

01168

2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE INGENIERIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

BASES TECNICAS PARA UN PLAN GLOBAL DE SALUD PARA LAS  
INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD: ISES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN INGENIERIA  
(INVESTIGACION DE OPERACIONES)

PRESENTA

ALFREDO EFRAIN ARCEO FRANCO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RICARDO ACEVES GARCIA

CIUDAD UNIVERSITARIA

2003

a



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.

*Mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por educarme y formarme durante tantos años.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo titulado:

NOMBRE: Alfredo Efraín Arce Tranco

FECHA: 30-04-2003

FIRMA: [Firma]

*A mis padres Efraín y Ma. Inés, a mis hermanos Salvador y Vicky, a mi pareja y compañera Alejandra, a mi compadre y gran amigo Ernesto de la Cruz Tovar.*

*Dedico la presente, el esfuerzo y dedicación que lleva consigo a mi hijita **Alfeli**, por ser la alegría más grande de mi vida.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

b

*A tu memoria Mamá Pollita...*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C

# INDICE

## **"Bases Técnicas para un Plan Global de Salud para las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud: ISES"**

### INTRODUCCION

### ESQUEMA DE INVESTIGACION

- Objetivo
- Propósito
- Contexto y antecedentes de la Problemática
- Metodología
- Resumen Ejecutivo

### CAPITULO I

#### PERSPECTIVA DEL SEGURO DE SALUD

- Atención a los Gastos Médicos Mayores 2
- Atención de Emergencias 3

### CAPITULO II

#### DESARROLLO DEL SEGURO DE SALUD

- Atención a los Gastos Médicos Mayores 4
- Atención de Emergencias 4
- Atención de Urgencias 9
- Atención de Emergencias 11
- Atención de Emergencias 13
- Atención a los Gastos Médicos Mayores del Seguro de Salud 14
- Atención de Urgencias 14
- Atención de Urgencias 15
- Atención de Urgencias 15
- Atención de Urgencias 15
- Seguro de Salud Individual vs Seguro de Salud Grupal 17

d

**CAPITULO III  
REGULACION DE BASES TECNICAS Y DOCUMENTACION CONTRACTUAL**

Forma y términos en que se deben presentar ante la autoridad para su registro

Bases Técnicas	18
Documentación Contractual	21

**CAPITULO IV  
CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE SALUD**

Objetos del Seguro	23
Definiciones	23
Características Generales del Plan Global de Salud	28
1.1. Cobertura	37
1.2. Plazos, límites y procedimientos de espera	43
1.3. Otros procedimientos	44
Exclusiones del Plan Global de Salud	45
Coberturas Adicionales	47

**CAPITULO V  
BASES TECNICAS DEL PLAN GLOBAL DE SALUD**

Seguros	48
Características Generales del Plan y su Comercialización	49
Bases Técnicas	51
Reservas	54
Dividendos y Descuentos	55
Seguros del Seguro (Compañía)	57
Factores de Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro	58
Factores Preferenciales	59
Factores de Siniestralidad (AMIS)	66
Prima de Tercera	67

**TESIS DE ORIGEN  
MUY CLARAS**

- Reserva de Riesgos en Curso	68
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	70
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	71
<b>ANEXO</b>	
- Estadísticas sobre Servicios de Salud en México	

5

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **Introducción**

En nuestro país, el acceso a los servicios públicos de salud constituye uno de los problemas más preocupantes de la población en general, por la falta de planeación y administración de las instituciones gubernamentales de salud (IMSS e ISSSTE).

Por tal motivo, el sector asegurador se dio a la tarea de investigar y determinar con base a la normatividad mexicana de acuerdo con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros los lineamientos para la creación del ramo de Salud dentro de la Operación de Accidentes y Enfermedades ya existente.

En este sentido, este trabajo pretende ser un punto de partida para la creación de las bases técnicas para el registro de este tipo de productos conforme a la Ley.

El Capítulo I muestra una perspectiva del Seguro de Salud, sus diferencias con los tradicionales seguros de Gastos Médicos Mayores, así como una breve explicación de algunos mitos de este tipo de seguros en nuestro país.

El Capítulo II presenta el desarrollo de este tipo de seguro en otros países que cuentan con experiencia en el ramo de salud, se muestran primero países latinoamericanos como Chile, Colombia y Brasil, para después presentar a los más industrializados como Estados Unidos, Reino Unido y Alemania.

El Capítulo III muestra la normatividad existente para este tipo de seguros por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, todo lo anterior basándose en las leyes existentes en la materia como la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El Capítulo IV nos proporciona una visión más clara de la Documentación Contractual que sirve de guía a la Autoridad como a los Asegurados para conocer en términos coloquiales los alcances de su cobertura, así como las principales exclusiones del producto contratado.

Finalmente, en el Capítulo V se presentan las Bases Técnicas que habrán de registrarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con todas las consideraciones de Ley. En este documento se formaliza el costo del producto, así como la determinación de las Reservas Técnicas del mismo.



## **Esquema de Investigación**

---

Los rápidos cambios tecnológicos en la medicina a escala mundial que han dado como consecuencia un envejecimiento de la población particularmente en los países desarrollados, han propiciado una forma cada vez más dinámica de percibir la Salud, por una parte, se está considerando no solamente el incremento en la edad como una de las metas en la medicina moderna, sino también como objetivo, la calidad, como parte implícita en la vida de las personas.

Derivada de esta preocupación de mejorar la calidad de vida de las personas en México, se han dado algunos pasos para avanzar en este sentido, uno de ellos, fue la Reforma a la Ley del IMSS, (Instituto Mexicano del Seguro Social) llevada a cabo en el año de 1997, en la cual se promueve la participación de empresas privadas en algunos ramos que anteriormente eran exclusivos del IMSS como las Pensiones por Invalidez y las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES).

Como complemento a esta reforma y propiciando una mayor participación de la iniciativa privada, se pretende la necesidad de servicios de Salud, dentales y de visión de excelente calidad, bien administrados y sobre todo proporcionados de una manera profesional con reglas claras y orientadas hacia la satisfacción del cliente.

Es bajo este esquema, donde se pretende abarcar un nicho de este mercado asegurador, la legislación actual prevé que estas administradoras estén bajo las normas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con el fin de regular la operación y garantizar el servicio al cliente.

La industria de seguros juega un papel cada vez más importante en la economía del país debido al crecimiento sostenido de los últimos años y una mayor apertura a la inversión extranjera con más y mejores competidores.

El país requiere de una industria aseguradora sólida y solvente que permita el acceso al ahorro interno y proporcione instrumentos financieros para el crecimiento de los sectores productivos.

Para ello se requerirá de una gran imaginación en el desarrollo de nuevos productos y sistemas, acordes a las necesidades del país, así como nuevas inversiones en el sector.

América Latina, encabeza el crecimiento de las industrias de seguros a escala mundial. Comparando a México con otros países latinoamericanos como Argentina, Chile, Brasil y Venezuela, observamos que México tiene una penetración por debajo del promedio, lo que indica que es un mercado subdesarrollado que ofrece atractivas oportunidades de crecimiento.

h

La industria de seguros resulta atractiva para los inversionistas como negocio en el largo plazo. Si se compara con otros negocios del sector financiero es más atractiva por el potencial de desarrollo, pero es más riesgosa por la complejidad de la operación.

El potencial del seguro mexicano sigue siendo atrayente en el largo plazo, debido a la relación directa con el crecimiento de la población y al mejoramiento de los ingresos personales.

Los Seguros de Salud son, desde la óptica de más de uno de los expositores que se dieron cita en la Vigésima Séptima Convención Internacional de Actuarios (ICA 2002) en Cancún México, el elemento que impulsará más el crecimiento del seguro en México y su aportación en la economía.

A través de los seguros de Salud se estima que el sector asegurador alcanzará, tan sólo en ese ramo, un crecimiento equivalente, y quizás superior al registrado hasta ahora por los seguros de pensiones.

Cálculos recientes aprecian que los particulares gastan en atención de servicios médicos, fuera de la seguridad social, alrededor del 2.5% del producto interno bruto anualmente y se considera que cerca del 40% de estos recursos podrán captarlos las Aseguradoras en los años siguientes.

A diferencia de los Seguros de Gastos Médicos Mayores, cuya finalidad es proteger al asegurado en contra de una eventualidad económicamente desfavorable a consecuencia de un accidente o enfermedad que afecte o ponga en riesgo la Salud del mismo; los seguros de Salud tienen una misión más integral, ya que el enfoque es crear una cultura de prevención de las enfermedades manteniendo con ello a la gente saludable, y cuando ésta se enferma o lesiona, trabaja para asegurar el tratamiento y los especialistas sean los técnicamente mejor calificados asegurando la calidad, accesibilidad y costo - efectividad.

Asimismo, la curva de población, en su mayoría está representada por gente joven, comienza a tener tendencia hacia el envejecimiento, por lo que los servicios de Salud de acceso masivo que proporciona el Estado, cada vez se vuelven más insuficientes y deficientes, y la población por el contrario, busca y requiere de espacios en donde pueda atenderse con mayor efectividad, servicio y a un costo accesible.

El mercado mexicano de seguros ha tenido un cambio de incremento de primas significativo de 1996 a la fecha, tanto en tamaño como en la composición de los ramos.

Ahora, la problemática se encuentra en la forma en la que se llevará a cabo la regulación de las ISES, por parte de la autoridad donde figura la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) en representación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como de la ISES misma. Es decir, se deben definir las Condiciones Generales de los productos a ofrecer, así como las Bases Técnicas para su justificación actuarial, y la tarificación que servirá como punto de partida para la Constitución de las Reservas Técnicas previstas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Cabe señalar que para dar inicio a sus operaciones, las ISES deberán contar con un dictamen favorable de la CNSF, como resultado de la visita de inspección que le practamen, para certificar que La Compañía cuenta con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, así como con la ratificación por parte de la Secretaría de Salud del nombramiento del Contralor Médico, quien tendrá la responsabilidad de supervisar el funcionamiento de la Red de Servicios Médicos de la institución, a fin de que se cumpla adecuadamente con los requisitos de suficiencia, buen desempeño de los médicos y hospitales, calidad en la atención, utilización de los servicios, manejo de consultas y reclamaciones y el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en Salud.

Las ISES deberán contar con un capital mínimo pagado, cuyo monto expresado en UDIS, lo dará a conocer la Secretaría de Salud durante el primer trimestre de cada año. En el Diario Oficial de la Federación del 3 de abril de 2001 fue publicado el Acuerdo sobre el capital mínimo pagado que las instituciones aseguradoras deben afectar para cada operación o ramo, fijándose para la operación de Accidentes y Enfermedades en alguno o algunos de sus ramos 1,704,243 UDIS.

## **Problemática**

A no existir experiencia alguna de las futuras Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, con relación a las estadísticas de morbilidad y de servicios y productos, por haber funcionado éstas como Administradoras de Salud sin ningún tipo de regulación por parte de la autoridad correspondiente; en su momento, por indicaciones del Gobierno Federal, se deben regular todos los procedimientos para el adecuado funcionamiento de los productos y servicios que éstas deben ofrecer a los futuros Asegurados, así como la adecuada metodología técnica y legal, para la Constitución de Reservas Técnicas tal y como lo señala la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para la sana y leal competencia en este ramo del Seguro, surgen las interrogantes relativas a la forma de la elaboración de las bases técnicas y contractuales de la correcta presentación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo con las Reglas que determina la Ley antes citada.

J

## **Enfrentamiento de la problemática**

---

Este trabajo de tesis contempla, el tratar de explicar a todos aquellos involucrados en este nuevo sistema del Seguro de Salud, la normalidad y reglamentación, la cual será supervisada por la Secretaría de Hacienda a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Secretaría de Salud, asimismo, las futuras Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, deberán poseer las correspondientes bases técnicas y documentaciones contractuales que amparen los productos a ofrecer. Para ello, se deberán tener en cuenta factores para la fijación de precios y tarifas de los productos mencionados. Dicha información, se tendrá que basar en datos proporcionados por la propia autoridad, con base a la experiencia presentada con anterioridad por las diferentes compañías de seguros involucradas a través de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).

Se tiene la confianza que con el nuevo gobierno la economía siga creciendo, esto debido a los programas orientados al incremento del ahorro interno, al fomento de la inversión nacional y extranjera, el equilibrio de las finanzas públicas, la modificación de la Seguridad Social, etc., que permitirá seguir creciendo en pensiones y el desarrollo del Seguro de Salud privado en México.

El ramo de Salud requerirá de enormes e inmediatos esfuerzos en organización, tecnificación y capitalización al convertirse en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

El seguro de Salud jugará un papel preponderante en la apertura de cambios, procesos de diversificación, simplificación y crecimiento, en tanto el seguro se apoyará para ofrecer una nueva gama de productos.

## **Objetivo**

---

Por todo lo anterior, el objetivo que busca lograr esta tesis es:

"Analizar los principales factores que intervienen en la Implementación del Seguro de Salud en México, con la finalidad de dar a conocer un enfoque para el buen éxito de esa implementación. Por implementación se entiende el proceso desde que se decide por un tipo de seguro de estas características hasta su funcionamiento. El proceso por lo tanto podría incluir: análisis, selección de información, desarrollo de la información, normatividad, capacitación y concientización a los usuarios y por último la adecuada utilización del Seguro de Salud".

K

## **Metodología**

---

Esta tesis sigue una metodología cualitativa, ya que es una investigación que reúne experiencias, ensayos y éxitos para así llegar a realizar un estudio profundo del Seguro de Salud en nuestro país. A través de esta metodología, se llega más fácilmente al porqué y al cómo del ramo de salud y es posible analizar de una manera más objetiva, las variables que intervienen en él.

## **Producto Final**

---

Esta tesis es un documento que apoyará y dará una guía a aquellos que deseen profundizar en sus estudios de los Seguros de Accidentes y Enfermedades. Asimismo, plantea caminos que ayudarán a los interesados a entender la importancia de implementar un seguro de éstas características y la gran diferencia que existe entre los Seguros de Gastos Médicos Mayores y de Accidentes Personales.

La contribución de esta tesis será la de tener mayor comprensión y conciencia entre las partes involucradas, es decir **Médico-Asegurado-Cia. de Seguros**, lo que significará mayor rapidez y calidad en los servicios de salud.

## **CAPITULO I**

### **PERPECTIVA DEL SEGURO DE SALUD**

---

Con la vision de aumentar la aportacion de beneficios que otorgan los seguros a la sociedad, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) posibilitarán replantear la relación Médicos - Aseguradoras - Hospitales de manera que la colaboración mutua permita un esquema de ganar-ganar.

Con esto, el sector contribuirá a demás a consolidar en nuestro país una mejor infraestructura médica hospitalaria y coadyuvará en el desarrollo de mejor capital humano, mas claro y productivo.

Con esta clara perspectiva, las aseguradoras que participan ya en el esquema de los Seguros de Salud comprometen su prestigio y experiencia en la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en beneficio de la preservación de la salud.

La ausencia de un esquema regulatorio de este mercado -hasta diciembre de 1999- había propiciado un crecimiento anárquico en el número de prestadores de este servicio de medicina de prepago; una competencia desleal e incertidumbre jurídica que detuvo en su momento proyectos de inversión privada. También provocó casos de quiebra de empresas que carecían del adecuado soporte técnico - actuarial y financiero. Además, no había garantía para los consumidores para hacer valer sus derechos en caso de incumplimiento.

Así que, las reformas de diciembre de 1999 y de mayo de 2000 a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), permitieron ordenar el mercado, dar certidumbre a la inversión privada en esta actividad, promover el desarrollo del mercado de las ISES, así como orientar y proteger a los usuarios.

De esta manera, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud adquirieron un marco legal al cual someterse para la prestación de sus servicios con énfasis en el primer nivel de atención -que es el de la preservación de la salud- y en el cuidado preventivo para que las personas se mantengan sanas.

Estimaciones del Comité de Salud ha detectado que para las ISES, el 35 por ciento del costo de la prestación de sus servicios se realiza en este primer nivel de atención -que incluye acciones de promoción de la salud, procesos educativos a pacientes y médicos, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno- en el cual caen 85 por ciento de los casos.

En el segundo nivel –enfocado a restaurar la salud, con atención a daños de mediana complejidad derivados del primer nivel y a los que presentan una urgencia médica y quirúrgica- se resuelven 12 por ciento de los casos.

En el tercer y último nivel –en el cual se restaura y rehabilita la salud de usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y tratamiento que han sido referidos de los otros dos niveles –, se registra el 3 por ciento de los casos.

De estas cifras se infiere que el énfasis se pone en la prevención y preservación, es decir, que los usuarios tengan la posibilidad de atenderse molestias o dolencias desde que estas inician, diagnosticarlas lo más pronto posible y tratarlas de manera que no se desarrollen y lleguen a complicarse, lo que llevaría al paciente a escalar al siguiente nivel.

El 65 por ciento del costo se realiza en el segundo y tercer nivel, lo cual se explica si se considera que los tratamientos y las intervenciones quirúrgicas que pueden requerirse cuando la enfermedad ya avanza y puede presentar complicaciones o mayor gravedad, implican mayor demanda de recursos económicos.

Los Seguros de Salud están basados en sistemas de información con software especializado, y una infraestructura médica, técnica, financiera y administrativa, además de solidez financiera.

## **Diferencias con Gastos Médicos Mayores**

Varias son las diferencias entre los seguros de Gastos Médicos Mayores (GMM) y los seguros de Salud. En un principio, el objetivo de GMM, es proteger al asegurado contra alguna eventualidad económica a consecuencia de un accidente o enfermedad. Mientras que el seguro de salud está enfocado a prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar la salud.

Se entiende por salud, el completo estado de bienestar bio – psico - social y no solo la ausencia de enfermedad. Entre otras características de cada uno de estos seguros se encuentran: por el lado de GMM, este es primordialmente curativo; es utilizado por sólo el 11% de la población, es de frecuencia baja y severidad alta, el contacto médico se da postpadecimiento, está orientado a indemnizar; el pago es por servicio dado; y finalmente, se utiliza tecnología actuarial.

Salud, por su lado, es preventivo y curativo, es utilizado por el 95 por ciento de la población, es de frecuencia alta y severidad baja; el contacto con el médico es prepadecimiento; asegura la salud de las personas; maneja esquemas flexibles de pago; y usa tecnología de información.

En conclusión, el propósito de estos productos es elevar el nivel de salud de la población con esquemas flexibles que le permitan el acceso a la atención

médica preventiva de calidad. Al ser diferentes a los productos de Gastos Médicos es necesaria una regulación diferente e independiente por el tipo de servicio que presentarán estas Instituciones de Seguros Especializados en Salud.

## **Reversión de Cuotas**

Es necesaria la reversión de cuotas, esto es, la posibilidad de que las empresas puedan convenir con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que sus trabajadores reciban en una institución médica privada la atención que por ley les corresponde.

Cabe señalar que este esquema está incluido en la propia Ley del IMSS y hasta 1997 este último tenía celebrados convenios de reversión con 709 patrones, y se estima que actualmente 3.5 por ciento de los derechohabientes del IMSS goza de la reversión de cuotas.

Una alternativa es la subrogación con la reversión de cuotas, con la cual se lograría desarrollar un esquema financiero viable, un esquema eficiente de colaboración pública y privada para el otorgamiento de servicios, fomentar la eficiencia y calidad del sistema a través de la competencia, y promover la participación del IMSS como prestador de servicios. Se trata de coadyuvar con el Seguro Social a la prestación del servicio. De ninguna manera, podemos hablar de una privatización del Instituto.

Además, este esquema es utilizado por muchos países que teniendo la seguridad social fuertemente establecida, también facilitan la prestación privada de los servicios de salud e incluso, los mismos organismos públicos se apoyan en los prestadores privados.

La certificación médica a la que se someterán las ISES -que les será otorgada por la Secretaría de Salud- y las instituciones aseguradoras que operarán este ramo, así como la acreditación hospitalaria ayudarán a los prestadores de servicios a garantizar mejores niveles de calidad en la atención. Con esto, la población mexicana contará con mejores niveles para la atención de la Salud.



## **CAPITULO II DESARROLLO DEL SEGURO DE SALUD**

### **PRIVATIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

La privatización de los sistemas de seguridad social es una experiencia extraordinariamente reciente en la mayoría de los países del mundo. Por lo general, no sólo genera un crecimiento significativo en el potencial de crecimiento de la industria sino que también las expectativas legales, las necesidades de los clientes y el ambiente es el del mercado. Este apartado intenta mostrar la diversidad de experiencias en materia de privatización parcial de los sistemas de salud de la seguridad social en las compañías aseguradoras destacadas de América Latina.

#### **MEXICO**

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue creado en 1943 y es operado por el Estado. Los beneficios se financian por medio de contribuciones de los patronos, de los empleados y del Gobierno y fue diseñado para cubrir enfermedad, maternidad, invalidez temporal o permanente, pensiones por jubilación, etc.

La reforma a la ley matriz del IMSS otorgaba a los patronos la facultad de optar por retirarse del sistema a favor de un programa patrocinado por una organización privada, pocas compañías aprovecharon la alternativa. La excepción más notable fue la de las instituciones bancarias que optaron esa opción en 1957. Otras compañías optaron por no ingresar o salirse del IMSS y otras continuaron con el programa de atención médica para sus empleados antes de la creación del mismo (PEMEX) o por no operar en áreas remotas fuera del IMSS (todas las instalaciones (por ejemplo, las compañías mineras). Ciertas entidades, que existieron desde los días de la creación del IMSS, ofrecen servicios de salud a determinados sectores bien definidos, incluyen al ISSSTE (para empleados del Estado) y al IFSM (Instituto Federal de las Entidades) que ofrecen servicios que son financiados en su totalidad o en gran medida por las organizaciones mencionadas en el presente, pueden dirigirse a instituciones públicas de salud como la SSA (Secretaría de Salud y Asistencia), la Cruz Roja o el INI (Instituto Nacional de Seguros).

En 1986 se reformó la Ley del Seguro Social. En consecuencia una parte de las contribuciones destinadas a la cobertura de pensiones se administra en el sector privado a través de las AFORES (Administradoras de Fondos para el Retiro) en las que cada miembro tiene su propia cuenta para el retiro. Esta reforma ha aliviado las dificultades financieras de administración del IMSS en virtud de que el financiamiento para los servicios de salud son insuficientes y se han visto reducidos por los fondos de retiro. Además, debido a una carencia evidente de

medidas de control de costos, el alza de precios en los medicamentos, en el equipo médico y en las hospitalizaciones, continúa incrementándose a una tasa de 15% anual por año.

Es vital asegurarse contar con nuevas medidas para mejorar la calidad de los servicios de salud disponibles para todos los ciudadanos mexicanos. Existe falta de confianza en el sistema de seguridad social por parte de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes. Así mismo, en teoría, todo ciudadano está cubierto por los servicios públicos de salud, un importante porcentaje de la población total carece de ellos.

En abril de 1999, el gobierno mexicano desarrolló una nueva legislación que establece cómo ciertas organizaciones calificadas pueden constituirse como compañías de seguros de salud y operar bajo el sistema de seguridad social y, a la vez, ser autorizadas para operar en el mercado de salud y, en consecuencia, requerir su administración bajo medidas del año 2002, estas compañías deberán de estar funcionando en forma de entidades independientes para proveer los servicios de salud.

La legislación propuesta ha sido aprobada por la Cámara de Diputados. A pesar de ello, a principios de 1999, uno de los líderes del mercado de seguros de salud formó una compañía independiente que ofrece coberturas de Salud, individuales y de grupo. Una vez aprobada esta Ley, el Gobierno Mexicano, en coordinación con el IMSS, establecerá las reglas que rigen la salida de individuos o grupos de la seguridad social que provee el IMSS, procedimiento conocido como "desahucio" y que será de aplicación en los contratos.

En el momento del mercado del seguro individual de Gastos Médicos Mayores de México (303,466 asegurados que pagan primas equivalentes a US\$200 millones (primaria anual individual igual a US\$400). En el seguro de Gastos Médicos Mayores grupo se cubre aproximadamente a 1,729,267 asegurados con un cobramiento de US\$170 millones (prima anual promedio de US\$160).

Las empresas afiliadas al IMSS con frecuencia operan adicionalmente como beneficiarias de la cobertura de seguro privado de Gastos Médicos Mayores de México. En otra parte, al tener acceso por cuenta propia los gastos médicos no cubiertos por el seguro de grupo, se han formado como una compañía de seguros independiente afiliada al IMSS, se requiere que estas personas serán favorecidas por la iniciativa de privatización de la seguridad social ya que podrán contar con una cobertura integral de salud acorde con su situación socioeconómica.

Como se describió anteriormente, es de esperar que tenga un impacto en el mercado de cobertura de Gastos Médicos Mayores Grupo.

Desde 1995, las principales compañías de seguros de México y las administradoras de servicios médicos, han ofrecido coberturas integrales en Salud (similares a las que ofrecen las organizaciones de mantenimiento de la salud de los Estados

Unidos – HMOs) a instituciones bancarias (que antiguamente administraban y manejaban sus propios planes y redes de salud).

Uno de los objetivos de estas actividades fue la de adquirir la experiencia y los conocimientos antes de la subrogación de los servicios del IMSS. Sin lugar a dudas, las compañías aseguradoras que no se han involucrado aún en programas integrales de salud considerarán su participación y las empresas extranjeras están encontrando nuevas y atractivas oportunidades para invertir en México.

## **Reaseguro**

El objetivo del reaseguro es evitar que una reclamación o evento catastrófico desvie los resultados de la aseguradora.

Dentro del ramo de Salud podemos encontrar varios ejemplos de estos eventos catastróficos:

- Accidentes colectivos
- Sida
- Cáncer
- Transplantes
- Congénitos
- Politraumáticos
- Epidemias
- Variaciones económicas

## **Coberturas de reaseguro**

Esquema no proporcional:

- i) Stop Loss Específico
- ii) Stop Loss Agrupado
- iii) Catastrófico

Esquema proporcional:

ii) Quota Parte

La función del Stop Loss Específico es evitar que un evento catastrófico desvíe los negocios de la compañía. Existen varias opciones, por persona o por procedimiento:

- Aplicable a coberturas con límite amplio.
- La prima es pequeña.
- La administración es sencilla.
- Lo más utilizado en Gastos Médicos y Salud.

La función del Stop Loss Agrupado es evitar que la suma de todos los siniestros pagados en un período de tiempo genere una desviación para la compañía. Sus características son:

- Protege contra frecuencia y severidad.
- La cobertura puede ser para toda la cartera, para un subgrupo o para un negocio en particular.
- Se utiliza en grandes pólizas de Grupo y en esquemas de administración.
- La prima es pequeña.
- Requiere de mayor administración cuando la siniestralidad se desvía.

La función del Catastrófico es que cubre la acumulación de varios siniestros en un mismo evento. Sus características son:

- La administración es sencilla.
- La prima es pequeña.
- No debe ser complementario al Stop Loss Específico.
- No es muy utilizado.

El esquema proporcional Quota Parte se comparte la cartera en alguna proporción definida (primas y siniestros). Sus características son:

- El reaseguro se convierte en un socio del negocio.
- Es recomendable en programas Lump Sum para compartir el riesgo con algún socio para equilibrar el portafolio de riesgos.
- Es poco utilizado y poco ofrecido en Salud y Gastos Médicos Mayores.
- Retención al menos del 50%.
- Exige una mayor involucramiento del reasegurador.

## **Ventajas y desventajas del Reaseguro**

### **Ventajas**

- o Proteger la solvencia de la empresa.
- o Permite captar negocios/riesgos que exceden el Límite de Retención.
- o Mayor control presupuestal.
- o La empresa decide su estrategia de administración de riesgos.
- o Es un aliado en el negocio.

### **Desventajas**

- o Costo del reaseguro.
- o Administración (experiencia de control y estadística).

## **Apoyos para el Desarrollo del Negocio**

- o Experiencia internacional.
- o Crecimiento del negocio.
- o importantes inversiones en investigación y capacitación
- o Desarrollo del producto
- o Suscripción
- o Reclamaciones.
- o Acceso a redes en el extranjero.

## **SEGURO DE SALUD EN OTROS PAISES**

### **CHILE**

El primer país latinoamericano en la privatización temprana de su sistema estatal de pensiónes es la que se inspiraron muchos otros países de Latinoamérica. Fue el primer país latinoamericano que privatizó, en 1981, el sistema público de salud. Crearon un sistema que, contrariamente a lo que ocurre con el modelo de pensiones, no ha sido copiado en ninguna parte debido posiblemente a características particularmente únicas.

El sistema chileno de salud no se ha privatizado completamente. Permite a los asegurados optar por salir del sistema público de salud FONASA (Fondo Nacional de Salud) si contratan una cobertura privada con una ISAPRE (Institución de Salud Provisional). Lo que significa que el sistema público debe de existir. Las ventajas de la cobertura privada se encuentran en la libertad de elección, en mejores estándares hospitalarios y en la carencia de listas de espera.

Tanto FONASA como ISAPRE requieren que los asegurados contribuyan con el 7% de sus salarios (con un límite básico). Mientras que FONASA sigue el típico sistema de reparto, el mismo monto contributivo se utiliza para financiar las ISAPRES primas individualizadas actualizadas actuarialmente. Esto convierte al sistema privado chileno en algo único mientras que las contribuciones se basan en el salario, las primas se calculan en función de factores de riesgo tales como la edad y el sexo. El alcance de la cobertura es el único parámetro que varía si la prima es proporcional con el tiempo, si el 7% del salario de un individuo resulta insuficiente para obtener una cobertura integral como ocurre, por ejemplo, en casos de edad avanzada o cuando se incluyen varios hijos. La cobertura obtenida mediante la contribución fija se reduce proporcionalmente. Esto ha provocado que las 36 ISAPRES en operación se hayan visto obligadas a ofrecer miles de tarifas (en un país con una población inferior a 15 millones de habitantes) cuyo precio depende en función del número de la cobertura, de la edad, del sexo, de los antecedentes epidemiológicos y del estado de salud. Como es de esperar, esta diversidad impacta la administración de productos de las ISAPRES y el grado de satisfacción que experimentan los clientes.

El principal problema observado refiere principalmente en la inclusión de gastos médicos hospitalarios, del número máximo de días de hospitalización o de permanencia en una unidad de cuidados intensivos (UCI), del porcentaje del costo cubierto. El inconveniente es que una contribución no permite un plan muy amplio, el contribuyente en caso de sufrir una enfermedad grave, puede verse en la obligación de cubrir una parte importante del costo. Además, si el salario del contribuyente no se incrementa en la misma proporción que la prima de riesgo anual, la cobertura de salud se irá reduciendo a lo largo de los años y la cobertura que alguna vez fue amplia terminará por ser insuficiente.

Por distintas razones, el modelo característico chileno no ha ocasionado inconvenientes importantes en la población cubierta:

1. Los asegurados cuentan con la libertad de pagar contribuciones adicionales (sujetos a suscripción) si consideran que el 7% de su salario no permite comprar una cobertura adecuada.
2. El acceso a FONASA, no cuenta siempre con una supervisión adecuada. Esto ha permitido a los asegurados una cobertura privada ineficiente, recibir atención (sin haber pagado por ella) en el sistema público, muy reconocido por el tratamiento de enfermedades graves.
3. Al jubilarse, cuando sus primas de riesgos aumentan de manera más pronunciada de acuerdo a su edad y muchas veces pierden la cobertura de grupo, los asegurados pueden regresar a la seguridad social (que tiende a tener un mayor grado de "validación" que los planes individuales).

Adicionalmente, esta situación ha creado un mercado para seguros complementarios cuyo objetivo consiste en suplir carencias de la cobertura ISAPRE. Vale la pena mencionar que los grupos complementarios para cubrir los riesgos de cobertura bajo el plan de los ISAPRES no siempre aprueban esta interferencia). Estas coberturas, obviamente difíciles de calificar debido a la amplia variedad de planes de los ISAPRES, se ofrecen generalmente por medio de compañías de seguros, suelen tener deducibles y coseguros aplicados a los riesgos no cubiertos por la ISAPRE, y tienden a no ser costosas.

Las observaciones anteriores pueden interpretarse en el sentido de que la cobertura ISAPRE es generalmente suficiente. Sin embargo, los casos reportados de coberturas inadecuadas de salud pueden generar una publicidad espectacular en los medios y aumentar la preocupación de la población acerca de su propia salud y bienestar, como la consiguiente demanda de coberturas adicionales. Una de las peculiaridades del sistema es el subsidio que se ofrece a la población de menores recursos, lo que hace accesible el sistema a la mayor parte de los grupos socioeconómicos. A pesar de la posible incongruencia que existe entre las primas individuales determinadas actuarialmente y las contribuciones basadas en el salario en la actualidad, 5,9 millones de personas cuentan con una cobertura ISAPRE y representan cerca del 30% de la población. Consecuentemente, la suficiencia de la cobertura es cuestionada y estudiada regularmente por distintos grupos, se han planeado varias sugerencias (por ejemplo, la creación de un fondo de catástrofes financiado conjuntamente por todo el mercado) sin que hasta el momento se haya procedido a una reforma sustancial.

Otro aspecto que ha merecido la atención de los medios y de los grupos de estudio es que las ISAPRES no prevén primas niveladas para una cobertura que se supone vitalicia sino que establecen primas de riesgo anuales. Estas crecen cada vez más rápidamente conforme la edad avanza, lo cual pone en peligro la posibilidad de mantener la cobertura en el caso de personas mayores.

Estudios realizados en 1995 indican que no se trata de un problema serio ya que conforme avanza la edad, las personas van dejando otros pagos de hipotecas, han dejado de pagar coberturas de salud para sus hijos y por ende son capaces de pagar primas mayores para el seguro de salud. Además, el sistema es relativamente nuevo y la mayor parte de sus miembros está constituida por personas jóvenes y saludables (a la fecha habían únicamente el 45% tiene más de 60 años de edad). Los productos de inversión del sistema privado de pensiones fueron excelentes hasta mediados de los 90's, haciendo que los pensionados chilenos gozaran de una relativa prosperidad. Estos factores pueden haber influido en el resultado de los estudios, por lo tanto, es probable que el análisis del modelo de primas niveladas en el seguro de salud (como en el caso alemán, por ejemplo) merezca atención en el futuro.

## **COLOMBIA**

La decisión de reformar el sistema de seguridad social de Colombia (que era similar al de México) fue impulsada por un accidente del ambiente debido a que la mayoría de la población no estaba realmente cubierta. En 1993, se lleva a cabo una reestructuración profunda de la seguridad social con el propósito de crear una cobertura adecuada para toda la población.

Un aspecto del nuevo sistema de salud de Colombia se establece en el Plan Quinquenal de Salud (PQS) y prevé una cobertura integral y eficiente utilizando no sólo el más reciente tecnología de vanguardia. Se utilizan protocolos para los tratamientos, grupos de diagnóstico relacionado (GDRs), medicamentos genéricos, se da énfasis en la medicina preventiva y se excluyen los tratamientos experimentales y cosméticos.

Una ventaja del nuevo sistema se lleva a cabo por medio del régimen contributivo que el régimen subsidiado. Si sus ingresos son suficientes, los empleados, los independientes y los trabajadores independientes están obligados a unirse al sistema contributivo. La contribución es igual al 12% del salario (con un límite máximo), de los cuales el 8% va a cargo del patrón. Se incluye, sin costo adicional a todos los miembros de la familia (dependientes económicos). Para aquellos que no cuentan con los recursos suficientes para realizar contribuciones, el sistema proporciona los subsidios financiados mediante un punto porcentual del ingreso del sistema contributivo a través del fondo de solidaridad, y mediante transferencias realizadas directamente por el Estado. Este financiamiento externo del seguro de salud, por ejemplo el poder garantizar en el año 2003 una cobertura integral para toda la población.



Los elementos fundamentales en la organización y el mantenimiento de la salud son las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios). Mientras que estas últimas incluyen proveedores (que pueden ser privados o no), las EPS siempre y cuando mantengan su autonomía técnica y financiera, las EPS representan la columna vertebral real de la organización del sistema, ya que garantizan proporcionar a sus miembros servicios de salud a cambio de un cambio por capita conocido como UPC (Unidad de Pago por Capitación). La UPC, que incluye un margen del 15% para la administración de las EPS, conceptualizado en 1999, es aproximadamente a US\$120 anuales por persona y tiene por objeto cubrir el costo promedio del POS. Si bien los proveedores de las EPS reciben las contribuciones arriba mencionadas, son financiados por las UPCs de acuerdo a sus calificaciones; si las retribuciones que reciben son mayores a este monto, el exceso debe transferirse al fondo de solidaridad. En caso de que sus contribuciones resultasen insuficientes, es decir, menores al UPC, recibirían subsidios cruzados.

Esta evidencia de subsidios cruzados muestra un paradigma del sistema: la libertad de elección de los usuarios (entre EPS en competencia así como entre proveedores de las IPS que tienen convenios con una EPS) que intenta promover la calidad a través de la competencia. Como es de esperar en el contexto de la solidaridad social, no se permite a las EPS rechazar prospectos, cancelar contratos unilateralmente, aplicar recargos, ni otro tipo de medidas "discriminatorias" a las personas. Existen, sin embargo, diversos copagos como medios de control de costos y financiamientos adicionales que dependen del estado de la persona. Como fin de evitar crisis financieras en el aún joven sistema de salud, también se prevén pagos de especie para algunos tratamientos. Otra medida para salvaguardar la estabilidad de las EPS es la obligación de reasegurar el costo del tratamiento correspondiente a un conjunto definido de enfermedades graves como el cáncer, la cirugía cardíaca, la neurocirugía, los traumatismos importantes, las enfermedades congénitas, la insuficiencia renal crónica y otras. En consecuencia, se ha creado un amplio mercado de seguros "buenos y baratos", y como las aseguradoras locales tienden a retener poco o nada en riesgo de siniestro,

Además de proporcionar la cobertura integral del POS, las EPS son responsables en materia de maternidad, de invalidez temporal, de atención a accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, y de la promoción de la salud. Existen ciertas áreas de salud no cubiertas por las EPS, por ejemplo, la vacunación, la prevención de abuso de drogas, distintos tipos de accidentes de tráfico y los catástrofes. Por otra parte, cuentan con la plena libertad de vender seguros complementarios para cubrir servicios hospitalarios de mejor estándar, tecnología más sofisticada, tratamientos en el extranjero, etc., y que pueden adquirir únicamente aquellos que están afiliados con una EPS.

Debido a su diferente contexto histórico (por ejemplo, la responsabilidad de las pensiones de sus empleados), los antiguos hospitales públicos de la seguridad social se encuentran hoy en una situación particular. Como estos hospitales se

espera deben competir con otras IPS en la prestación del servicio, medio de una autonomía técnica y financiera toda el sector público hospitalario, está emprendiendo cambios destinados a mejorar su competitividad y contribuir a la cobertura de todo el territorio nacional; se observa, aquí también, cierta presencia de subsidios.

En 1995, comenzó la afiliación de las EPS. Desde entonces se han afiliado al sistema el 47% de la población total de 38 millones de personas, de las cuales el 98% de la población asegurada está incluido en el sistema contributivo. Esto muestra que la privatización del sistema de salud en Colombia, un proyecto muy ambicioso y único, se encuentra aún en un proceso de transición hacia una implementación completa. A pesar de ello, ha producido un cambio radical que no sólo ha tocado al (antiguo) sistema de seguridad social y a los proveedores de los servicios de salud sino también a la industria del seguro.

## BRASIL

A pesar de que no se puede hablar realmente de una privatización como tal, en el presente se ven ciertos cambios sufridos por el sistema de salud de Brasil. No se ha estipulado que las personas cubiertas por el sistema de seguridad social puedan optar por darse de baja de éste, pero recientemente se observan esfuerzos de índole política orientados a aliviar a la seguridad social, asegurando que los 40 millones de personas que cuentan con seguro de salud privado (particular) gozan de una cobertura realmente integral. Una de las motivaciones para ello es la creciente crítica de los fanáticos del sistema de salud público (SUS, Sistema Único de Salud) que no ha mejorado claramente, a pesar de los medidas tomadas para ello. Tales como el impuesto a las transacciones financieras que se introdujo hace varios años con objeto de obtener ingresos adicionales para el SUS.

La esencia del reciente paquete de reformas se encuentra en la adecuada supervisión de los proveedores (no aseguradores) de las coberturas de salud y en la contratación de éstos para una verdadera prestación integral. Por razones históricas, las aseguradoras, proveedoras de servicios y otras compañías que ofrecen servicios de seguro están en la posición de seguros, no han estado sujetas al mismo nivel de supervisión. En la actualidad se aplicarán reglas de solvencia, de constitución de reservas y de auditoría similares a las que aplican para compañías de seguros. El aumento de cobertura incluye el eliminar los límites superiores de ésta (que se utilizaban en la duración de la hospitalización o de las estancias en unidades de cuidados intensivos, entre otros), así como la adopción obligatoria de un seguro solidario. Originalmente, todos los proveedores de coberturas de salud estaban obligados a ofrecer una alternativa entre una cláusula de exclusión de enfermedades pre-existentes durante dos años y la aplicación de un recargo, pero es una medida que ejemplifica el razonamiento político, que no siempre concuerda con el punto de vista de la industria aseguradora. De hecho, como no se utilizaban nominalmente recargos en los seguros de salud de Brasil y las compañías usualmente desconocían qué tipo de recargo aplicar, algunos incluso ahora estaban cobrando recargos exagerados solo para evitar que los clientes

contratases esta opción. Consecuentemente, la medida ha sido aplazada hasta el año próximo. Otro ejemplo del impacto del razonamiento político es el requerimiento de que las primas deben ser niveladas para edades de más de 60 años (pueden aumentarse únicamente en razón de la inflación y no por efecto de la edad) y que las primas para este rango de edad más caro no pueden ser mayores de 6 veces la prima de grupo de costo menor. Ambas reglas han levantado críticas de los actuarios de la industria.

### **Perspectiva**

Los cambios que se observan en algunos otros mercados como Argentina y Perú, confirman que la privatización de la seguridad social tiende a ser específica de cada país. Sin embargo, vale la pena observar las experiencias externas al analizar el sistema de un país (como lo demuestra la influencia colombiana en Perú). Aún en aquellos países que no consideran la privatización, continúan reformando sus sistemas de salud (por ejemplo ciertos países europeos), porque la prestación de servicios de salud adecuados para todos los ciudadanos es un reto fundamental de todo gobierno. En consecuencia, la experiencia internacional resulta muy valiosa, ya sea al participar en el diseño o reforma del sistema de un país, o al participar en la selección de cualquier cambio previsto al reformar el sistema de un país.

### **Distintos Mercados – Distintos Mercados del Seguro de Salud**

A nivel mundial, la gran mayoría de productos de seguro de salud es en forma de seguro de salud en el hogar que existen en el sector de la salud y a un costo menor que la población. Este número de variantes puede apreciarse al examinar tres diferentes mercados de salud: los Estados Unidos, el Reino Unido y Alemania.

#### **Estados Unidos**

La mayor parte del seguro de salud en los Estados Unidos es privado. Los empleadores y sus familias quedan cubiertos por medio de seguros de salud privados que proporcionan los patrones. Las coberturas privadas de salud se manejan por medio de productos de grupo estandarizados integrales, con ciertas modificaciones tales como diferentes niveles de contención de costos (managed care), deducibles, coseguros y límites anuales o vitalicios. Otros productos ofrecidos incluyen beneficios dentales, coberturas catastróficas (reembolso de los gastos de tratamiento que excedan altos montos) y coberturas complementarias que cubren los gastos por Medicare.

El sistema de atención pública de la salud está destinado principalmente a las personas de la tercera edad, a los discapacitados y para aquellos que carecen de medios suficientes para comprar un seguro médico privado. Medicare proporciona beneficios para la atención hospitalaria y médica a la mayor parte de las personas de 65 o más años de edad, a los discapacitados y a los que carecen

que padecen insuficiencia renal crónica. Medicaid proporciona seguro a gran parte y médicos a las personas sin recursos suficientes. Más de 40 millones de estadounidenses – muchos de los cuales son empleados de empresas que no proporcionan seguro de salud, otros que están desempleados o que ganan salarios muy reducidos – dependen del sistema público de seguridad social.

### **Reino Unido**

En el Reino Unido existe un sistema estatal de seguros de salud en el que está incluida toda la población. Los médicos tienen status de empleados y el estado financia las clínicas y hospitales. El número de médicos y de hospitales es limitado. Dentro del sistema estatal de salud, las consultas de especialistas están financiadas por médicos generales (GPs) empleados por el estado. Las enfermedades agudas son generalmente tratadas en hospitales estatales o por GPs, pero los tratamientos de enfermedades que no ponen en peligro la vida a menudo van a hospitales por meses. Por esta razón, resultan atractivas las alternativas privadas de salud porque permiten consultas privadas inmediatas con especialistas y un tratamiento oportuno en hospitales privados. Algunos patrones ofrecen a sus empleados pólizas de seguro de salud de grupo como prestación para sus empleados, así como la atención dental puede estar incluida dentro de los beneficios.

### **Alemania**

En Alemania el sistema público de salud proporciona cobertura obligatoria a los trabajadores que ganan menos de DM 6,375 mensuales. Para aquellos que están cubiertos bajo el sistema público, las compañías de seguros de salud ofrecen un número limitado de distintas coberturas complementarias para tratamientos hospitalarios o ambulatorios. Las personas con ingresos superiores a DM 6,375 incluyen así como los empleados independientes y los servidores públicos, pueden estar en el sistema de salud mediante la adquisición de pólizas individuales estatales que proveen beneficios muy generosos.

## **Tipos de Beneficios**

Una de las diferencias más distintas entre los productos del seguro de salud es el tipo de beneficios proporcionados (beneficios de indemnización) después de la ocurrencia de un evento asegurado o el reembolso de los gastos erogados por un proveedor de servicios.

Los beneficios de indemnización generalmente son más atractivos para el consumidor que los beneficios de reembolso son preferidos por el asegurado. Una de las principales desventajas de los beneficios de reembolso desde el punto de vista del cliente es la ausencia de un vínculo con la inflación médica. Puede superarse la desventaja al ligar los beneficios y las pólizas a un índice nacional (por ejemplo, el Índice Nacional de Inflación).

Un ejemplo interesante de las características de estos productos es la cobertura quirúrgica en Israel. El clausurado de la póliza presenta alrededor de 150 procedimientos quirúrgicos. Se establece un monto máximo para cada procedimiento y este monto generalmente refleja los costos reales para cada procedimiento. Por lo tanto, en la mayor parte de los casos, se paga completamente el monto establecido, y el producto se parece más a un beneficio de indemnización que de reembolso. Las coberturas y las primas están en la moneda nacional de Israel.

En algunos mercados, los aseguradores de la salud empiezan a optar por retirarse al sistema tradicional de pago por cada servicio brindado, a favor de un pago por capítula anual. En vez de tener que pagar cada factura que el médico envía al asegurador para el tratamiento del asegurado, el asegurador le paga al médico una cantidad fija por paciente cada año, y esta cantidad debe ser usada para cubrir todos los tratamientos que el paciente requiera a lo largo del año. En un sistema de convenio por capítula los médicos asumen el riesgo financiero y a menos que se ofrezca una cobertura de exceso de pérdida al proveedor del servicio, la compañía aseguradora no corre ningún riesgo. En consecuencia, la diferencia entre las coberturas de indemnización y un beneficio de reembolso resulta importante únicamente cuando el método predominante de tratamiento es el pago por servicios por casos brindados.

Como frecuencia el reembolso no cubre todos los gastos médicos y muchos productos incluyen medidas de participación de costos entre el asegurador y el asegurado. Por ejemplo, algunas pólizas incluyen montos deducibles o de coseguro para reducir la frecuencia de los tratamientos y los riesgos subjetivos (cuando el tratamiento es opcional a discreción del asegurado). El pago máximo también limita frecuentemente, por ejemplo, existen limitaciones para el número de días de hospitalización, para el número de ciertos tratamientos o para pagos de medicamentos por una vida o por vida.

Como un ejemplo de innovación, un nuevo tipo de producto se ha vuelto común en Inglaterra. Está compuesto por 6 coberturas elementales que pueden combinarse con el fin de ajustarse a las necesidades del asegurado. Estas coberturas son:

1. Cobertura hospitalaria (cubre todos los gastos de hospitalización).
2. Beneficio de Procedimientos Asegurados (cubre procedimientos quirúrgicos, por ejemplo, eliminación de cataratas, gastroscopia).
3. Beneficio de medicación para un padecimiento aprobado (cubre los gastos de medicación originados por enfermedades crónicas o para otros tratamientos intensivos costosos).

4. Cuenta de ahorros médicos (fondo utilizado por los miembros para pagar gastos no reembolsados por la póliza; sirve como incentivo para gestionar de la manera más efectiva posible los gastos diarios).
5. Cobertura umbral (cubre gastos elevados del paciente ambulatorio debidos, por ejemplo, a enfermedades crónicas).
6. Incentivos adicionales para el cuidado de la salud (incentivos destinados al asegurado para que haga uso de los cuidados preventivos, para que practique deportes, etc.).

El concepto innovador de este producto radica en que todos los gastos adicionales (a discreción del asegurado), debidos a tratamientos y medicación, se trasladan generalmente al asegurado. Los asegurados pueden pagar estos gastos por cuenta propia o mediante los fondos que se han acumulado en la cuenta de ahorros médicos.

El asegurado cubre todos los gastos cubiertos por enfermedades graves.

### **Seguro de Salud Individual vs Seguro de Salud Grupal**

El seguro de salud grupal es el más utilizado en los países desarrollados. La razón principal de este fenómeno reside en el hecho de que en muchos países (por ejemplo, EUA, Reino Unido, algunos países árabes) para que los patrones obtengan seguro de salud adicional o complementario en sus empleados. El seguro de salud grupal beneficia a una gran cantidad de asegurados ya que una cantidad importante del negocio se cubre en forma simultánea. Usualmente, sin suscripción médica individual, usualmente la administración del seguro de salud grupal es generalmente, menos costoso que la que corresponde al seguro de salud individual. El hecho que el seguro de salud de grupo sea altamente competitivo, aumenta las ventajas.

Desde la perspectiva del asegurado, conviene la adquisición de un seguro de salud grupal, pues los integrantes quedan asegurados automáticamente y el plan está especialmente diseñado para ajustarse a las necesidades del grupo de empleados. Sin embargo, a partir de la edad de retiro,

### **CAPITULO III REGULACION DE BASES TECNICAS Y DOCUMENTACION CONTRACTUAL**

#### **FORMA Y TERMINOS EN QUE SE DEBEN PRESENTAR ANTE LA AUTORIDAD PARA SU REGISTRO**

De conformidad con los Artículos 36, 36 A, 36 B, 36 C, 96 y 107 de la Ley General de Seguros y Fianzas de la República de Guatemala, la Ley de Operación del Seguro de Vida y el Decreto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas relative a las bases de inspección y vigilancia relativas al cumplimiento de las disposiciones legales aplicables de los principios y sanos usos y costumbres en materia de seguros, así como la claridad, congruencia y precisión en los documentos contractuales, las ISES deberán presentar las notas técnicas y los documentos contractuales de los planes de seguros que ofrecen al público en general, conforme a las siguientes disposiciones.

#### **Bases Técnicas**

1. Para el cumplimiento del Artículo 36 A de la Ley citada, relativo al registro de bases técnicas para la determinación de primas, reservas, extras primas, dividendos y en general todos los procedimientos técnicos considerados en el diseño de planes de seguros, así como los procedimientos para la modificación de la mencionada bases técnicas, las ISES deberán presentar original y copia de la documentación correspondiente a la Dirección de Vigilancia del Seguro de Vida de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
2. Para el trámite de registro de bases técnicas se deberá incluir con la nota técnica del plan de seguros que se pretende registrar, una carta de presentación conforme a lo siguiente:
  - a. La carta de presentación deberá contener:
    - Membrete oficial de la institución o sociedad mutualista de que se trate.
    - Dirección para ser notificado: calle, número, colonia, código postal, teléfono y fax.
    - Descripción de la solicitud, aclarando en su caso, si es una modificación o reposición por extravío.
    - Firma, nombre y cédula profesional del Actuario responsable de la revisión de la nota técnica.
  - b. Visto bueno del encargado, responsable o directo del área técnica de la ISES.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

b. La nota técnica del plan de seguros deberá contener los datos que a continuación se mencionan, según apliquen para el ramo y operación de que se trate:

I. Las características generales del plan:

- Nombre completo del plan (en su caso).
- Descripción de la cobertura básica.
- Descripción de las coberturas adicionales (en su caso).
- Temporalidad del plan.
- Operación y ramo en el que se registrará.
- Para los planes del ramo de Salud, hay que indicar si se utilizarán recursos propios o de terceros.

II. Hipótesis demográficas y financieras.

- Hipótesis demográficas: se indicarán las tablas de morbilidad que se utilizarán, así como las tablas de mortalidad vigente.
- Hipótesis financieras: se indicará la tasa de interés técnico que se utilice para la determinación de la prima y de la reserva, atendiendo a la normatividad vigente.

III. Procedimientos técnicos.

- Primas de riesgo, de tarifa y extraprimas: indicar el procedimiento para su determinación, demostrando con procedimientos actuariales, técnicos y financieros que estos son suficientes para garantizar el interés de los asegurados, así como la solvencia de la institución o sociedad mutualista.
- Reservas técnicas: en forma detallada se indicarán los procedimientos para su cálculo y constitución, ajustándose a las normas legales vigentes y a criterios universalmente aceptados.
- Valores garantizados: detallar el cálculo y forma en que se otorgarán.
- Gastos de administración: se indicará el valor de los recargos por este concepto.
- Gastos de adquisición: se indicará el valor de los recargos por este concepto.
- Deducibles, copagos y franquicias.
- Dividendos y bonificaciones: se deberá detallar el procedimiento con que se otorgarán, en el entendido de que dichos procedimientos deberán satisfacer los principios técnicos y actuariales, así como las normas legales vigentes.
- Fondos de administración: detallar los conceptos por los que se generarán los procedimientos técnicos y periodicidad con que se determinarán, así como la forma en que se administrarán.
- Otros elementos técnicos: cualquier otro que sea necesario para la adecuada instrumentación del plan de que se trate.



- c. Adicionalmente a la información requerida en los puntos 1 y 2 se entregará un resumen sobre las características principales del plan que se someta a registro en el sistema en medio magnético que para tales efectos proporcione la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
3. Toda nota técnica que se someta a registro, deberá contener nombre, firma y cédula profesional de un Actuario, quien deberá revisarla previamente y certificar que la referida nota técnica está elaborada conforme a las normas legales vigentes y que los procedimientos para la determinación de la prima, reservas y demás elementos técnicos que la integran, sean correctos, manteniéndose responsable en todo caso de las irregularidades que se observen durante la gestión del registro correspondiente.
  4. Los registros de modificación de una nota técnica previamente registrada, deberán indicar la fecha, el número de oficio o de registro del plan que se modifica y en qué consiste la modificación, aclarando en todo caso si se seguirá comercializando el plan correspondiente conforme a su modalidad anterior o si se comercializará conforme a las modificaciones realizadas.
  5. En el desarrollo y contenido de una nota técnica no se podrán hacer referencias a procedimientos o parámetros establecidos en textos, publicaciones o en notas técnicas registradas previamente, por lo que todos los procedimientos y parámetros que resulten necesarios, deberán aparecer expresamente en la nota técnica que se someta a registro.
  6. Para efectos de la inspección y vigilancia, las ISES deberán mantener en sus archivos, un tanto de las notas técnicas registradas de los planes en vigor, en caso contrario, las deberán elaborar y registrar nuevamente, con los procedimientos e hipótesis originalmente registrados, aclarando en la carta de presentación de que se trata un registro para reposición por extravío de la nota técnica original.
  7. Las ISES deberán registrar las bases técnicas de los contratos de no adhesión, atendiendo a las disposiciones legales vigentes. En dichas bases técnicas se deberán especificar las condiciones especiales que justifican que el plan se considere como contrato de no adhesión.
  8. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, deberán presentar conjuntamente con las notas técnicas que sometan a registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ya sea tratándose de un nuevo registro o de la suspensión o modificación de alguna nota técnica previamente registrada, tres copias de un listado en los que se indiquen los prestadores de servicios con los que se han celebrado o haya reservado contratos para la prestación de los servicios relacionados con las coberturas consideradas en las notas técnicas de que se trate, en el cual se mencionan la fecha de inicio de vigencia de dichos contratos, así como los tipos de servicios que ofrecen y, en caso de tratarse de médicos, su especialidad. En caso de que para un nuevo registro, justifique la modificación de nota técnica el listado de prestadores de

servicios sea igual a alguno previamente presentado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se podrá mencionar este hecho en la carta de presentación, indicando el registro de nota técnica al cual se asocia. Únicamente para el caso de sustitución o modificación de nota técnica, se podrá presentar el listado anteriormente descrito con las altas y bajas de prestadores de servicios con relación al listado enviado para la nota técnica que se sustituye o modifica.

Dicho listado deberá hacerse conforme al formato que se presenta al término de este capítulo. Asimismo, se deberá presentar tres copias de los contratos tipo que realicen con los prestadores de servicios enlistados, los cuales deberán indicar claramente sus alcances y efectos legales. Se entenderá por contrato tipo aquel que elaborado por las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud en términos generales se suscriba en la misma forma y condiciones con los prestadores de servicios.

Otra mención que los ISSES deberán conservar los contratos que celebren con terceros para la prestación de los servicios y deberán presentarlos o proporcionarlos a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando así lo solicite.

## **Documentación Contractual**

2. Para el registro de la documentación contractual, las instituciones de Seguros Especializadas en Salud deberán presentar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas: **los**

los contratos de adhesión y las cláusulas adicionales cuyo registro se solicite, los que deberán ir acompañados por los demás documentos que formen parte de los mismos y que sean necesarios para su operación, como son: **el** Contrato, Condiciones, Cédulas, Consentimientos, Cuasileyendas, Recibos de Pago de Primas y **entre** aquellos que deban ser firmados por el contratante o asegurado, indicando el nombre del plan respectivo, así como el o los documentos, si son nuevos, si sustituyen a otro u otros ya registrados, o si se trata sólo de una modificación, debiendo en su caso, señalar el número y fecha del plan correspondiente, manifestando además con qué nota técnica estará relacionada la operación de los mismos, proporcionando el número y fecha de su registro.

Asimismo, también deberán cuidar que la documentación que se presente:

- a) Este en idioma español y con caracteres legibles a simple vista.
- b) No contenga estipulaciones que se opongan a lo previsto en las disposiciones legales que le son aplicables y que no establezca obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para los contratantes, asegurados o beneficiarios.

- c) Establezca de manera clara y precisa el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios.
  - d) Incluya los aspectos y cláusulas necesarias conforme a las disposiciones legales aplicables y a los lineamientos que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas les ha dado a conocer.
  - e) Concierden plenamente con la nota técnica, cuyo registro se encuentra vigente.
10. Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud deberán presentar por duplicado el folio explicativo incluyendo el suplemento que entregarán junto con el producto de origen a registrarse.

**RELACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS**

**INSTITUCION:** (Número de la ISB)

**NOTA TECNICA:** (Número del plan o producto que se presenta a registro)

Prestador	Fecha inicio	Tipo de servicio que ofrecen (en caso de médicos, indicar especialidad)
1. Hospital	Indicar fecha de inicio de vigencia de la vigencia del contrato con el IMSS (Hoja 1)	Indicar el tipo de servicios que ofrece el Prestador, en caso de médicos indicar especialidad.
2. Hospital	Indicar fecha de inicio de vigencia del contrato con el IMSS (Hoja 2)	Indicar el tipo de servicios que ofrece el Prestador, en caso de médicos indicar especialidad.
3. Hospital, etc.	Indicar fecha de inicio de vigencia del contrato con el IMSS (Hoja 3)	Indicar los servicios que ofrecerá el Prestador, en caso de médicos indicar especialidad.

## **CAPITULO IV CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE SALUD**

### **Objeto del Seguro**

LA COMPANIA, SEGUROS DE SALUD, S.A., en lo sucesivo "La Compañía" otorgará el seguro de Salud al Titular de Salud resultante la obligación del pago de la prima que en cada caso corresponda a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta durante la vigencia de la póliza a la(s) persona(s) contemplada(s) en la cobertura de la póliza y/o en la relación de Asegurados, de conformidad con las Condiciones Generales, particulares o especiales que contenga el plan.

### **Definiciones**

#### **Póliza de Seguro**

Es el instrumento que instrumenta el contrato de seguro y que contiene las normas que lo rigen, tanto general y particular, regula las condiciones contractuales convenidas entre La Compañía y el Asegurado y/o Contratante.

#### **Contratante**

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

#### **Asegurado Titular**

Es la persona física asegurada que firma como responsable en la solicitud de la póliza.

#### **Dependientes Económicos**

Se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular al Conyuge o conviviente, sus hijos menores por tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil del Distrito Federal y los hijos solteros menores de 25 años, que no se sustentan por su trabajo personal.

#### **Asegurados Totales**

El Asegurado titular y sus dependientes económicos, aceptados como Asegurados por La Compañía y que aparecen referidos en el registro de Asegurados de la póliza.

### **Enfermedad**

Es la alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes nocivos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico, indicado por médico titulado con cédula profesional. Para estos fines, no se considerarán bajo esta definición, las provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las recaídas o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

### **Enfermedad Congénita**

Se entenderá como congénita, la enfermedad con la que se nace o que se contrae en el útero materno.

### **Accidente**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta, que produce lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerará accidentalmente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado, ni aquellas cuyas complicaciones se manifiesten después de los 60 días naturales siguientes a la fecha del accidente, salvo que se presenten inmediatamente como enfermedad.

### **Urgencia Médica**

Es la aparición repentina de una alteración de la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del asegurado o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus miembros.

### **Suma Asegurada**

La responsabilidad de responsabilidad de La Compañía, por cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a las limitaciones contempladas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas complementarios para cada cobertura.

### **Deducible**

Se entenderá por deducible los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el monto establecido en la carátula de la póliza por cada Enfermedad Amparada.

excepto cuando en un Accidente, queden simultáneamente afectados varios Asegurados de una misma póliza, caso en el que se aplicará una sola vez.

**Coaseguro**

Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el deducible en el caso de enfermedad cubierta. Dicho porcentaje queda indicado en la carátula de la póliza.

**Copago**

Cantidad a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Esta cantidad queda indicada en la carátula de la póliza.

**Médico**

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer la profesión por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

**Hospital o Sanatorio**

Instalación o planta autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuenta con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras durante las 24 horas del día.

**Hospitalización**

Es la estancia continua en un hospital, sanatorio o clínica mayor a 24 hrs., siempre que esta estancia sea justificada y comprobable para el padecimiento a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.

**Ambulatorio**

Son todas las atenciones médicas que no requieran de hospitalización mayor a 24 horas.

**Endoso**

Documento que modifica, previo acuerdo de las dos partes, las condiciones del contrato y forma parte de este.

**Periodo de Espera**

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del asegurado para que se pueda cubrir un padecimiento, de acuerdo a las especificaciones de la póliza.

### **Periodo de Gracia**

Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir de la fecha indicada como inicio de vigencia en la carátula de la póliza o de la fecha de vencimiento del pago de la prima, durante el cual el Contratante debe liquidar el total de la prima o cada uno de los parcialidades pactadas en el contrato. Durante este periodo el Asegurado goza de la cobertura de la póliza. En este periodo no operará el pago directo. Las reclamaciones presentadas y procedentes serán cubiertas por reembolso.

### **Periodo al descubierto**

Tiempo durante el cual la póliza no está pagada. Empieza al día siguiente de hacerse temerario el tiempo de espera y termina al momento de recibir el pago completo de la prima o la fracción previamente pactada.

No se pagarán las reclamaciones por enfermedades o accidentes cuyos síntomas o signos hayan iniciado durante este periodo.

**Proveedores de servicios en convenio**

Son aquellos médicos, hospitales y otras instituciones de salud, que están en convenio contractual con La Compañía.

### **Medicina Preventiva**

Consiste en exámenes periódicos especificados en las presentes Condiciones Generales para los que tiene derecho el Asegurado con el fin de detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen su avance, son indoleable y evitan un padecimiento mayor.

### **Gasto Médico Menor**

Consultas Médicas y Estudios de Laboratorio y Gabinete a los que tiene derecho el Asegurado como se especifican en las presentes Condiciones Generales.

### **Red Médica de La Compañía**

Médicos y hospitales contratados con La Compañía, por convenios que tienen por objeto proporcionar a los Asegurados los servicios de **Gastos Médicos Menores** y de **Medicina Preventiva**.

### **Médico de Primer Contacto**

Médico de la Red Médica de La Compañía que puede ser médico general, familiar, gineco-obstetra, pediatra o médico internista, que proporciona servicios médicos a los asegurados.

#### **Médico Especialista**

Médico de la Red Médica de La Compañía, con alguna especialidad médica, que presta servicios a los asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad.

#### **Tabla de Intervenciones Quirúrgicas**

Relación de intervenciones quirúrgicas que determina el monto máximo que pagará la Compañía para cada enfermedad o accidente cubierto por contenido de pólizas quirúrgicas.

#### **Programación de Cirugías**

Autorización previa que el asegurado recibe por la futura realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico.

#### **Pago Directo**

Sistema de pago en el cual La Compañía liquida directamente a los prestadores de servicios en convenio, los gastos cubiertos en la póliza por los servicios médicos de Asegurado.

#### **Pago por Reembolso**

El monto a pagar se paga de acuerdo al Tabulador de La Compañía que está contemplado en la póliza y que La Compañía efectúa directamente al Asegurado cuando presenta una reclamación amparada por la póliza y la atención médica (urgencia/emergencias médicas) no se efectuó con los recursos médicos en convenio de La Compañía o bien, en los casos en que la póliza se encuentre en vigencia de la póliza.

#### **Padecimientos preexistentes**

Un padecimiento es preexistente cuando:

- haya integrado un diagnóstico médico previo y/o
- haya manifestado síntomas o signos y/o
- haya aparecido a la vista y por este se haya erogado gastos.

Antes de iniciar el conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este seguro para cada asegurado y de los precedentes de los que constituya la



renovación, conocido y no declarado, en los términos del Artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

#### **Cambios en la red de infraestructura hospitalaria**

La Compañía informará a los asegurados por escrito los cambios que ocurran en la Red de Hospitales, dentro de los 15 días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

### **Cláusulas Generales del Plan Global de Salud**

#### **Contrato**

Constituyen prueba de este Contrato y forman parte de los mismos las condiciones generales de contratación por escrito a La Compañía en la modalidad de salud, las condiciones generales, la carátula de la póliza, los estatutos de la Compañía, el registro de Asegurados, las cláusulas y los endosos autorizados.

#### **Vigencia del Contrato**

Este Contrato estará vigente durante el periodo que aparece en la carátula de la póliza.

#### **Renovación No Automática**

Este contrato no se renovará automáticamente por periodos de un año, siempre y cuando las dos partes lo estipulen por escrito, dentro de los últimos treinta días naturales de vigencia de cada periodo, de otra forma se tendrá por no renovado.

#### **Modificaciones y notificaciones**

Ninguna función, condición o modificación de las pautadas expresamente entre las partes y que consista por escrito o mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Toda notificación a La Compañía deberá hacerse ante el representante legal de la Compañía o a quien aparece en la carátula de la póliza.

#### **ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sean el día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se

considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus modificaciones. Este mismo derecho se hace extensivo para el Contratante.

#### **Omissiones o inexactas declaraciones**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a La Compañía de acuerdo con 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 la información que consta en la solicitud y los cuestionarios relativos, aun cuando no haya influido en la realización del siniestro, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato (Art. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

#### **Moneda**

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio de venta, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente al día de la erogación de los mismos.

#### **Rehabilitación**

En el supuesto de lo dispuesto en las cláusulas 9 y 10 de estas Condiciones Generales, el Asegurado podrá dentro de los treinta días naturales siguientes al último día del período de gracia señalado en dichas cláusulas, pagar la prima de este seguro o la parte que pendiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en este caso, por el valor hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados con el comprobante de pago presentando la vigencia original. Se protegerán automáticamente por un lapso de gracia comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que se efectúa la rehabilitación.

En el supuesto de no haber pagado el pago de que se trata, el Asegurado podrá por escrito que este seguro conserve su vigencia original, ajustada y en su caso devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período de gracia, en el cual cesaron los efectos del mismo conforme al Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del trámite precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Si, respecto de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar La Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso La Compañía responderá de Enfermedades o Accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día en que surte efectos la rehabilitación.

**Cambio de Plan**

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de Plan, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, reconociendo su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra.

Los padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el cambio de Plan, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ese mismo Plan.

Para los padecimientos originados durante la vigencia o vigencias anteriores, se aplicarán los límites y condiciones de las pólizas anteriores, según corresponda.

**Prima**

La prima total de esta póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas.

En cada renovación se aplicará la prima correspondiente de acuerdo a las tarifas que se encuentran en vigor a esa fecha, y que fueron registradas en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**Forma de pago**

El Contratante puede optar por pagar la prima anual o de manera fraccionada, ya sea por cada semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso se aplicará la tasa de fraccionamiento pactada entre La Compañía y el Asegurado en la fecha de celebración del Contrato. La prima o cada una de sus fracciones, vencerán al vencimiento del período pactado.

El Contratante gozará de un período de espera de treinta días naturales para cancelar el total de la prima o cada una de sus fracciones pactadas en el Contrato. A las doce horas del último día del período, los efectos del Contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

En este periodo no se otorgará el servicio de pago directo si la póliza no ha sido pagada.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Los pagos deberán efectuarse en las oficinas de La Compañía a cambio de un recibo expedido por la misma.

### **Edad**

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años de edad.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la edad de cada Asegurado y una vez comprobada, deberá aceptar o no la propia póliza o extenderá o no comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre su edad.

Si se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, La Compañía reembolsará el 66% de la prima que pago en exceso al contratante, las primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

### **Movimientos de Asegurados**

El Contratante deberá solicitar por escrito los movimientos de inclusión (alta) y exclusión (baja) de los miembros de la póliza.

### **Allas**

Cualquier persona que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza podrá ser incluida mediante solicitud por escrito del Contratante a La Compañía y mientras esté en vigor la póliza, El Contratante deberá indicar el tipo de Plan o cobertura que le corresponde al Asegurado.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia, quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil,

siempre y cuando La Compañía reciba aviso por escrito del Contratante durante los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de dicho matrimonio.

Se deberá adjuntar el acta de matrimonio respectiva y pagar la prima correspondiente. Si se trata del concubinario, éste podrá darse de alta desde la fecha en que se acredite a La Compañía su carácter de concubino, conforme a las disposiciones relativas del Código Civil para el Distrito Federal. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de La Compañía.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, La Compañía cobrará la prima correspondiente del Asegurado, calculada en proporción desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

#### **Bajas**

##### **Pólizas Individuales**

Cesarán las bajas de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la Compañía, ya sea por los beneficios cesarán desde el momento de la separación, excepto por los siniestros ocurridos antes de la fecha de solicitud de baja.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza, a partir de la siguiente renovación, los que:

- a) Contraigan matrimonio.
- b) Cumpian 25 años de edad.

##### **Pólizas de Grupo y Colectivo**

Cesarán las bajas de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la Compañía, ya sea por los beneficios cesarán desde el momento de la separación, excepto por los siniestros ocurridos antes de la fecha de separación.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza a partir del momento en que se produzca en La Compañía cualquiera de las situaciones citadas a continuación, debiéndose adjuntar las tarjetas de identificación debidamente inutilizadas.

##### **La esposa(o) o concubina(o):**

- a) En caso de divorcio o término del concubinato.

##### **Hijos (as):**

- a) Al contraer matrimonio.

b) Al cumplir 25 años de edad.

### **Para Pólizas de Individuales, de Grupo y Colectivo**

En caso de la fallecimiento de un Asegurado, durante la vigencia de la siguiente póliza, La Compañía devolverá al Contratante el 46% de la prima neta no devengada correspondiente a dicho Asegurado, a menos que exista un siniestro afectando a ese Asegurado, en cuyo caso, no habrá devolución de prima ya que se considera devengada en su totalidad y la póliza continuará en vigor.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

### **Comunicados**

Los avisos o comunicados deberán hacerse por escrito al domicilio de La Compañía, S.A.P.R.O.S. S.A.

Los comunicados que La Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que se hayan registrado.

### **Pago de reclamaciones**

El beneficiario del reclamo debe dar aviso por escrito a La Compañía de cualquier accidente que dé lugar a una reclamación por motivo de indemnización. También podrá por aviso a la Asistencia Médica Teléfonica dentro de las 24 horas siguientes del accidente y de los síntomas de la enfermedad. En caso de accidente, el asegurado deberá comprobar las lesiones ocasionadas por éste, con este fin de Imagenología que los sustentan.

La Compañía únicamente pagará los honorarios de médicos y enfermeras, dentistas y legítimamente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean pacientes directos del Asegurado, y los gastos de internación efectuados en cuarteles y hospitales legítimamente autorizados.

El pago de prima no se aplicará a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

El Asegurado tendrá dos opciones para reclamar su siniestro: Pago Directo y Vía Reembolso.

Para el pago directo, se debe tramitar la autorización de la atención médica requerida en hospitales y con médicos de la Red, de acuerdo con el manual del Asegurado. Después de ser autorizada su atención, se someterá al procedimiento requerido.

En caso de realizarse la atención médica en hospitales y con médicos fuera de Red, se pagará vía reembolso, debiendo comprobar a La Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía los trámites de declaración correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro trámite que La Compañía juzgue necesario para la mejor apreciación del siniestro.

Después de recibir todos los documentos, datos e informes que le permitan dictaminar si procede o no la reclamación, y en caso de que esta proceda, La Compañía pagará por éste, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de la documentación.

**Indemnización por Mora.** 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 cumpla con la obligación de pagar la indemnización estipulada o tanta en los términos del Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o Tercero damnado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Art. 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a partir del día de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haya restablecido la obligación.

**Periodo de pago del beneficio.** Mientras se mantenga la vigencia ininterrumpida de la póliza para cada Asegurado, los gastos por causa de enfermedad o accidente que se produzcan durante la vigencia hasta certificarse la curación del padecimiento de que se trate, se cubrirán de esta manera o no exceder la suma asegurada convenida por la póliza, a la par que el periodo de dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia de la póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

Si esta póliza no se renueva y existieran gastos erogados por conceptos de padecimientos o tratamientos iniciados en vigencias anteriores con La Compañía, estos se cubrirán hasta certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica o hasta que se agote el remanente de la suma asegurada contratada en la vigencia correspondiente o hasta dos años a partir de la fecha de término de la póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

**Otros seguros**

Si los gastos cubiertos por esta póliza estuvieran amparados en todo o en parte por otros seguros de La Compañía o de otras, La Compañía pagará la indemnización correspondiente hasta el monto de la suma asegurada pudiendo

repetir contra las demás compañías en proporción a los beneficios que cubra cada póliza.

### **Terminación anticipada**

Cuando el Contratante no desea continuar con la póliza de seguro, deberá presentar un aviso con treinta días naturales de anticipación a la fecha de terminación. El Contratante tendrá derecho a que se le reembolse el 66% de la prima neta no devengada, a menos que exista un siniestro afectando la póliza, en cuyo caso, no habrá devolución de prima, ya que se considera devengada en su totalidad.

### **Prescripción**

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

### **Competencia**

En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus Oficinas Centrales o en la Delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del Asegurado o en la Unidad de Atención de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros, en los términos de los Arts. 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen.

El reclamante podrá acudir al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros o de quien ésta proponga, sin perjuicio de los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la Institución de Seguros.

Asimismo se podrá acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

### **Ocupación**



Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a la Compañía quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo a que está expuesto el Asegurado o bien a excluir los siniestros derivados de dicho riesgo.

### **Residencia**

Para efectos de este Contrato únicamente podrán quedar protegidas por La Compañía las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana. En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de tres meses y por un máximo de doce meses, deberá avisar anticipadamente a La Compañía de este hecho, cualquier siniestro que ocurra durante este periodo, no quedará cubierto. Si su estancia en el extranjero es mayor a lo señalado anteriormente, se procederá a cancelar el certificado correspondiente.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **Cobertura Básica**

En el caso de enfermedad directa de una enfermedad y/o accidente, el Asegurado será libre en los gastos que a continuación se mencionan. La Compañía cubrirá el costo de los mismos, de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en la póliza de la póliza.

En cualquier caso deberá tener siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente.

### **Ambulatorios**

Las personas aseguradas son desde el nacimiento hasta los 64 años de edad, con garantía de renovación anual.

Se cubrirán consultas con médicos generales y especialistas tanto para los beneficiarios cubiertos como no cubiertos como Gastos Médicos Mayores, con excepción de las consultas mencionadas en las exclusiones. La cobertura comprende un límite hasta por \$2,000 por procedimiento.

El Asegurado tendrá derecho a las consultas médicas mencionadas en el párrafo anterior únicamente en las instalaciones y con los médicos de la Red Médica de La Compañía mediante la realización del copago, que será de \$150, el cual incluye estudios de laboratorio y/o gabinete y medicamentos necesarios y autorizados por el médico tratante en el formato ORDEN DE ATENCIÓN con el número de autorización correspondiente.

Los estudios de laboratorio y/o gabinete deberán ser realizados en los lugares designados por La Compañía para tal efecto.

Los medicamentos se podrán conseguir en las farmacias de los almacenes que se han convenido con La Compañía.

El Asegurado podrá contar con el beneficio de médico a domicilio, previa autorización de la Atención Médica Telefónica, mediante la realización del copago de \$200, el cual incluye los estudios de laboratorio y/o gabinete y medicamentos necesarios y autorizados por éste.

Esta cobertura no se aplica deducible ni con seguro. Únicamente el copago correspondiente indicado en la carátula de la póliza por cada una de las consultas que recibe el Asegurado.

En el caso de que el Asegurado sea atendido con médicos que no pertenezcan a la Red Médica de La Compañía, se cubrirá mediante reembolso hasta tres veces el monto que cobren los médicos de cabecera o preferidos. En estos casos no se

abrarán estudios de laboratorio y/o gabinete ni medicamentos. El reembolso se estructurará de acuerdo a un tabulador por tipo de especialidad.

Contamos con Asistencia Telefónica las las 24 horas de los 365 días del año con cobertura nacional, el cual incluye:

- a) Información general sobre la cobertura de póliza.
- b) Concurrencia y confirmación de citas.
- c) Asistencia Médica Telefónica.

Se cubrirán hasta tres traslados al año en ambulancias de terapia intensiva o reanimación y cuando el Asegurado cuente con la autorización correspondiente.

## **Hospitalarios**

### **Gastos de Hospitalización y Médicos**

Se cubrirán los gastos relacionados por instituciones o por personas autorizadas para prestar el servicio de su actividad, que no sea familiar directo el beneficiario.

#### **1. Honorarios quirúrgicos.**

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes e instrumentistas, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo a los siguientes límites:

- a) Honorarios cubiertos en el catálogo de intervenciones Quirúrgicas, que forman parte de este contrato sujeto a estas condiciones generales. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el catálogo se valorarán por similitud a las comprendidas en el.
- b) Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones. La Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando los montos estipulados en el catálogo de honorarios quirúrgicos sean iguales. Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos tradiciones dentro de una misma especialidad, los honorarios serán cubiertos al 100% para la intervención que tenga el valor más alto más el 50% de la o las siguientes. En el caso de un politraumatizado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% de lo marcado en el catálogo.

- c) Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicara dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
2. Honorarios por consultas médicas posteriores a una hospitalización o cirugía. Se cubrirán de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la póliza. Las consultas externas anteriores a un internamiento o cirugía o por procedimientos que no lo requieran, se cubrirán de acuerdo a las Condiciones Generales de Gastos Médicos Menores.
  3. Gastos dentro del Hospital. Representados por el costo de la habitación (privada estándar con baño, de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la póliza), alimentos, medicamentos, laboratorio, gabinete, y atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.
  4. Equipo de anestesia y material médico.
  5. Honorarios del Anestesiólogo, hasta el 30% de los honorarios cubiertos del cirujano.
  6. Costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado, durante la estancia cubierta en el hospital.
  7. Honorarios de enfermeras, que bajo prescripción del médico tratante, sean necesarios para la convalecencia domiciliar, con límite máximo de treinta días naturales.
  8. Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia y otros.
  9. Honorarios médicos por atención hospitalaria sin intervención quirúrgica de acuerdo al Tarifa del médico.
  10. Honorarios de médicos especialistas que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por un médico tratante de la Red.
  11. Cirugía reconstructiva a consecuencia de accidente sólo si el primer gasto se realizó en los primeros noventa días naturales de ocurrido el accidente.
  12. Consumo de oxígeno.
  13. Transferencias de sangre, aplicaciones del plasma, suero y otras sustancias semejantes.

14. Gastos originados por la renta de aparatos ortopédicos y prótesis, que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo con el límite establecido en la carátula de la póliza. En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de La Compañía.
- a) Las prótesis dentales sólo como consecuencia de accidente en diente natural.
  - b) Queda excluida la reposición de aparatos de prótesis.
15. Renta de equipo tipo hospital, que por prescripción médica sea necesario para la convalecencia domiciliaria previa valoración entre el médico tratante y el médico coordinador de La Compañía con un límite de 30 días naturales.

#### **Medicamentos**

16. Los medicamentos suministrados por el Asegurado en el hospital o sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes, que estén relacionados con el padecimiento y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

#### **Estudios de Laboratorio y/o Gabinete.**

17. Análisis de laboratorio y estudios de rayos X, isotopos radioactivos, de diagnóstico por imagen, electrocardiografía y de cualquier otro indispensable que se requiera para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, una vez el paciente haya pagado el deducible.

#### **Cobertura del Recién Nacido**

18. Responsabilidad contractual de los recién nacidos, desde el primer día, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de cobertura continua en la póliza y se haya cumplido con el pago de la prima durante los 90 días naturales de ocurrido el nacimiento, contado a partir de la fecha de nacimiento del nuevo asegurado.

#### **Complicaciones del Embarazo, del Parto o del Puerperio**

19. Mediante período de espera, se cubren las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio de la Cónyuge o de la Asegurada titular, enunciados a continuación:
- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo o parto.
  - b) Embarazo molar.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- c) Los estados de fiebre puerperal.
- d) Los estados de eclampsia y toxicosis gravidica.
- e) Placenta acreta
- f) Placenta previa
- g) Atonia uterina

Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino (a) y el embarazo molar (b) tiene un periodo de espera de 4 meses de cobertura continua. Para los demás incisos el periodo de espera es de 10 meses de cobertura continua.

Las complicaciones anteriores se cubren hasta el límite establecido en la carátula de esta póliza.

#### **Maternidad**

- 20. Se cubre el parto normal o la cesárea con el límite establecido en la carátula de la póliza, siempre y cuando la Asegurada titular o cónyuge tenga por lo menos 10 meses de cobertura continua de este seguro.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y/o el coseguro establecido en la carátula de la póliza.

#### **Uso de Ambulancia**

- 21. Se cubre el traslado en ambulancia terrestre, hacia o desde el hospital y con el límite establecido en la carátula de esta póliza.

#### **Ambulancia Terrestre Especializada para Emergencia Médica**

- 22. En caso de emergencia médica se cubre la ambulancia terrestre, totalmente con los servicios de terapia intensiva. Considerándose como emergencia médica la manifestación o presencia de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida o la integridad física, o que requieren traslado inmediato a la viabilidad de la vida del asegurado. Atenta a lo que este beneficio no se aplicará cuando se trate de una emergencia.

#### **Ambulancia Aérea en caso de Emergencia Médica.**

- 23. Se cubre la transportación en ambulancia aérea en territorio nacional si a consecuencia de una emergencia médica, el asegurado requiere atención médica urgente y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención. Considerándose como emergencia médica, la manifestación repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos. Se considerará el tope especificado en la carátula de la póliza.

Este beneficio no se brindará cuando:

- El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.
- El paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido.
- El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el destino.
- El paciente no tenga una identificación y el número de su póliza de Gastos Médicos.
- Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.

Este beneficio opera a través de pago por reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un coaseguro del 20% sobre el monto total de la factura de vuelo.

#### **Urgencia Médica en el Extranjero**

24. Protege a los Asegurados con cobertura nacional del riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente que pueda ser considerado como emergencia médica fuera del territorio nacional, cuando estén realizando un viaje de placer o de negocios. Considerándose como emergencia médica, la aparición repentina y no anticipada en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o su bienestar, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Los gastos asegurados y deducible para esta cobertura están indicados en la carátula de la póliza.

Al estar estabilizado y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la emergencia médica y por lo tanto, los efectos del beneficio.

- La aseguradora pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

Los Gastos cubiertos para esta cláusula son:

- Cuotas, suero, previas y alimentos del paciente.
- Médicos y/o cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Anestesiólogo. Honorarios profesionales.

Suministro en el hospital. Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.

Servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y/o gabinete, radiografías, relacionados con la enfermedad o urgencia médica, etc.

Servicio de ambulancia terrestre. En la localidad hacia o desde el hospital, siempre y cuando médicamente sea necesario.

Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico.

### **Hospitales**

25. Los hospitales que incluyen el Plan Global de Salud en convenio con La Compañía se mencionan en el anexo de hospitales y forma parte integrante de estas condiciones.
26. Los hospitales donde el Asegurado obtendrá los beneficios de pago directo se anexan a las condiciones generales, en el entendido de que alguno de ellos podría sufrir modificaciones por motivos propios de cada uno de los contratos celebrados con cada proveedor hospitalario o de servicios de apoyo.

### **Pagos complementarios**

27. Hasta agotar la prima asegurada o hasta los 730 días naturales después del primer día de la que le dio origen.

### **Preexistencia**

28. La limitación de esta cláusula, sólo aplica para pólizas de Grupo/Colectivo y con un número mayor a 250 asegurados.

### **Padecimientos con Periodo de Espera**

- a) La cobertura aplica de 12 meses de vigencia continua:
  - a) Nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, varicocele, mamiarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices e insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias, por accidente o enfermedad.
- b) Derivación:

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Asimismo, con un periodo de espera de 10 meses (excepto embarazo extrauterino y embarazo molar que tendrán un periodo de espera de 4 meses) de vigencia continua se cubrirá:

- a) Parto natural, con un límite de 10 SMGM (salario mínimo general mensual).
- b) Cesárea, con un límite de 15 SMGM. Aplica política de deducible y coseguro.
- c) Embarazo extrauterino, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, mola hidatiforme (embarazo molar) fiebre puerperal, placenta previa y placenta adherida.
- d) Cobertura del recién nacido, estarán cubiertos por padecimientos congénitos, nacimientos prematuros e complicaciones que se presenten en el nacimiento.

## Otros Procedimientos

### Fisioterapia

Previo presentación y autorización del programa médico correspondiente, con un límite de 20 sesiones anuales y con el pago de coseguro contratado. Esta cobertura tendrá un periodo máximo de beneficio de dos años en el caso de lesiones derivadas de un accidente reconocido por La Compañía.

## EXCLUSIONES DEL PLAN GLOBAL DE SALUD

### GENERALES

independiente de la admisión al hospital.

1. Atención a los niños para su comodidad personal.
2. Pedicura, manicura, pedicura, cirugías de tipo estético o plástico de mantenimiento y de actividad. Exámenes médicos o estudios para comprobar el estado de salud o check-up.
3. Estudios especiales y del estado de salud de prospectos a ser donadores del Assegurador.
4. Anteojos, lentes de contacto, auxiliares auditivos.
5. Tratamiento médico y quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetrópia, miopía, estrabismo, queratolomía radiada, queratomileusis y epiqueratofagia.
6. Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, nietos) del Assegurador o el mismo Assegurado.
7. Tratamientos dietéticos, de obesidad o complementos vitamínicos.
8. Tratamientos dentales: niveladores, gingivales, maxilofaciales no indispensables por enfermedad o accidente.
9. Impotencia sexual, infertilidad y sus complicaciones, excepto a consecuencia de un accidente o traumatismo.
10. Cirugías de tabique nasal, senos paranasales y estructuras de nariz, excepto en caso de accidente y siempre y cuando se muestre la interpretación de las placas de Rayos X de la primera atención del accidente.
11. Alimentación parenteral, salvo que se trate de hospitalización, caso en el que se otorgará el servicio con límite de 20 sesiones.
12. Tratamiento de la enfermedad de Chagas.
13. Tratamiento medicamentoso de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevi.
14. Tratamiento quirúrgico de Fallos Valvulares o "juarjetas".
15. Gastos realizados por accidentes sufridos del Assegurado durante el internamiento de este en cualquier hospital, excepto como extra, así como el gasto de los acompañantes en el traslado del asegurado como paciente, con excepción del traslado aéreo de un médico. Prematuridad, malformaciones y padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la cobertura de la póliza.
16. Diagnóstico de los asegurados nacidos fuera de la cobertura de la póliza, cuando el diagnóstico se realice antes de salir del país.
17. Gastos de los aparatos ortopédicos y prótesis existentes en la fecha de contratación de la póliza sin importar la naturaleza o causa de la lesión.
18. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías.
19. Tratamientos del lenguaje, audición, corrección de la conducta o aprendizaje, tal como el medicamento, desarrollo y estimulación temprana.

24. Tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente de sus causas u orígenes.
25. Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas y vegetarianos realizados por personas sin cédula profesional específica para estas actividades.
26. Tratamientos experimentales o de investigación.
27. Toda atención o tratamiento otorgado por personas no reconocidas por la Dirección General de Profesiones como médicos alópatas. Accidentes o enfermedades en general producidos por alcoholismo o toxicomanía del Asegurado.
28. Intento de suicidio y/o mutilación voluntaria y sus resultantes, así como lesiones auto inflingidas, incluso si se realizaron en estado de enajenación mental.
29. Lesiones que el asegurado padezca o haya tenido por participar en actos delictivos o linas.
30. Lesiones por actividades militares, actos de guerra, guerrilla, insurrección o rebelión.
31. Lesiones como resultado de ejercer profesionalmente cualquier deporte, así como las sufridas como consecuencia de la práctica amateur u ocasional del fútbol, fútbol base, baloncesto y taekwondo. Asimismo, las lesiones sufridas por la práctica de cualquier deporte considerado de alto riesgo.
32. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea aérea comercial legalmente establecida y concesionada para el transporte regular de pasajeros.
33. Las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar de carreras, pruebas o competencias de velocidad, resistencia o velocidad.
34. Pacientes sometidos por radiaciones atómicas, nucleares o similares.
35. Tratamientos en etapa de experimentación clínica.
36. Tratamientos quirúrgicos o quirúrgicos basándose en hipnotismo, quelaciones y/o magnetoterapia.
37. No se cubrirá ningún tipo de trasplante.
38. Tratamientos y estudios de diagnósticos y control de menopausia, climaterio, osteoporosis (densitometría), así como tabaquismo y alcoholismo.
39. Cirugías, cualquiera que sea su causa.
40. Todos los gastos derivados por tratamientos derivados del Síndrome de Inmunoconexión de la Artritis y sus complicaciones.
41. Compra o renta de zapatos ortopédicos.
42. Lesiones que ocurran estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de cualquier sustancia estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.
43. Infecciones con características psiquiátricas de agresión, intelecto contagiosas, estados de ebriedad o drogadicción.
44. Cuando el asegurado se encuentre fuera de los límites de atención en cada plaza de la República Mexicana donde se cuente con el servicio.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **Coberturas Adicionales**

### **Revisión Clínica Médica (check-up)**

La revisión clínica médica incluye: examen general de orina, determinaciones en sangre de: bilirrubina hepática, glucosa, colesterol, fosfata alcalina y transaminasa glutámico oxalacético pirúvico y electrocardiograma en reposo. Esta cobertura adicionalmente se dará en los hospitales de la Red contratada. Deberá estar sujeta a las condiciones y estatutos de la póliza.

### **Emergencia Médica en el Extranjero**

El presente beneficio se extiende a cubrir a los Asegurados los gastos originados por accidente o emergencia médica, mientras éstos se encuentran en viaje fuera de la República Mexicana y siempre que su estancia sea por un periodo continuo de hasta 30 días naturales, hasta el máximo estipulado en el tabulador de La Compañía y los límites establecidos en la carátula de la póliza de acuerdo al Plan contratado.

Las prestaciones se pagarán en el equivalente en moneda nacional al valor nominal establecido en el tabulador de La Compañía al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, así fijadas en el Diario Oficial de la Federación por el Banco de México, vigente a la fecha en que se incurra en dichos gastos.

Tanto los gastos cubiertos como las exclusiones, son las mismas que se estipulan en estas Condiciones Generales, adicionando las siguientes:

### **Exclusiones de la cobertura de emergencia médica en el Extranjero**

1. Los gastos de traslado por accidente.
2. Los gastos de traslado de familiares o contratados que hayan tenido origen en la República Mexicana.
3. La maternidad o Cesárea.
4. El embarazo y sus complicaciones no estarán cubiertos cualquiera que fuesen sus causas (accidente o enfermedad).
5. Los tratamientos de rehabilitación.
6. El servicio de enfermería fuera del hospital.
7. Los gastos médicos amparados por las condiciones generales de la póliza, que no concilian con la condición de emergencia médica.

## **CAPITULO V BASES TECNICAS DEL PLAN GLOBAL DE SALUD**

### **Definiciones**

#### **Asegurado**

Persona o personas cubiertas por el Programa de Global de Salud y cuyos nombres estén en el padrón certificado correspondiente.

#### **Copago**

El costo de contratar un Programa con copagos, es la cantidad previamente establecida que el afiliado deberá pagar por un servicio específico que reciba en el momento mínimo de validación o recibido directamente al proveedor del mismo. Se establece con la intención de que el Afiliado valore el Servicio y racionalice su consumo. En el caso de no haber el Costo Nominal Servicio.

#### **Dependientes**

Personas que son Afiliados titulares y sus hijos que sean menores, que no tengan ingresos o que sus ingresos sean menores de 25 años de edad. En caso de que el Afiliado titular sea soltero, se podrá considerar a sus padres como dependientes cuando éstos cumplan con los requisitos de aceptación.

#### **Médico de Cuidados Primarios**

El médico responsable de un afiliado afiliado será un médico General, Ginecólogo o Pediatra, quien deberá coordinar todos los aspectos del cuidado médico del afiliado, incluyendo las autorizaciones o referencias a especialistas, hospitalizaciones y otros servicios tales como laboratorio, farmacia, imagenología, rayos X, etc.

#### **Programa de Salud**

El programa de salud cubierto de la salud a todos los niveles respaldado por la Compañía.

#### **Personas Participantes**

Personas físicas e individuos legalmente establecidos y con autorización para ser miembros de salud, previamente seleccionados y convenidos por la Compañía, para participar en el programa Global de Salud.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Salud Administrada

Planificación mediante la cual se brindan servicios de salud a todos los niveles bajo estrictos controles en calidad en atención, tratamientos, utilización de los recursos, costo-beneficio, satisfacción y resultados, dando énfasis a los cuidados preventivos y al establecimiento del buen estado de salud bajo esquemas de costo-beneficio establecidos dentro de una organización especializada para dichos fines. Sus características principales incluyen revisión de la utilización de los recursos en todos los niveles, calidad favorable de costos, oportuna atención de la calidad, todo esto bajo Esquemas de beneficios de salud, asegurando que la vejez sea sana y feliz durante siempre. Controlación de costos, alta satisfacción, mejoramiento de la atención, uso de los recursos al máximo y alta tecnología empleada.

## Características Generales del Plan y su Comercialización

1. **El Plan Global de Salud** se adaptará a las necesidades en las diferentes necesidades de salud desde niveles de la atención primaria médica hasta niveles secundarios para efectos de medicina especializada, tanto diagnósticos, tratamientos, incluyendo medicamentos, cirugía, hospitalización, fisioterapia, etc., incluyendo un tratamiento especializado en el extranjero para el que se hará un estricto control de calidad y de los recursos humanos, tecnológicos, humanos y profesionales en los servicios prestados, lo cual le permitirá ser el más completo y satisfactorio en la satisfacción de sus clientes.

2. El costo de este producto será el más bajo del país.

3. Este producto será vendido cubierto por el seguro en los conceptos contemplados en la póliza de la póliza correspondiente y de conformidad a las condiciones particulares del Plan de Seguro.

4. Este producto será vendido únicamente a los asegurados a los índices publicados por el INPC para el médico para el sector de servicios médicos y salud o el del proveedor del seguro, siempre que éste índice sea menor al INPC, entonces se aplicará el índice del INPC.

5. Este producto se especializará en la cobertura de la póliza de acuerdo a los planes de los Asegurados.

6. Este producto de adaptación será desde el nacimiento hasta los 64 años de edad, cuando exista una edad incremental, dependiendo de la valoración médica de cada beneficiario.

7. Este producto será comercializar este producto será a través de sistemas de venta por el Interbancario de Seguros y corredores, quienes se encargarán de dar a conocer las características generales, funcionamiento y ventaja de estas coberturas.

o Atendimientos,

o Un monto de \$2.000 por padecimiento, especificado en la carátula de la Póliza, actualizándose este límite anualmente.

o Hospitalización,

o Tanto vía admisión o urgencias. El servicio de terapia intensiva también está cubierto.

o Costos del Hospital por concepto de internamiento del Asegurado por causas cubiertas y no cubiertas, que incluyen habitación, pívido estándar, alimentos y medicamentos, anestesiología y gastos involucrados en el tratamiento.

o Hospitales de día o quirúrgica,

o Terapia rehabilitadora y programa menor.

o Honorarios por consultas que realice el Afiliado durante su hospitalización del médico titular habiendo en el capítulo secundario.

o Honorarios por intervención quirúrgica de cirujano y ayudantes. Se cubrirán los honorarios quirúrgicos de acuerdo con nuestra Tabla de Honorarios Médicos, aplicando a los ayudantes el 50% de honorarios. Las intervenciones quirúrgicas de emergencia no se evaluarán en la tabla se valorarán por día/hora.

o Honorarios de anestesiología,

o Montaje de las Internas hospitalarias. Se cubren todos los medicamentos requeridos para el paciente durante su estancia en el hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante.

o Honorarios de terapia, terapia intensiva, intermedia y de recuperación,

o Honorarios de cirugía,

o Honorarios de cirugía de implantación de plasma y vasos,

o Honorarios de enfermería no cubiertos, especialistas legalmente autorizada para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante y cubierto en esta Tabla de Honorarios Médicos.

o Honorarios de otros especialistas cubiertos o existentes a la fecha del contrato de la Póliza.

o Honorarios de diagnóstico por imagen, cuando sea considerado indispensable por el médico tratante.

o Honorarios de terapia alternativa: quiroterapia, fisioterapia, hidroterapia o electroterapia.

o Honorarios de otros procedimientos, tales como: tira de tucks, muestras, etc.

o Honorarios de parto, de natiz y/o cesárea paracutánea que sean originados por el embarazo o parto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza. (en caso de parto de emergencia, con periodo de espera de un año)

o Honorarios de ambulancia terrestre.

o Honorarios de urgencias las 24 horas.

o Honorarios médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que sean considerados cubiertos.

- b) Por accidente o enfermedad, gastos de prótesis ortopédicas, manifiestas, con sus valuaciones o cualquier otro tipo de prótesis. Excepcionalmente la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

c) *Mantenimiento.*

En caso de accidente, no se realizará deductible ni coaseguro.

**Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de un Año**

Los gastos cubiertos con período de espera de un año son: los honorarios y/o honorarios parciales por: Cirujías y/o procedimientos: Anestésicos y/o Anestesia; Prórtesis; Procedimientos: Anorales; Prórtesis y/o Implantes Dentales; Prótesis de la Oído; Heridas; Procedimientos de la Glándula Benigna; Procedimientos de: Piel; Peneo; *Matriz y Overlap*; Procedimientos Prostáticos; Procedimientos de Vesícula y vías biliares; Cataratas.

El onzastraz, también un período de espera de 10 meses de cobertura continua.

Con período de espera de un año: cirujías y/o procedimientos de glándulas: Ampollas y/o ampollas y/o Imágenes y/o Imágenes del recto; Circuncisión.

**BENEFICIOS ADICIONALES**

A cada mes, se adicionan en manera automática, algunos beneficios que hacen este Plan una alternativa atractiva a los beneficiarios, los cuales son en valor agregado:

- 1. Servicio telefónico para emergencias médicas, las 24 horas los 365 días del año, en el número de teléfono de Clientes Fieles de la Red Novamedica.
- 2. La compañía proporciona a nuestros Afiliados por parte de los Prexcedentes, Mail, mediante el cual el costo es de \$250.
- 3. Los procedimientos de cirugía de las extremidades y/o de los miembros de este plan, se cubren de acuerdo a un formulario con los niveles de especialidad: Fisiología (Cirujano/a, Pediatría, Medicina General (con más de 20), \$350); Traumatología, \$350; Urología, \$350; Ginecología, Ginecología, Hematología, Neumología, \$350; Tipos de cirugía que se cubren: Cirugía; Ginecología; Hematología; Pediatría y otros \$450.
- 4. Cobertura para los parámetros de seguro de 100% por hospitalización en 2 (dos) días al día, y en el caso de medicación que sea de carácter vital.

**Técnicas**

En el campo de la cobertura, la virtud es que la Compañía no cuenta con experiencia en el campo de productos de riesgo, ya que aproximadamente el 90% de la cobertura Administradora de Salud son productos sin riesgo, y el 10% restante son productos que se ha tomado la experiencia de la siguiente forma:

- 1. La mayor parte de las coberturas,



Se aplicará deducible y coseguro en todos los casos por enfermedad.

El copago por consulta será de \$150.

Cuando el asegurado haya agotado sus \$2,000 por padecimiento, podrá seguir atendiendo a sus consultas ambulatorias mediante un copago de \$250, sin derecho a medicamentos y servicios de apoyo. Al año siguiente la renovación de este beneficio será reinstalada automáticamente.

Costo por Cobertura.- El costo promedio se obtuvo de la experiencia de la Administradora de Salud y AMIS.

Factores de Incidencia por Grupos de Edades.- En virtud de que no se cuenta con la suficiente experiencia en México, se ha tomado como apoyo una muestra estadística de los seguros de Gastos Médicos Mayores de los resultados obtenidos durante 1997, 1998, 1999 y 2000, que equivalen al 99.6%, 99.9%, 96.8% y 96.2% respectivamente de la cartera del mercado asegurador sobre primas directas. Lo anterior según la Nota Técnica referencial para los Seguros de Gastos Médicos Mayores Individual de AMIS a diciembre de 2001.

La prima de tarifa se calculó considerando:

- Recargo para Gastos de Administración: GA = 17%
- Margen de Utilidad: U = 8%
- Recargo por Gastos de Adquisición: GA = 17%

La tasa de descuento será del 4.5%.

### **Cálculo de las Primas**

#### **Primas Netas por cobertura**

$$Pn_i = F_i * C_i * K_i$$

$$K_i = (1 - \% \text{ coseguro})$$

#### **Prima Neta Única Total**

$$Pn_{UT} = \sum_{i=1}^m Pn_i$$

#### **Prima de Tarifa Única Total**

$$P_i U_T = \frac{Pn_{UT}}{1 - \alpha}$$

Gastos de Administración: An = 17%

Gastos de Adquisición:  $B_n = 17\%$

Margen de Utilidad:  $C_n = 8\%$

$$\alpha = (A_n + B_n + C_n)$$

#### Notación

$Pn_i$  : Prima neta por cobertura.

$C_i$  : Costo promedio por cobertura.

$K_i$  : 1 - % de coaseguro por cobertura.

$Pn_{ut}$  : Prima neta única total.

$F_i$  : Factor de frecuencia por cobertura.

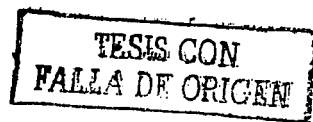
$P_i U_t$  : Prima de tarifa única total.

Para el cálculo de las primas de Tarifa, se procederá a multiplicar el valor de la Tabla de Costos (Primas Netas más gastos de adquisición, administración y utilidad) por el Factor Preferencial de Suma Asegurada, Deducibles y Coaseguros, a este resultado se le agregará el recargo por pago fraccionado, dependiendo de la temporalidad del pago del Producto, el cual será de 6.11% mensual, 5.48% trimestral y 4.01% semestral.

El cálculo de Extraprimas, se realizará de acuerdo al resultado del Dictamen Médico por parte de la Gerencia de Dictaminación de Novamedic Seguros de Salud, S.A. de C.V.

El procedimiento para altas de asegurados se realizará con base a la Prima Neta (sin recargos ni gastos de adquisición, administración y utilidad).

El procedimiento para bajas de asegurados se realizará con base a la Prima Neta descrita el párrafo anterior actualizada a valor presente dependiendo de la fecha de la baja.



**Formas de Pago**

Las primas de seguro serán Mensual, Trimestral, semestral y anual.

**Gastos de Expedición**

Los gastos de expedición serán: Póliza por Título y los familiares.

Nombre	Costo
	\$200.0
<b>Total</b>	<b>\$200.0</b>

El costo de expedición de la póliza será de \$200.00 M.N.

**Reserva**

La reserva de riesgo de la del riesgo de siniestro ocasionado por el operacional o por el robo de bienes, con el cargo de la Prima de Tarifa de una compañía afil. Esta se calcula de acuerdo a la P. U. A.

**RESERVAS**

El monto de la Reserva de Riesgos en Curso, se calculará en base a la prima de riesgo de siniestro, considerando a la fecha de valuación la prima no devengada y el costo de adquisición como lo señale la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Cálculo similar para tal efecto al principio de cada ejercicio.

El monto de la Reserva de Riesgos en Curso, se calculará en base a la prima de riesgo de siniestro, considerando a la fecha de valuación la prima no devengada y el costo de adquisición como lo señale la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Cálculo similar para tal efecto al principio de cada ejercicio.

La Reserva de Cuilactados Pendientes de Cumplir, se procederá a reservar un monto del 10% de la suma de los siniestros de acuerdo a las observaciones de la Comisión de Determinación que la Compañía, independientemente de lo que se indique en la Nota Técnica para tal efecto que se someterá a registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

del 10 por ciento de la Reserva de Sinistros Ocurredos y No Reportados, durante el primer año, se calculará como el 3,5887% del monto de las primas emitidas. Posteriormente, se calculará el Método de la Razón, independientemente de la metodología que nos indique la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### **Plan de Reaseguro**

El programa de reaseguro que la compañía necesite en su momento será de acuerdo al estudio y análisis de la Comisión de Reaseguro, que será registrado ante esta H. Asamblea de acuerdo con lo establecido en la Circular S-9,1 del 8 de febrero de 2000.

### **Estadísticas**

El Comité de Cuantificación Oficial para reportar el Seguro de Salud de la Operación de las Entidades y Federaciones, generará controles y estadísticas propias de cada una de las modalidades de cada Programa de Salud, quedando pendiente de los reportes oficiales.

### **Planes Dinámicos**

El programa de nuestros planes está diseñado para que sea dinámico, de la siguiente manera:

- Planes fijos (seguro).
- Planes fijos (costo fijo).

La diferencia entre cada uno de los planes es el costo que está en relación con las prestaciones que ofrecen y al costo que pagan los Asegurados.

Los planes fijos actuales y los que se desarrollen en el futuro tendrán la característica de ser fijos y variarán los costos por cobertura de acuerdo a la inflación de los costos.

### **Dividendos y Descuentos**

#### **Costo de Grupo y Colectivo**

El costo de cada uno de los planes productos, y en función de las características de cada uno de ellos, en el programa de Asegurados, se pagará la forma de dividendos, se pagará por los costos de la prima de tarifa indicadas.

El costo de grupo, además de cada cuota nueva o de cada renovación, se pagará por los descuentos y fórmula de dividendos por siniestralidad favorable.

**Dividendos**

Para pólizas con número de Asegurados mayor a 150, se aplicará el método de la experiencia propia.

Número de Asegurados	Fórmula	Gastos de Adquisición	Periodicidad del cálculo
151 - 200	$\frac{1}{2} \times \text{Gastos de Adquisición}$	2%	Anual
201 - 250	$\frac{1}{3} \times \text{Gastos de Adquisición}$	3%	Anual
251 - 300	$\frac{1}{4} \times \text{Gastos de Adquisición}$	4%	Anual
301 - 350	$\frac{1}{5} \times \text{Gastos de Adquisición}$	5%	Anual
351 - 400	$\frac{1}{6} \times \text{Gastos de Adquisición}$	6%	Anual

Para pólizas con número de Asegurados menor a 150, se aplicará el método de la experiencia propia.

Dir. 545 P.V. - 1997

**Descuentos**

Los descuentos en tarifas van en función de la comisión de la siguiente forma:

Descuento	Comisión Agente

Costo del Seguro (Compañía)

**COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.**

SERVICIO	ASEGURADOS	SERVICIOS	FRECUENCIA	COSTOS PROMEDIO	PLAN GLOBAL DE SALUD
<b>Ambulatoria</b>					
Consulta General	25000	25000	1.00	200	200
Consulta Especialista	25000	56750	2.27	400	908
Imagenología	25000	12500	0.50	600	300
Laboratorio	25000	41750	1.67	260	434
Endoscopias	25000	1000	0.04	2,500	100
<b>Embarazo</b>					
Hospitalario	17500	350	0.02	12,500	250
Honorarios	17500	350	0.02	9,050	181
<b>Hospitalario</b>					
Honorarios Quirúrgicos	7000	350	0.05	14,000	700
Honorarios Consulta	2917	350	0.12	600	72
Anestesiólogos y ayudantes	5833	350	0.06	3,200	192
Laboratorio	372	350	0.94	250	235
Quirófano	7000	350	0.05	3,000	150
Día cama	7000	350	0.05	1,600	80
Imagenología	3889	350	0.09	600	54
<b>Otros</b>					
Urgencias	4500	266	0.06	300	18
Ambulancia			cuota	350	350
Prótesis	100	3	0.03	800	24
Fisioterapia	15	2	0.15	450	68
<b>Total General</b>					<b>4,315</b>
<b>Prima de Tarifa</b>					<b>57,440</b>
(incluye gastos, utilidad, recaseguro)					

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

Factores de Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro

SALARIO MINIMO GENERAL  
MENSUAL 2003

\$1,310

Suma Asegurada FACTOR

500.000	0.9558
600.000	0.9716
700.000	0.9808
800.000	0.9873
900.000	0.9924
1.000.000	0.9965
2.000.000	1.0000

COASEGURO FACTOR

0%	1.12
5%	1.06
10%	1.00
15%	0.94
20%	0.89
25%	0.83
30%	0.78
35%	0.72
40%	0.67
45%	0.61
50%	0.56

Deducible Factor

\$1.000	1.0718
1 SMGM	1.0560
\$2.000	1.0208
\$2.500	1.0000
2 SMGM	0.9956
\$3.000	0.9792
3 SMGM	0.9435
\$4.000	0.9408
\$5.000	0.9051
4 SMGM	0.8971
\$6.000	0.8715
5 SMGM	0.8543
\$7.000	0.8401
6 SMGM	0.8358
\$8.000	0.8105
\$9.000	0.7828
7 SMGM	0.7784
\$10.000	0.7567
8 SMGM	0.7451
\$11.000	0.7325
9 SMGM	0.7277
\$12.000	0.7106
\$13.000	0.6903
10 SMGM	0.6888
\$14.000	0.6712
11 SMGM	0.6638
\$15.000	0.6530
12 SMGM	0.6480
\$16.000	0.6357
\$17.000	0.6192
13 SMGM	0.6188
\$18.000	0.6036
14 SMGM	0.5986
\$19.000	0.5888
15 SMGM	0.5796
\$20.000	0.5746

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACION

FACTORES PREFERENCIALES

S.A.	\$00,000						
DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1,000	1.1474	1.0859	1.0245	0.9630	0.9118	0.8503	0.7991
1 SMGM	1.1304	1.0697	1.0073	0.9488	0.8783	0.8377	0.7873
\$2,000	1.0928	1.0342	0.9757	0.9171	0.8684	0.8098	0.7610
2 SMGM	1.0705	1.0131	0.9558	0.8985	0.8507	0.7933	0.7455
3 SMGM	1.0559	1.0007	0.9514	0.8945	0.8469	0.7998	0.7422
\$3,000	1.0482	0.9921	0.9359	0.8798	0.8330	0.7768	0.7300
3 SMGM	1.0100	0.9559	0.9018	0.8477	0.8026	0.7485	0.7034
\$4,000	1.0031	0.9430	0.8897	0.8453	0.8003	0.7463	0.7014
4 SMGM	0.9989	0.9370	0.8851	0.8132	0.7699	0.7180	0.6748
\$5,000	0.9903	0.9289	0.8574	0.8060	0.7631	0.7117	0.6688
4 SMGM	0.9329	0.8830	0.8330	0.7830	0.7414	0.6914	0.6497
\$6,000	0.9145	0.8655	0.8165	0.7675	0.7267	0.6777	0.6369
5 SMGM	0.8993	0.8511	0.8030	0.7548	0.7146	0.6665	0.6263
\$7,000	0.8947	0.8468	0.7989	0.7509	0.7110	0.6631	0.6231
6 SMGM	0.8674	0.8212	0.7747	0.7282	0.6895	0.6430	0.6042
\$8,000	0.8380	0.7931	0.7482	0.7033	0.6659	0.6210	0.5836
7 SMGM	0.8333	0.7886	0.7440	0.6994	0.6622	0.6175	0.5803
\$10,000	0.8100	0.7666	0.7233	0.6799	0.6437	0.6003	0.5641
8 SMGM	0.7976	0.7549	0.7122	0.6694	0.6338	0.5911	0.5555
\$11,000	0.7841	0.7421	0.7001	0.6581	0.6231	0.5811	0.5461
9 SMGM	0.7740	0.7323	0.6905	0.6536	0.6190	0.5773	0.5429
\$12,000	0.7607	0.7199	0.6792	0.6384	0.6045	0.5637	0.5298
10 SMGM	0.7390	0.6994	0.6598	0.6202	0.5872	0.5476	0.5146
\$14,000	0.7274	0.6877	0.6504	0.6157	0.5807	0.5404	0.5132
11 SMGM	0.7185	0.6806	0.6415	0.6030	0.5710	0.5325	0.5004
\$15,000	0.7104	0.6725	0.6345	0.5964	0.5647	0.5266	0.4949
12 SMGM	0.6980	0.6614	0.6241	0.5867	0.5555	0.5180	0.4848
\$16,000	0.6937	0.6585	0.6194	0.5822	0.5512	0.5141	0.4831
13 SMGM	0.6805	0.6441	0.6076	0.5711	0.5408	0.5043	0.4739
\$17,000	0.6629	0.6273	0.5918	0.5563	0.5267	0.4912	0.4616
14 SMGM	0.6624	0.6269	0.5914	0.5560	0.5264	0.4909	0.4613
\$18,000	0.6462	0.6115	0.5769	0.5423	0.5135	0.4788	0.4500
15 SMGM	0.6408	0.6065	0.5721	0.5378	0.5092	0.4749	0.4463
\$19,000	0.6303	0.5965	0.5628	0.5290	0.5009	0.4671	0.4390
16 SMGM	0.6205	0.5872	0.5540	0.5207	0.4930	0.4598	0.4321
\$20,000	0.6151	0.5822	0.5492	0.5163	0.4888	0.4558	0.4284





**FACTORES PREFERENCIALES**

S.A. 600.000

DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1.000	1.1664	1.1039	1.0414	0.9789	0.9268	0.8644	0.8123
1 SMGM	1.1491	1.0876	1.0260	0.9644	0.9131	0.8516	0.8003
\$2.000	1.1108	1.0513	0.9918	0.9323	0.8827	0.8232	0.7736
\$2.500	1.0882	1.0299	0.9716	0.9133	0.8647	0.8064	0.7578
2 SMGM	1.0834	1.0254	0.9673	0.9093	0.8609	0.8029	0.7545
\$3.000	1.0656	1.0085	0.9514	0.8943	0.8467	0.7897	0.7421
3 SMGM	1.0267	0.9717	0.9167	0.8617	0.8159	0.7609	0.7150
\$4.000	1.0238	0.9689	0.9141	0.8592	0.8135	0.7587	0.7130
\$5.000	0.9849	0.9322	0.8794	0.8266	0.7827	0.7299	0.6859
4 SMGM	0.9762	0.9239	0.8716	0.8193	0.7757	0.7234	0.6799
\$6.000	0.9484	0.8976	0.8467	0.7959	0.7536	0.7028	0.6605
5 SMGM	0.9276	0.8778	0.8280	0.7782	0.7367	0.6959	0.6474
\$7.000	0.9142	0.8652	0.8162	0.7673	0.7265	0.6775	0.6367
6 SMGM	0.9095	0.8608	0.8121	0.7633	0.7227	0.6740	0.6334
\$8.000	0.8820	0.8347	0.7875	0.7402	0.7029	0.6536	0.6142
\$9.000	0.8518	0.8062	0.7606	0.7149	0.6769	0.6313	0.5932
7 SMGM	0.8470	0.8017	0.7563	0.7109	0.6731	0.6277	0.5899
\$10.000	0.8234	0.7793	0.7352	0.6911	0.6543	0.6102	0.5735
8 SMGM	0.8108	0.7674	0.7239	0.6805	0.6443	0.6009	0.5647
\$11.000	0.7971	0.7544	0.7117	0.6690	0.6334	0.5907	0.5551
9 SMGM	0.7919	0.7495	0.7070	0.6646	0.6293	0.5868	0.5516
\$12.000	0.7733	0.7318	0.6904	0.6490	0.6145	0.5730	0.5385
\$13.000	0.7512	0.7109	0.6707	0.6305	0.5969	0.5555	0.5231
10 SMGM	0.7495	0.7094	0.6692	0.6291	0.5956	0.5555	0.5220
\$14.000	0.7304	0.6913	0.6521	0.6130	0.5804	0.5413	0.5087
11 SMGM	0.7223	0.6836	0.6449	0.6063	0.5740	0.5353	0.5031
\$15.000	0.7106	0.6725	0.6345	0.5964	0.5647	0.5266	0.4949
12 SMGM	0.7051	0.6674	0.6296	0.5918	0.5603	0.5228	0.4911
\$16.000	0.6918	0.6547	0.6178	0.5806	0.5497	0.5126	0.4818
\$17.000	0.6738	0.6377	0.6016	0.5655	0.5354	0.4993	0.4693
13 SMGM	0.6734	0.6373	0.6012	0.5652	0.5351	0.4990	0.4690
\$18.000	0.6568	0.6216	0.5865	0.5513	0.5219	0.4868	0.4574
14 SMGM	0.6514	0.6163	0.5816	0.5467	0.5176	0.4827	0.4536
\$19.000	0.6407	0.6064	0.5721	0.5378	0.5091	0.4748	0.4462
15 SMGM	0.6307	0.5969	0.5631	0.5294	0.5012	0.4674	0.4392
\$20.000	0.6253	0.5918	0.5583	0.5248	0.4969	0.4634	0.4355

**FACTORES PREFERENCIALES**  
S.A. 700.000

DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1.000	1.1774	1.1143	1.0513	0.9882	0.9356	0.8725	0.8200
1 SMGM	1.1660	1.0979	1.0357	0.9736	0.9218	0.8597	0.8079
\$2.000	1.1213	1.0613	1.0012	0.9411	0.8911	0.8310	0.7809
2 SMGM	1.0985	1.0396	0.9808	0.9220	0.8729	0.8141	0.7650
3 SMGM	1.0937	1.0351	0.9765	0.9179	0.8691	0.8105	0.7617
\$3.000	1.0756	1.0180	0.9604	0.9028	0.8548	0.7971	0.7491
3 SMGM	1.0364	0.9809	0.9254	0.8699	0.8236	0.7681	0.7218
\$4.000	1.0335	0.9781	0.9227	0.8674	0.8212	0.7659	0.7197
\$5.000	0.9942	0.9410	0.8877	0.8345	0.7911	0.7368	0.6924
4 SMGM	0.9855	0.9327	0.8799	0.8271	0.7831	0.7303	0.6863
\$6.000	0.9573	0.9061	0.8548	0.8035	0.7607	0.7095	0.6667
5 SMGM	0.9384	0.8882	0.8379	0.7876	0.7457	0.6955	0.6536
\$7.000	0.9228	0.8734	0.8240	0.7745	0.7333	0.6839	0.6427
6 SMGM	0.9181	0.8689	0.8198	0.7706	0.7296	0.6804	0.6394
\$8.000	0.8903	0.8426	0.7949	0.7472	0.7075	0.6598	0.6201
\$9.000	0.8599	0.8138	0.7678	0.7217	0.6833	0.6372	0.5989
7 SMGM	0.8551	0.8093	0.7635	0.7176	0.6795	0.6337	0.5955
\$10.000	0.8312	0.7867	0.7422	0.6976	0.6605	0.6160	0.5789
8 SMGM	0.8185	0.7746	0.7308	0.6869	0.6504	0.6066	0.5700
\$11.000	0.8046	0.7615	0.7184	0.6753	0.6394	0.5963	0.5604
9 SMGM	0.7994	0.7566	0.7137	0.6709	0.6352	0.5924	0.5567
\$12.000	0.7806	0.7388	0.6970	0.6551	0.6203	0.5785	0.5436
\$13.000	0.7583	0.7177	0.6770	0.6364	0.6026	0.5619	0.5281
10 SMGM	0.7506	0.7101	0.6706	0.6300	0.6013	0.5607	0.5269
\$14.000	0.7373	0.6978	0.6583	0.6198	0.5859	0.5464	0.5135
11 SMGM	0.7297	0.6901	0.6511	0.6120	0.5794	0.5404	0.5078
\$15.000	0.7173	0.6789	0.6405	0.6020	0.5700	0.5316	0.4996
12 SMGM	0.7118	0.6737	0.6356	0.5974	0.5656	0.5275	0.4957
\$16.000	0.6983	0.6609	0.6235	0.5861	0.5549	0.5175	0.4863
\$17.000	0.6862	0.6498	0.6133	0.5769	0.5405	0.5041	0.4737
13 SMGM	0.6797	0.6433	0.6069	0.5705	0.5402	0.5037	0.4734
\$18.000	0.6631	0.6275	0.5920	0.5565	0.5269	0.4914	0.4618
14 SMGM	0.6576	0.6223	0.5871	0.5519	0.5225	0.4873	0.4579
\$19.000	0.6468	0.6121	0.5775	0.5428	0.5140	0.4793	0.4504
15 SMGM	0.6367	0.6026	0.5685	0.5344	0.5059	0.4718	0.4434
\$20.000	0.6312	0.5974	0.5636	0.5298	0.5016	0.4678	0.4396

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

FACTORES PREFERENCIALES

S.A. 800.000

DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1.000	1.1852	1.1217	1.0582	0.9947	0.9418	0.8783	0.8254
1 SMGM	1.1677	1.1051	1.0426	0.9800	0.9279	0.8653	0.8132
\$2.000	1.1298	1.0683	1.0078	0.9474	0.8970	0.8365	0.7861
\$2.500	1.1058	1.0465	0.9873	0.9281	0.8787	0.8195	0.7701
2 SMGM	1.1009	1.0419	0.9830	0.9240	0.8748	0.8159	0.7667
\$3.000	1.0829	1.0248	0.9668	0.9088	0.8604	0.8024	0.7541
3 SMGM	1.0433	0.9874	0.9315	0.8756	0.8291	0.7732	0.7266
\$4.000	1.0403	0.9846	0.9289	0.8731	0.8267	0.7709	0.7245
\$5.000	1.0008	0.9472	0.8936	0.8400	0.7953	0.7417	0.6970
4 SMGM	0.9920	0.9388	0.8857	0.8326	0.7883	0.7351	0.6909
\$6.000	0.9637	0.9121	0.8604	0.8088	0.7658	0.7142	0.6711
5 SMGM	0.9447	0.8941	0.8435	0.7928	0.7507	0.7001	0.6577
\$7.000	0.9290	0.8792	0.8294	0.7797	0.7382	0.6884	0.6470
6 SMGM	0.9242	0.8747	0.8252	0.7757	0.7344	0.6849	0.6436
\$8.000	0.8962	0.8462	0.7962	0.7522	0.7122	0.6642	0.6242
\$9.000	0.8656	0.8192	0.7729	0.7265	0.6878	0.6415	0.6028
7 SMGM	0.8607	0.8146	0.7685	0.7224	0.6840	0.6379	0.5994
\$10.000	0.8367	0.7919	0.7471	0.7023	0.6649	0.6201	0.5827
8 SMGM	0.8299	0.7798	0.7356	0.6915	0.6547	0.6106	0.5738
\$11.000	0.8100	0.7666	0.7232	0.6798	0.6436	0.6003	0.5641
9 SMGM	0.8047	0.7616	0.7185	0.6754	0.6394	0.5963	0.5604
\$12.000	0.7891	0.7437	0.7016	0.6595	0.6244	0.5823	0.5472
\$13.000	0.7633	0.7224	0.6815	0.6406	0.6066	0.5657	0.5316
10 SMGM	0.7617	0.7209	0.6801	0.6392	0.6052	0.5644	0.5304
\$14.000	0.7422	0.7024	0.6627	0.6229	0.5898	0.5500	0.5169
11 SMGM	0.7340	0.6947	0.6554	0.6160	0.5833	0.5440	0.5112
\$15.000	0.7221	0.6834	0.6447	0.6060	0.5736	0.5351	0.5029
12 SMGM	0.7165	0.6782	0.6398	0.6014	0.5694	0.5310	0.4990
\$16.000	0.7079	0.6653	0.6276	0.5900	0.5586	0.5209	0.4895
\$17.000	0.6947	0.6480	0.6113	0.5747	0.5441	0.5074	0.4768
13 SMGM	0.6843	0.6476	0.6109	0.5743	0.5437	0.5071	0.4765
\$18.000	0.6674	0.6317	0.5959	0.5602	0.5304	0.4946	0.4648
14 SMGM	0.6619	0.6265	0.5910	0.5555	0.5260	0.4905	0.4610
\$19.000	0.6511	0.6162	0.5813	0.5464	0.5174	0.4825	0.4534
15 SMGM	0.6409	0.6066	0.5722	0.5379	0.5093	0.4750	0.4463
\$20.000	0.6354	0.6013	0.5673	0.5333	0.5047	0.4709	0.4425

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FACTORES PREFERENCIALES**  
S.A. 900,000

DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1,000	1.1913	1.1275	1.0582	0.9999	0.9467	0.8829	0.8297
1 SMGM	1.1737	1.1109	1.0426	0.9851	0.9327	0.8696	0.8174
\$2,000	1.1346	1.0738	1.0078	0.9523	0.9016	0.8408	0.7902
\$2,500	1.1115	1.0519	0.9873	0.9329	0.8832	0.8237	0.7741
2 SMGM	1.1066	1.0473	0.9830	0.9288	0.8793	0.8201	0.7707
\$3,000	1.0884	1.0301	0.9668	0.9135	0.8649	0.8066	0.7580
3 SMGM	1.0487	0.9925	0.9315	0.8801	0.8333	0.7772	0.7303
\$4,000	1.0457	0.9897	0.9289	0.8776	0.8309	0.7749	0.7282
\$5,000	1.0060	0.9521	0.8936	0.8443	0.7994	0.7455	0.7006
4 SMGM	0.9971	0.9437	0.8857	0.8369	0.7924	0.7389	0.6944
\$6,000	0.9687	0.9168	0.8604	0.8130	0.7697	0.7178	0.6746
5 SMGM	0.9495	0.8987	0.8435	0.7969	0.7545	0.7037	0.6613
\$7,000	0.9338	0.8837	0.8294	0.7837	0.7420	0.6920	0.6503
6 SMGM	0.9290	0.8792	0.8252	0.7797	0.7382	0.6884	0.6470
\$8,000	0.9009	0.8526	0.8002	0.7561	0.7159	0.6676	0.6274
\$9,000	0.8701	0.8235	0.7729	0.7302	0.6914	0.6448	0.6059
7 SMGM	0.8652	0.8188	0.7685	0.7261	0.6875	0.6412	0.6025
\$10,000	0.8411	0.7960	0.7471	0.7059	0.6663	0.6233	0.5857
8 SMGM	0.8282	0.7838	0.7356	0.6951	0.6581	0.6137	0.5768
\$11,000	0.8142	0.7705	0.7232	0.6833	0.6470	0.6034	0.5670
9 SMGM	0.8088	0.7655	0.7185	0.6788	0.6427	0.5994	0.5633
\$12,000	0.7898	0.7475	0.7016	0.6629	0.6276	0.5853	0.5501
\$13,000	0.7673	0.7262	0.6815	0.6440	0.6097	0.5686	0.5343
10 SMGM	0.7656	0.7246	0.6801	0.6426	0.6084	0.5674	0.5332
\$14,000	0.7460	0.7061	0.6627	0.6261	0.5928	0.5529	0.5196
11 SMGM	0.7378	0.6983	0.6554	0.6192	0.5863	0.5468	0.5138
\$15,000	0.7258	0.6869	0.6447	0.6092	0.5768	0.5379	0.5055
12 SMGM	0.7202	0.6817	0.6398	0.6045	0.5723	0.5338	0.5016
\$16,000	0.7066	0.6687	0.6276	0.5930	0.5615	0.5236	0.4921
\$17,000	0.6882	0.6514	0.6113	0.5776	0.5469	0.5100	0.4793
13 SMGM	0.6878	0.6509	0.6109	0.5773	0.5465	0.5097	0.4790
\$18,000	0.6709	0.6350	0.5959	0.5631	0.5331	0.4972	0.4672
14 SMGM	0.6653	0.6297	0.5910	0.5584	0.5287	0.4931	0.4634
\$19,000	0.6544	0.6194	0.5813	0.5493	0.5200	0.4850	0.4558
15 SMGM	0.6442	0.6097	0.5722	0.5407	0.5119	0.4774	0.4487
\$20,000	0.6387	0.6044	0.5673	0.5360	0.5075	0.4733	0.4448

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FACTORES PREFERENCIALES**  
S.A. 1.000.000

DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1.000	1.1963	1.1322	1.0681	1.0040	0.9506	0.8865	0.8331
1 SMGM	1.1786	1.1154	1.0523	0.9892	0.9366	0.8734	0.8208
\$2.000	1.1393	1.0783	1.0172	0.9562	0.9053	0.8443	0.7934
\$2.500	1.1161	1.0563	0.9965	0.9367	0.8869	0.8271	0.7773
2 SMGM	1.1112	1.0516	0.9921	0.9326	0.8830	0.8235	0.7739
\$3.000	1.0929	1.0343	0.9758	0.9172	0.8684	0.8099	0.7611
3 SMGM	1.0530	0.9966	0.9402	0.8838	0.8368	0.7804	0.7334
\$4.000	1.0500	0.9938	0.9375	0.8813	0.8344	0.7781	0.7313
\$5.000	1.0102	0.9560	0.9019	0.8478	0.8027	0.7486	0.7035
4 SMGM	1.0012	0.9476	0.8940	0.8403	0.7956	0.7420	0.6973
\$6.000	0.9727	0.9206	0.8684	0.8163	0.7729	0.7208	0.6774
5 SMGM	0.9535	0.9024	0.8513	0.8002	0.7577	0.7066	0.6640
\$7.000	0.9376	0.8874	0.8372	0.7869	0.7451	0.6948	0.6530
6 SMGM	0.9328	0.8828	0.8329	0.7825	0.7413	0.6913	0.6496
\$8.000	0.9046	0.8561	0.8077	0.7592	0.7188	0.6704	0.6300
\$9.000	0.8737	0.8269	0.7801	0.7333	0.6943	0.6474	0.6084
7 SMGM	0.8686	0.8222	0.7757	0.7291	0.6904	0.6438	0.6050
\$10.000	0.8445	0.7993	0.7541	0.7086	0.6711	0.6259	0.5882
8 SMGM	0.8316	0.7870	0.7425	0.6979	0.6608	0.6163	0.5791
\$11.000	0.8175	0.7737	0.7299	0.6861	0.6496	0.6058	0.5694
9 SMGM	0.8122	0.7687	0.7252	0.6816	0.6454	0.6019	0.5656
\$12.000	0.7931	0.7506	0.7081	0.6656	0.6302	0.5877	0.5523
\$13.000	0.7704	0.7292	0.6879	0.6466	0.6122	0.5709	0.5365
10 SMGM	0.7688	0.7276	0.6864	0.6452	0.6109	0.5697	0.5354
\$14.000	0.7491	0.7090	0.6689	0.6287	0.5953	0.5551	0.5217
11 SMGM	0.7409	0.7012	0.6615	0.6218	0.5887	0.5490	0.5160
\$15.000	0.7288	0.6898	0.6507	0.6117	0.5791	0.5401	0.5076
12 SMGM	0.7232	0.6845	0.6457	0.6070	0.5747	0.5360	0.5037
\$16.000	0.7095	0.6715	0.6335	0.5955	0.5638	0.5258	0.4941
\$17.000	0.6911	0.6541	0.6170	0.5800	0.5492	0.5121	0.4813
13 SMGM	0.6906	0.6536	0.6166	0.5796	0.5488	0.5118	0.4810
\$18.000	0.6737	0.6376	0.6015	0.5654	0.5353	0.4992	0.4692
14 SMGM	0.6681	0.6323	0.5965	0.5607	0.5309	0.4951	0.4653
\$19.000	0.6571	0.6219	0.5867	0.5515	0.5222	0.4870	0.4577
15 SMGM	0.6469	0.6122	0.5776	0.5429	0.5140	0.4794	0.4505
\$20.000	0.6413	0.6069	0.5726	0.5382	0.5096	0.4752	0.4466

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FACTORES PREFERENCIALES**  
S.A. 2.000.000

DED/COA	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
\$1.000	1.2005	1.1362	1.0718	1.0075	0.9539	0.8896	0.8360
1.5MGM	1.1827	1.1194	1.0560	0.9926	0.9398	0.8765	0.8237
\$2.000	1.1433	1.0820	1.0208	0.9596	0.9085	0.8473	0.7962
\$2.500	1.1200	1.0600	1.0000	0.9400	0.8900	0.8300	0.7800
2.5MGM	1.1151	1.0553	0.9956	0.9359	0.8861	0.8263	0.7766
3.000	1.0967	1.0380	0.9792	0.9204	0.8715	0.8127	0.7638
3.5MGM	1.0567	1.0001	0.9435	0.8869	0.8397	0.7831	0.7359
\$4.000	1.0537	0.9972	0.9408	0.8844	0.8373	0.7809	0.7338
\$5.000	1.0137	0.9594	0.9051	0.8508	0.8055	0.7512	0.7060
4.5MGM	1.0048	0.9509	0.8971	0.8433	0.7984	0.7446	0.6997
\$6.000	0.9761	0.9238	0.8715	0.8192	0.7756	0.7233	0.6798
5.5MGM	0.9568	0.9056	0.8543	0.8030	0.7603	0.7091	0.6664
\$7.000	0.9409	0.8905	0.8401	0.7897	0.7477	0.6973	0.6553
6.5MGM	0.9361	0.8859	0.8358	0.7857	0.7439	0.6937	0.6519
\$8.000	0.9078	0.8591	0.8105	0.7619	0.7213	0.6727	0.6322
\$9.000	0.8767	0.8298	0.7828	0.7358	0.6907	0.6457	0.6106
7.5MGM	0.8718	0.8251	0.7784	0.7317	0.6928	0.6461	0.6072
\$10.000	0.8475	0.8021	0.7567	0.7113	0.6735	0.6281	0.5902
8.5MGM	0.8345	0.7898	0.7451	0.7004	0.6631	0.6184	0.5812
\$11.000	0.8204	0.7765	0.7325	0.6886	0.6519	0.6080	0.5714
9.5MGM	0.8150	0.7714	0.7277	0.6840	0.6477	0.6040	0.5676
\$12.000	0.7959	0.7532	0.7106	0.6680	0.6324	0.5898	0.5543
\$13.000	0.7731	0.7317	0.6903	0.6489	0.6144	0.5729	0.5384
10.5MGM	0.7715	0.7301	0.6889	0.6475	0.6130	0.5717	0.5373
\$14.000	0.7517	0.7115	0.6712	0.6309	0.5974	0.5571	0.5235
11.5MGM	0.7435	0.7036	0.6638	0.6240	0.5908	0.5510	0.5178
\$15.000	0.7314	0.6922	0.6530	0.6138	0.5812	0.5420	0.5093
12.5MGM	0.7258	0.6869	0.6480	0.6091	0.5767	0.5378	0.5054
\$16.000	0.7120	0.6738	0.6357	0.5976	0.5658	0.5276	0.4958
\$17.000	0.6935	0.6564	0.6192	0.5820	0.5511	0.5139	0.4830
13.5MGM	0.6931	0.6559	0.6188	0.5817	0.5507	0.5136	0.4827
\$18.000	0.6740	0.6378	0.6026	0.5674	0.5372	0.5010	0.4708
14.5MGM	0.6704	0.6345	0.5986	0.5627	0.5328	0.4968	0.4669
\$19.000	0.6595	0.6241	0.5888	0.5535	0.5240	0.4887	0.4593
15.5MGM	0.6492	0.6144	0.5796	0.5448	0.5158	0.4811	0.4521
\$20.000	0.6436	0.6091	0.5746	0.5401	0.5114	0.4769	0.4482

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

FACTORES DE SINIESTRALIDAD		
ASOCIACION MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS		
	2003	
	HOMBRES	MUJERES
0-14	1.00	1.00
15-19	0.97	0.97
20-24	0.97	0.70
25-29	0.89	0.89
30-34	1.01	1.00
35-39	1.00	1.37
40-44	1.09	1.46
45-49	1.17	1.47
50-54	1.22	1.51
55-59	1.50	1.72
60-64	1.92	2.05
65-69	2.66	2.45
70-74	3.53	3.53

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PRIMAS DE TARIFA

BASE INDIVIDUAL			
PRIMA 2003			
	HOMBRES	MUJERES	
			1.250
			1.300
			1.350
			1.400
12-14	1.450	1.450	
15-17	1.500	1.500	
18-24	1.550	1.550	
25-32	1.600	1.600	
33-39	1.650	1.650	
40-44	1.700	1.700	
45-49	1.750	1.750	
50-54	1.800	1.800	
55-59	1.850	1.850	
60-64	1.900	1.900	

BASE GRUPO / COLECTIVO			
PRIMA 2003			
	HOMBRES	MUJERES	
			1.250
			1.300
			1.350
			1.400
12-14	1.450	1.450	
15-17	1.500	1.500	
18-24	1.550	1.550	
25-32	1.600	1.600	
33-39	1.650	1.650	
40-44	1.700	1.700	
45-49	1.750	1.750	
50-54	1.800	1.800	
55-59	1.850	1.850	
60-64	1.900	1.900	



## Reserva de Riesgos en Curso

Se calcula con base en la prima de tarifa más Recargos menos Descuentos (si los hubiera), lo anterior sin considerar el IVA, disminuyendo los gastos de adquisición, administración y utilidad, tal y como lo señala la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, considerando a la fecha de valoración la prima no devengada.

Lo anterior se define en la siguiente relación:

$$RRC = \{PT + \text{Recargos} - \text{Descuentos}\} * [1 - (\%Adq + \%Admon + \%Utilidad)] * \left[1 - \frac{\text{Dias transcurridos de cobertura}}{365}\right]$$

Ejemplo:

Un padre aseguró a su hijo de 2 años de edad el 1 de enero de 2003.

Según nuestras Tablas de Costos, tenemos:

Prima de Tarifa:	\$7,568
Recargo (6.11%):	\$462
Descuentos:	\$0
<b>Total</b>	<b>\$6,230</b>

A este total, lo disminuimos en gastos que serán según nuestras bases técnicas del 42%

$$6,230 * (1 - 0.42) = 3,614$$

Finalmente, a esta cantidad la actualizamos a la fecha de valuación. Supongamos que la valuación se realizó el 15 de febrero de 2003.

$$3,614 * (1 - 45/365) = 3,168$$

Por lo tanto, *la Reserva de Riesgos en Curso para este asegurado será de \$3,168 al 15 de febrero de 2003.*

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

# ANEXO

## ESTADÍSTICAS SOBRE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

70

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN







**Nacimientos estimados según entidad federativa  
2001**

Entidad Federativa	Nacimientos
Nacional	2 096 212
Aguascalientes	23 111
Baja California	48 179
Baja California Sur	7 548
Campeche	14 391
Coahuila	47 428
Colima	10 721
Chiapas	102 599
Chihuahua	59 867
Distrito Federal	146 162
Durango	33 989
Guajuato	116 985
Guerrero	79 263
Hidalgo	50 318
Jalisco	139 241
México	267 114
Michoacán	99 586
Morelos	30 651
Navarra	19 621
Nuevo León	72 436
Oaxaca	84 551
Puebla	127 895
Queretaro	32 704
Quintana Roo	18 829
San Luis Potosi	57 340
Sinaloa	45 342
Sonora	41 497
Tabasco	44 744
Tamaulipas	51 875
tlaxcala	20 656
Veracruz	136 152
Yucatán	32 130
Zacatecas	33 245

Fuente: CONAPO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Principales causas de mortalidad general, 2001.  
Nacional**

Orden	Descripción	Defunciones	%
Total		435,486	100.0
1	Diabetes melitas	46,525	10.7
2	Enfermedades isquémicas del corazón	43,753	10.1
3	Cardios y otras enfermedades crónicas del corazón	25,378	5.8
4	Enfermedad cerebrovascular	25,357	5.8
5	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19,377	4.5
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15,890	3.7
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	14,213	3.3
8	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13,755	3.2
9	Agresiones (homicidios)	10,634	2.4
10	Nefritis y nefrosis	9,782	2.3
11	Enfermedades hipertensivas	9,747	2.2
12	Desnutrición calórico-proteica	8,863	2.0
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,225	1.4
14	Enfermedades infecciosas intestinales	5,206	1.2
15	Tumor maligno del estómago	4,980	1.1
16	Tumor maligno del cuello del útero	4,604	1.1
17	VIIH SIDA	4,196	1.0
18	Uso de alcohol	4,193	1.0
19	Tumor maligno del hígado	4,169	1.0
20	Tumor maligno de la próstata	3,835	0.9
	Todas las causas	435,486	100.0
	Causas de males	140,757	32.3

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

75



**Principales causas de mortalidad infantil, 2001.  
Nacional**

Orden	Descripción	Defunciones	%
	<b>Total</b>	<b>38,589</b>	<b>100.0</b>
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	19,377	50.2
2	Infecciones respiratorias agudas, bajas	3,343	8.6
3	Malformaciones congénitas del corazón	2,596	6.7
4	Enfermedades infecciosas intestinales	1,812	4.7
5	Desnutrición calórico proteica	794	2.1
6	Anencefalia y malformaciones similares	362	0.9
7	Síndrome de Down	269	0.7
8	Espina bífida	266	0.7
9	Defectos de la pared abdominal	214	0.6
10	Infecciones respiratorias agudas altas	212	0.6
11	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	155	0.4
12	Membranas	125	0.3
13	Neftis y nefrosis	113	0.3
14	Anemia	112	0.3
15	Enfermedades cerebrovasculares	104	0.3
16	Asma	80	0.2
17	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	30	0.2
18	Agresiones (homicidios)	79	0.2
19	Enfermedades inflamatorias del corazón (excl. fiebre reumática)	68	0.2
20	Paladar hendido	67	0.2
	Demencia	471	1.2
	Excesos	1,017	2.6

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

**Principales causas de mortalidad en edad preescolar, 2001.  
Nacional**

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa
Total		6.933	100.0
1	Enfermedades infecciosas intestinales	689	9.9
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	668	9.6
3	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	444	6.4
4	Desnutrición calórico protéica	406	5.9
5	Malformaciones congénitas del corazón	398	5.7
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	363	5.2
7	Leucemia	249	3.6
8	Agresiones (homicidios)	108	1.6
9	Hepatitis	94	1.4
10	Otras hepatitis virales	93	1.3
11	Epilepsia	84	1.2
12	Anemia	82	1.2
13	Caidas accidentales	81	1.2
14	Síndrome de Down	77	1.1
15	Asma	75	1.1
16	Nefritis y nefrosis	72	1.0
17	Exposición al fuego, humo y llamas	70	1.0
18	Espina bífida	61	0.9
19	Envenenamiento accidental	53	0.8
20	Menstritis	47	0.7
	Causas mal definidas	131	1.9
	Causa desconocida	2.548	37.0

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Principales causas de mortalidad en edad escolar, 2001.  
Nacional**

Orden	Descripción	Defunciones	%
Total		7,118	100.0
1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	982	13.8
2	Leucemia	642	9.0
3	Ahogamiento y sumersión accidentales	375	5.3
4	Agresiones (homicidios)	290	4.1
5	Infecciones respiratorias agudas bajas	209	2.9
6	Nefritis y nefrosis	209	2.9
7	Malformaciones congénitas del corazón	184	2.6
8	Enfermedades infecciosas intestinales	166	2.3
9	Desnutrición calórico-proteica	144	2.0
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	117	1.6
11	Epilepsia	114	1.6
12	Anemia	99	1.4
13	Caidas accidentales	95	1.3
14	Linfomas y mieloma múltiple	94	1.3
15	Exposición al fuego, humo y llamas	66	0.9
16	Enfermedad cerebrovascular	64	0.9
17	Espina bífida	58	0.8
18	Envenenamiento accidental	49	0.7
19	Diabetes mellitus	44	0.6
20	Síndrome de Down	36	0.5
	Causas mal definidas	102	1.4
	Las demás	2,926	41.9

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Principales causas de mortalidad en edad productiva, 2001  
Nacional**

Orden	Descripción	Defunciones	%
Total		164,223	100.0
1	Diabetes melítilus	18,857	11.5
2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	17,402	10.6
3	Enfermedades isquémicas del corazón	11,403	6.9
4	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	10,470	6.4
5	Agresiones (homicidios)	9,335	5.7
6	Enfermedad cerebrovascular	6,097	3.7
7	VII/SIDA	4,019	2.5
8	Nefritis y nefrosis	3,705	2.3
9	Uso de alcohol	3,272	2.0
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,052	1.9
11	Tumor maligno del cuello del útero	2,916	1.8
12	Tumor maligno de la mama	2,409	1.5
13	Infecciones respiratorias agudas bajas	2,388	1.5
14	Enfermedades hipertensivas	2,346	1.4
15	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2,092	1.3
16	Tuberculosis	2,090	1.3
17	Tumor maligno del estómago	1,982	1.2
18	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,902	1.2
19	Leucemia	1,688	1.0
20	Ahojamiento y sumersión accidentales	1,637	1.0
Causas mal definidas		1,393	0.9
Estandar		1,000	0.7

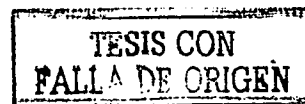
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Principales causas de mortalidad en edad posproductiva, 2001.  
Nacional**

Orden	Descripción	Defunciones	%
	Totales	216,412	100.0
1	Enfermedades isquémicas del corazón	32,182	14.9
2	Diabetes mellitus	27,506	12.7
3	Enfermedad cerebrovascular	18,949	8.8
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13,831	6.4
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7,711	3.6
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,565	3.5
7	Enfermedades hipertensivas	7,341	3.4
8	Desnutrición calórico proteica	6,261	2.9
9	Nefritis y nefrosis	5,644	2.6
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,112	1.9
11	Tumor maligno de la próstata	3,365	1.6
12	Tumor maligno del estómago	2,977	1.4
13	Tumor maligno del hígado	2,623	1.2
14	Úlcera péptica	2,096	1.0
15	Anemia	1,894	0.9
16	Tumor maligno del cuello del útero	1,682	0.8
17	Tumor maligno del páncreas	1,675	0.8
18	Enfermedades infecciosas intestinales	1,672	0.8
19	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,621	0.8
20	Tumor maligno del colon y recto	1,450	0.7
	Otras causas de muerte	1,245	0.6
	Por causas	1,000	0.5

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

¿Qué es el Seguro de Salud? ¿Por qué nos encontramos con tantas dudas y cuestionamientos al querer practicar este tipo de seguro en México? ¿Quiénes intervienen en la regulación de este Seguro? ¿Cuáles son las causas del éxito o del fracaso en la implementación de un sistema de ventajas que nos ofrece este Seguro? ¿Cuáles son los pasos a seguir para ratificar un Seguro de estas características?, etc. Estos son algunos puntos que esta investigación ha intentado tocar y desarrollar.

En esta última sección se tratará de dar un pequeño resumen de esta investigación, así como una evaluación de lo logrado, de lo aprendido, y del camino que aún queda por recorrer para futuras investigaciones.

A lo largo de esta investigación se pudo constatar la enorme necesidad de contar con el Seguro de Salud. Asimismo, los problemas existentes en la implementación en nuestro país de este tipo de Seguro son también un reto.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas durante la investigación, se percibió que gran parte del sector asegurador se encuentra entusiasmado con los beneficios que se presentarían en un futuro no muy lejano.

A partir de todo lo anterior, me fui interesando más y más en esta investigación. Asimismo sentí que con las personas con quienes he tenido contacto al respecto se mostraron muy interesados en consultar posteriormente este trabajo, con el fin de aclarar muchas dudas y mitos del Seguro de Salud.

El resultado que ha logrado esta investigación ha sido por un lado, mostrar los factores principales que intervienen en la implementación del Seguro de Salud mediante aplicaciones prácticas y a la normatividad existente en la materia, y por el otro, hacer más conscientes a los actores principales de este proceso, y dar sugerencias que se puedan aplicar directamente y una guía paso a paso de los aspectos más importantes que hay que tomar en cuenta al tratar de involucrarse en este proceso.

Algo que definitivamente no hay que dejar de mencionar una y otra vez, es que el sector asegurador y el público en general deben involucrarse cada vez más en el negocio en el que está la organización. Ya que la relación Médicos-Asegurados-Aseguradoras tiene que trabajar en conjunto para que el Seguro de Salud se convierta en una solución para la gran mayoría de problemas sociales que caracterizan a nuestro país.

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACION

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Cost Trends For Large Health Claims in The United States, Dauser A. November '99
- National Databases For Mortality Research, Wesley D. November '99
- Mortality Improvement in The United Kingdom, Willets R. September '99
- Longevity And Investments Risks Key To Young Seniors Market, Nieder D. September '99
- Risk Arrangements in Health Maintenance Organizations, Swarr W. August '99
- Setting Claim Reserves For Medical & Health Insurance Programs, Wolak D. August '99
- Actuarial Aspects Of Dread Disease Products, Fabrizio E, Mak A. February '99
- The Future Of Critical Illness Definitions, Molesworth M. February '99
- Financing New Business Via Reinsurance, Poole J. September '98
- Actuarial Mathematics, Bowers Newton, Gerber Hans, Hickman James, Jones Donald, USA. Society of Actuaries 1986
- Nota Técnica del Seguro de Gastos Médicos Mayores, AMIS '99
- Reglas para la Constitución del Ramo de Salud, CNSF 2000
- Reglas para la Constitución de Reservas Técnicas de la Operación de Accidentes y Enfermedades, CNSF 2001

**TESIS CON  
VALOR DE ORIGEN**