ _____	Ayudante 2o.	N\$ _____		
Otros	N\$ _____	Honorarios Anestesia	N\$ _____		
<i>Cargos a Cuenta del Asegurado</i>					
Deducible	N\$ _____	Coaseguro	N\$ _____		

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas para los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, etc.), excedente de habitación standard y películas.

Observaciones
Lugar y Fecha

Nombre y Firma Médico Asesor _____

Enterado Paciente y/o Familiar _____

Recibe Hospital _____

ANEXO III.- COMPARATIVO DE CONDICIONES GENERALES

En las siguientes tablas se encuentra el comparativo de condiciones generales entre las dos más grandes compañías de Seguros en México: *SEGUROS COMERCIAL AMÉRICA* y *GRUPO NACIONAL PROVINCIAL*, estas compañías, son líderes en el mercado de Seguros de Gastos Médicos Mayores en nuestro país, ofreciendo a los usuarios sus diferentes tipos de planes que nos permiten dar cuenta lo que nos ofrece cada uno de ellos, comparar las condiciones y seleccionar el plan que cubre con las expectativas necesarias para contratar un Seguro de Gastos Médicos Mayores. Estos planes son para seguros individual y familiar.

Planes Ofrecidos	SEGUROS COMERCIAL AMÉRICA		GRUPO NACIONAL PROVINCIAL	
	MAGNO/MAGNO PLUS	SUPERIOR/SUPERIOR PLUS	PREMIER	PRESTIGIO
SUMA ASEGURADA	Magno Plus: Sin Límite Magno: Mínima \$50,000 Máxima \$2000,000	Superior Plus: Sin Límite Superior: Mínima \$50,000 Máxima \$2000,000	Sin Límite	Sin Límite
DÉDUCTIBLE	Mínimo: \$500 Máximo: \$20,000	Mínimo: \$500 Máximo: \$20,000	3,6 ó 10 SMGM	Sin de. (dentro de la red) 3 SMGM (fuera de la red)
COASEGURO	5,10,15,20 Y 25%	5,10,15,20 Y 25%		10% Sin Coaseg. Dentro de Red 30% (fuera de Red)
HONORARIOS QUIRÚRGICOS	De acuerdo al Catálogo de honorarios quirúrgicos	De acuerdo al Catálogo de honorarios quirúrgicos	De acuerdo al tabulador	De acuerdo a la tabla de honorarios médicos (Red Prestigio)
CESÁREA	Se cubre siempre y cuando sea la primera en la vida de la asegur. Magno: \$4,000 Magno Plus: \$8,000 Con 10 mes. De per. De espera	Se cubre siempre y cuando sea la primera en la vida de la aseg. Superior: \$ 3,000 Superior Plus: \$6,000 Con 10 mes. De per. De espera	Tope Máximo de la Suma asegurada de 10 SMGM. Con 10 meses de periodo de espera.	Tope Máximo de la Suma asegurada de 10 SMGM. Con 10 meses de periodo de espera.
PARTO NORMAL	No cubierto en Magno En Magno Plus: Beneficio Máximo de \$8,000 Sin Deductible ni Coaseguro Con 10 mes. De per. De espera	No cubierto en Superior En Superior Plus: Beneficio Máximo de \$8,000 Sin Deductible ni Coaseguro Con 10 mes. De per. De espera	Excluido	Tope Máximo de la Suma asegurada de 10 SMGM. Con 10 meses de periodo de espera. No se reconoce antigüedad.
PADEC. CONGÉNITOS	Cubiertos con aceptación garantizada. Con 10 mes. De per. De espera	Cubiertos con aceptación garantizada. Con 10 mes. De per. De espera	Cubiertos con aceptación garantizada. Con 10 meses de periodo de espera.	Cubiertos con aceptación garantizada. Con 10 meses de periodo de espera.
CIRCUNCISIÓN	No cubierto en Magno En Magno Plus: 2 años de per. De espera	No cubierto en Superior En Superior Plus: 2 años de per. De espera	2 años de per. De espera	2 años de per. De espera
DEPORTES PELIGROSOS	Cubiertos Exclusiones: box, lucha libre, grecorromana, charrería, tiro-máquina y 6 deportes más.	Cubiertos Exclusiones: box, lucha libre, grecorromana, charrería, tiro-máquina y 6 deportes más.	Cubiertos Exclusiones: box, lucha libre, grecorromana.	Cubiertos Exclusiones: box, lucha libre, grecorromana.

El seguro de Gastos Médicos Mayores: su restructuración y sus últimos avances.

Planes Ofrecidos	SEGUROS COMERCIAL AMÉRICA		GRUPO NACIONAL PROVINCIAL	
	MAGNO/MAGNO PLUS	SUPERIOR/SUPERIOR PLUS	PREMIER	PRESTIGIO
AMBULANCIA AÉREA	Cubierta Opera a través de reembolso. Coaseguro: 20%	Cubierta Opera a través de reembolso. Coaseguro: 20%	Cubierta Opera a través de reembolso y pago directo Coaseguro: 20%	Cubierta Opera a través de reembolso. y pago directo Coaseguro: 20%
SIDA	No cubierto en Magno Cubierto en Magno Plus. Años de periodo de espera	No cubierto en Superior Cubierto en Superior Plus. Años de periodo de espera	Cubierto 4 años de periodo de espera	Cubierto Años de periodo de espera
NARIZ Y SENOS PARANASALES	1 año de periodo de espera Solo en caso de accidente. Coaseguro: 50%	1 año de periodo de espera Solo en caso de accidente. Coaseguro: 50%	2 años de periodo de espera	2 años de periodo de espera
SERVICIO DE MÉDICA MOVIL: Atención méd. Extrahosp. Urg. Traslado De urgencia hospitalaria. Consult. domiciliarias de med. Fam. consultas telefónicas	No cuentan con ese servicio No cuentan con ese servicio No cuentan con ese servicio No cuentan con ese servicio	No cuentan con ese servicio No cuentan con ese servicio No cuentan con ese servicio No cuentan con ese servicio	Cubiertas Cubiertas Cubiertas Cubiertas	Cubiertas Cubiertas Cubiertas Cubiertas
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS	Con hospitalización y médicos de la Red. Sin deducible ni coaseguro	Con hospitalización y médicos de la Red. Sin deducible ni coaseguro	Dentro de la Red: Se reducen 3 SMGM en deducible y sin coaseguro Fuera de la Red: Deducible contratado y Coaseguro: 10%	Dentro de la Red: Sin deducible ni coaseguro Fuera de la Red: Deducible 3 SMGM Coaseguro: 30%
PAGO DIRECTO (reporte de hosp)	Con hospitalización mayor a 24 hrs. Y dentro de la Red: Elimino deducible (tope de eli- minación: \$ 2,500) Elimino coaseguro.	Con hospitalización mayor a 24 hrs. Y dentro de la Red: Elimino deducible (tope de eli- minación: \$ 2,500) Elimino coaseguro.	Dentro de la Red: Se reducen 3 SMGM en deducible y sin coaseguro Fuera de la Red: Deducible contratado y Coaseguro: 10% (no aplica sobre factura del hospital)	Dentro de la Red: Sin deducible ni coaseguro Fuera de la Red: Deducible 3 SMGM Coaseguro: 30%
REEMBOLSO	Pago Deducible Pago Coaseguro	Pago Deducible Pago Coaseguro	Dentro de la Red: Se reducen 3 SMGM en deducible y sin coaseguro Fuera de la Red: Deducible contratado y Coaseguro: 10%	Dentro de la Red: Sin deducible ni coaseguro Fuera de la Red: Deducible 3 SMGM Coaseguro: 30%
ACCIDENTE	Pago Deducible Pago Coaseguro	Pago Deducible Pago Coaseguro	Según la forma de recla- mación (program, cirugía, pago dir, ó reembolso)	Coverio para atender emer- gencias y accidentes con los principales hospitales del D.F. Cubiertos sin Red prestigio Sin deducible ni coaseguro.

El seguro de Gastos Médicos Mayores: su restructuración y sus últimos avances.

Planes Ofrecidos	SEGUROS COMERCIAL AMÉRICA		GRUPO NACIONAL PROVINCIAL	
	MAGNO/MAGNO PLUS	SUPERIOR/SUPERIOR PLUS	PREMIER	PRESTIGIO
CLÁUSULAS ADICIONALES:				
C.E.E.- Cláusula de Emergencia en el extranjero o equivalente.	Cláusula incluida: UME (urgencia médica en el extranjero) S.A. 50,000 Dts. Deducible 50 Dts.	Cláusula incluida: UME (urgencia médica en el extranjero) S.A. 50,000 Dts. Deducible 50 Dts.	Cláusula incluida S.A. 50,000 Dts. Deducible 50 Dts.	Cláusula incluida S.A. 50,000 Dts. Deducible 50 Dts.
C.A.M.E.- Cláusula de Atención Médica en el Extranjero.	Cláusula opcional Los gastos erogados por el Asegurado fuera de territorio nacional que se encuentren cubiertos en la póliza.	Cláusula opcional Los gastos erogados por el Asegurado fuera de territorio nacional que se encuentren cubiertos en la póliza.	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula
C.S.F.- Cláusula de Salud Familiar ó Beneficio de Extensión de Cob.	Opcional En caso de fallecimiento o invalidez del Aseg. Princ., se cubre a los dependientes económicos inscritos en la póliza por 5 años sin pagar prima.	Opcional En caso de fallecimiento o invalidez del Aseg. Princ., se cubre a los dependientes económicos inscritos en la póliza por 5 años sin pagar prima.	Opcional En caso de fallecimiento o invalidez del Aseg. Princ., se cubre a los dependientes económicos inscritos en la pól. Por 5 años a/pag. prima.	Opcional En caso de fallecimiento o invalidez del Aseg. Princ., se cubre a los dependientes económicos inscritos en la pól. Por 5 años a/pag. prima.
A.P.- Accidentes Personales	Opcional Muerte accidental con pérdidas orgánicas con S.A. De \$ 50,000 por asegurado	Opcional Muerte accidental con pérdidas orgánicas con S.A. De \$ 50,000 por asegurado	Opcional Muerte accidental con pérd. orgánicas con S.A. de \$ 30,000 por asegurado. Reembolso de GM por \$6,000	Opcional Muerte accidental con pérd. org. con S.A. De \$ 30,000 por asegurado. Reembolso de GM por \$6,000
A.V.A.- Acc. En Viajes Aéreos	Opcional Muerte accidental con pérdidas orgánicas con S.A. De \$ 500,000 por asegurado	Opcional Muerte accidental con pérdidas orgánicas con S.A. De \$ 500,000 por asegurado	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula
Servicios Asistenciales en el Extranjero	Opcional Se dan los serv. De asist. Méd. y personal, a partir de una dist. 100 km. Los serv. Méd. se limitan a 5,000Dts. por viaje y 10,000 por año por asegurado.	Opcional Se dan los serv. De asist. Méd. y personal, a partir de una dist. 100 km. Los serv. Méd. se limitan a 5,000Dts. por viaje y 10,000 por año por asegurado.	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula
G.F.- Gastos Funerarios	Opcional Con serv. De \$25,000 por aseg. No se cobra Ded. Ni Coaseguro Por P.Directo se cubre accid. El 1er.año y enferm. a partir del 2o. Reembolso a partir de cualquier año.	Opcional Con serv. De \$25,000 por aseg. No se cobra Ded. Ni Coaseguro Por P.Directo se cubre accid. El 1er.año y enferm. a partir del 2o. Reembolso a partir de cualquier año.	Opcional para menores de 12 años de edad.	Opcional para menores de 12 años de edad.
Indemniz. Diaria por Hospitaliz.	Opcional Se otorga una indemnización diaria durante el tiempo que el asegurado este en el hosp. 3 opciones de renta diaria: \$500, \$1,000 y \$1,500	Opcional Se otorga una indemnización diaria durante el tiempo que el asegurado este en el hosp. 3 opciones de renta diaria: \$500, \$1,000 y \$1,500	Opcional Se otorga una indemnización diaria durante el tiempo que el asegurado este en el hosp. 20 opciones de renta diaria: De \$100 en \$100 hasta \$2000	Opcional Se otorga una indemnización diaria durante el tiempo que el asegurado este en el hosp. 20 opciones de renta diaria: De \$100 en \$100 hasta \$2,000

El seguro de Gastos Médicos Mayores: su restructuración y sus últimos avances.

Planes Ofrecidos	SEGUROS COMERCIAL AMÉRICA		GRUPO NACIONAL PROVINCIAL	
	MAGNO/MAGNO PLUS	SUPERIOR/SUPERIOR PLUS	PREMIER	PRESTIGIO
Cont. De CLÁUSULAS ADIC.				
Incremento en Honorarios Quirúrgicos	Opcional Desde 5% hasta 100% de increm en los lím de honorarios quirúrg. Costo: 50% del increm. En H.Q. sobre la prima.	Opcional Desde 5% hasta 100% de increm en los lím de honorarios quirúrg. Costo: 50% del increm. En H.Q. sobre la prima.	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula
Cob. De Enferm. Catastróficas.	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula	No cuentan con esta cláusula
PAGOS COMPLEMENTARIOS	Renovación: Sin Lím. De Tiempo hasta agotar la Suma Asegurada. Cancelación: 1 año a partir de la reclamación.	Renovación: Sin Lím. De Tiempo hasta agotar la Suma Asegurada. Cancelación: 1 año a partir de la reclamación.	Renovación: Sin Lím. de tiempo. Cancelación: No se paga fuera de la vigencia	Renovación: Sin Lím. de tiempo. Cancelación: No se paga fuera de la vigencia
COMISIÓN	16%	16%	17,50%	17,50%
TARIFA REGIONAL	SI	SI	SI	SI
PROPUESTA FAMILIA TIPO:	Magno S.A. \$1'000,000 Deducible: \$500		Deducible: 3 SMGM	Deducible: 3 SMGM
HOMBRE 40 - 44	6.526		7.287	5.50
MUJER 35 - 39	7.599		8.054	6.07
2 HIJOS 0 - 19	5.374		7.618	5.86
TOTAL (Incluye IVA y derecho de póliza)	19.498		22.959	17.44

ANEXO IV.- UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MENORES.

Brevemente se mostrará en este apartado este nuevo concepto en servicios de salud, este es un innovador concepto introducido últimamente al mercado para proteger a cada miembro de la familia en caso de necesitar atención médica que no entra en el ramo ampliamente analizado (dando título a la presente tesis), los *Gastos Médicos Mayores*.

La compañía aseguradora que está ofreciendo este servicio es Grupo Nacional Provincial⁴, este servicio llamado *Médica Integral* ofrece al usuario de estos diferentes planes y a su familia diferentes opciones que más se adecuen a sus necesidades ofreciendo los siguientes servicios:

- Consultas de urgencia.
- Consultas con médicos especialistas.
- Consultas con su médico de cabecera.
- Atención dental y especializada.
- Laboratorio clínico y rayos X.
- Medicamentos.
- Cirugía hospitalaria.
- Hospitalización sin cirugía.
- Maternidad.
- Cirugía ambulatoria (de corta estancia en el hospital).
- Servicios de rehabilitación, fisioterapia, aparatos de prótesis y ambulancia de traslado, etc.

Cabe mencionar que el servicio *Médica Integral* cuenta con sus propias clínicas adecuadas para atender a sus pacientes (tienen su propia red de médicos especialistas), ofreciéndoles un servicio de calidad y con equipo de alta tecnología para tener un diagnóstico con precisión. Estas clínicas se están instalando poco a poco en toda la república mexicana ya que es un concepto nuevo en servicios de salud. Es importante mencionar que el servicio *Médica Integral* contrata el servicio de sus médicos sin ningún intermediario (como es el caso de el seguro de GMM), es decir hospitales, quedando muy claro dentro de la atención en sus clínicas, aunque además cuenta con una red de prestigiados hospitales a los que los clientes tiene acceso a todos los estudios médicos que requieran, así como cualquier otra especialidad que necesiten, como cardiología, gastroenterología, neurología, urología, etc., que como es de suponer no cuenta la clínica.

⁴ *Médica Integral GNP; Informes: <http://www.gnp.com.mx>*

Los beneficios que Médica Integral ofrece son los siguientes:

- Atención personalizada.
- Servicio para el contratante y su familia.
- Consultas con un médico de cabecera, es decir, un especialista que atienda al asegurado siempre que éste requiera de sus servicios.
- Revisiones dentales periódicas.
- Atención en diversas especialidades médicas.
- Consulta y atención dental.
- Alta tecnología para diagnósticos de precisión.
- Servicio en clínicas modernas y cercanas, con excelentes instalaciones.
- Acceso a hospitales de prestigio.
- Programas de medicina preventiva.
- Asistencia médica por teléfono.
- Precios accesibles.
- Diferentes planes de salud dependiendo de las necesidades particulares.

Mencionaremos algunos de los planes que ofrecen:

1. *Plan Integra.*
2. *Plan Integra Plus.*
3. *Plan Selecta.*
4. *Plan Selecta Plus.*
5. *Plan Ultra.*
6. *Plan Ultra Plus.*

La diferencia entre los planes normales y los "Plus", es con respecto a los hospitales, en los planes normales (1, 3 y 5), la atención será realizada en los hospitales: Dalinde y Santa Fé, mientras que en los "Plus" (2, 4 y 6), la atención hospitalaria será en los hospitales: ABC y Médica Sur.

El *Plan Integra* es el más económico, es muy importante mencionar que los copagos (o pagos por consulta) tienen un costo de \$60.00 + IVA, para cualquier tipo de padecimiento y para cualquier especialista (esto dentro de las clínicas especializadas).

El *Plan Selecta* tiene un costo de \$100.00 + IVA, y además cubre consultas y servicios en hospitales de red, esto de acuerdo a los mencionados en este plan.

El *Plan Ultra* está diseñado para personas de mayor edad y que ya no están en posibilidad de contratar un seguro de GMM. En este plan el asegurado paga el 100% de los servicios recibidos por consultas o atención hospitalaria en hospitales de red. La edad límite de contratación es hasta 70 años en el plan ultra.

La cotización de los pagos es igual a la del seguro de GMM^{*}, esta se realiza conforme a la edad del asegurado o contratante, sexo, ocupación, etc. Hay también planes individuales, para grupos y colectivos, y los pagos se pueden realizar en forma fraccionada: mensual, semestral, etc.

Esto es a grandes rasgos la explicación de un seguro de "Gastos Médicos Menores" y que en ahorro económico hay una diferencia considerable.

Esta nueva modalidad del seguro tiene mucho que ofrecer y es un apartado importante que puede dar lugar a otro interesante tema para una tesis de actuaría.

^{*} Gastos Médicos Mayores.

BIBLIOGRAFÍA

Libros y Publicaciones consultadas:

- HISTORIA DEL SEGURO EN MÉXICO "Inicio, desarrollo y consolidación 1900-1988 "
Publicación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro (AMIS)
- CRONICA DE 200 AÑOS DEL SEGURO EN MÉXICO
Antonio Minzoni Consorti
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- " PRINCIPIOS ESCENCIALES DE LOS SEGUROS"
Publicación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro (AMIS).
- " LAS REFORMAS A LA SEGURIDAD SOCIAL "
Carta demográfica sobre México
Revista DEMOS 1996.
- Revista "Solidaria". Artículo " EVOLUCIÓN DE LA LEY "
Benjamín Flores.
Publicación por él - 50 aniversario del IMSS -
Biblioteca del Seguro Social.
- LEY DEL SEGURO SOCIAL
Dr. Miguel Borrell Navarro
Editorial Sista, S.A. de C.V. Publicación 1998.
- " MODELO SISTÉMICO PARA ANALIZAR LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL
SECTOR ASEGURADOR: EL CASO DEL SEGURO DE GMM "
Grupo Ragalen. México D.F., Agosto 30 de 1994.
UNAM - FCA. División de Estudios de Post-grado en Investigación.
- " ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES "
Pedro Mejía Tapia
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
- "ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE RIESGO EN
EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES"
Miguel Angel Beltrán Prado
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
- CONDICIONES GENERALES: GRUPO Y COLECTIVO
Seguro de Gastos Médicos Mayores
Publicación de Seguros Comercial América.
- " SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES "
Publicación: Revista del Consumidor 1998

- **CONDICIONES GENERALES Y FORMATO PARA EL TRÁMITE DE RECLAMACIÓN Gastos Médicos Mayores.** Febrero de 1995.
Publicación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.
- **NOTA TÉCNICA: Seguro de Gastos Médicos Mayores (grupo y Colectivo)**
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).
- **INDICADORES ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (A.M.I.S)**
Dirección de Seguro de Personas
Act. Oscar Verduzco Nieto.
- **Datos importantes sobre " LAS REDES MÉDICAS "**
Subdirección Médica
Seguros Comercial América.
- **SERVICIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA**
Seguro de Gastos Médicos Mayores (Línea Azul)
Publicaciones: Mayo de 1997 y Julio de 1998
Publicación de: Grupo Nacional Provincial Seguros (GNP).
- **Seguro de Accidentes y Enfermedades. - ESTADÍSTICAS 1997 -**
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).

Páginas vistas en Internet:

- <http://www.psych.med.umich.edu/web/aacap>
" Conozca los beneficios de su seguro médico "
- URL: travel.ihl.dk/ihlwww.nsf/all/EcorporateProduct
"Seguro Médico para empresas " .
- <http://www.mam.com.mx/excedies/seguros/fascII/sesalud.htm>
¿ Porqué es importante un seguro de salud en la actualidad ?.
- <http://www.frontweb.net/seguros/gastos.html>
Recomendaciones sobre Gastos Médicos " Lo que Ud. Necesita saber acerca del seg. De GMM "
- <http://www.man.com.mx/excedies/seguros/fascI/sesalud.htm>
" Una aproximación al estudio de costos de servicios..."
- <http://www.planet.com.mx/seguro/segmed.html>
" Evolución de la medicina y sus formas de financiamiento " .
- http://www.aigmex.com/prod_serv/salud.htm
" Seguro de Gastos médicos y Enfermedades.
- <http://www.man.com.mx/result1998.htm>
"Crece el sector asegurador un 21.5% real en 1998"

GLOSARIO*

Definiciones importantes:

PLAN DE SEGUROS: Tipo de proyecto concreto de protección de vida o gastos médicos, de acuerdo a las necesidades específicas del cliente.

POLIZA: Es el documento que contiene los derechos y obligaciones del asegurado y la compañía aseguradora.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el interés económico que tiene una persona sobre sus bienes o su vida.

RIESGO ASEGURABLE: aquel que cumple los requisitos para ser asegurado.

SINIESTRO: Pérdida importante o destrucción fortuita que sufren personas o propiedades.

* Nota: Los conceptos más importantes de un seguro de GMM, se explican con detalle en el capítulo II.