



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

"ACATLÁN"



**"EVALUACIÓN DE UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES EXPERIENCIA PROPIA"**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
(SEMINARIO DE TALLER EXTRACURRICULAR)**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I O

PRESENTA:

ELIA PATRICIA RODRÍGUEZ PÉREZ

ASESOR: ACT. HUGO REYES MARTÍNEZ

OCTUBRE, 2004



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme estar aquí y ahora.

A mi hija preciosa PAOLA FERNANDA, por ser mi más grande tesoro.

A mis padres Lilia y Roberto por darnos a sus seis hijos su juventud, alegría y su entrega incondicional en todo momento. Por forjarnos un carácter para enfrentar la vida.

A mis hermanos Claudia, Beto, Ana, Marco y Octavio por su cariño y alegría inolvidable de la infancia y por darme unos lindos sobrinos.

A mi abuelo José María Rodríguez que a sus 93 años es un ejemplo a seguir de entrega, trabajo y amor paciente.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por forjarme como humana y profesionista.

A Miguel Ángel Macías por su alegría que nos contagio cuando impartía sus clases de Seguros en los primeros semestres más fríos de la carrera.

A mis amigos y compañeros de carrera por su cariño, siempre los llevo con migo.

A mis profesores del seminario: Luz María Lavín, Ignacio Martín Lizárraga Gaudri, Juan Torres Lovera, Juan Miguel Ramírez Zozaya y en especial a mi asesor Hugo Reyes Martínez, por ayudarme a culminar por fin, este paso tan importante en mi vida.

A una excelente colega Sonia Cordero por iniciarme en el presente trabajo.

A mi amigo incondicional y ángel de la guarda de toda la vida Gustavo Avelino Lorenzana.

A Conny Gutiérrez Otero por su amistad y ayuda en la revisión de redacción.

A Mark Allan Hyatt por su confianza.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO UNO: El Seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM)

1.1. El Seguro de Salud y el SGMM en México.	2
1.2. Objetivo y antecedentes del SGMM.	4
1.3. Evolución e importancia del SGMM en el Sector Asegurador Mexicano.	8
1.3.1. Conceptos de Seguro de Grupo, Colectivo y Experiencia Global y Experiencia Propia.	13
1.5. Marco Legal del SGMMG en México.	19
1.6. Problemática del SGMMG en México.	21
Conclusiones.	25
Fuentes de consulta.	26

CAPÍTULO DOS: Políticas de Suscripción del Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo (GMMG).

2.1. La Planeación en el proceso de evaluación de los SGMMG.	28
2.1.1. Variables controlables y no controlables.	29
2.1.2. Análisis de Fortalezas y Debilidades (FODA).	31
2.1.3 Tipo de Plan.	31
2.2. La Planeación Interactiva.	31
2.2.1. Fines.	32
2.2.2. Medios y recursos.	33
2.2.3. Diseño del modelo propuesto.	34
Conclusiones.	82
Fuentes de consulta.	84

CAPÍTULO TRES: Evaluación del SGMM Experiencia Propia (SGMMEP) en función a las políticas de Suscripción

3.1. Aplicación, ventajas y limitaciones del modelo propuesto.	86
3.2. Evaluación del modelo propuesto.	91
3.3. Creación de escenarios.	93
Conclusiones.	104
Fuentes de consulta.	106

CONCLUSIONES GENERALES.

FUENTES DE CONSULTA.

GLOSARIO.

ANEXOS.

ANEXO A. Operación del deducible

ANEXO B. Programas nacionales de seguro de salud y gastos médicos en diferentes países

ANEXO C. Formas de administración

ANEXO D. Cálculo de la prima de experiencia global

ANEXO E. Procedimiento de reclamaciones.

ANEXO F. Clasificación de enfermedades utilizada en México y EU

ANEXO G. Primas vs. PIB a nivel internacional

ANEXO H. Estadísticas sugeridas.

ANEXO I. Producto Interno Bruto.

Introducción

La penetración de los seguros en la economía mexicana aún no alcanza el nivel de otros países. Para ubicar la dimensión del sector asegurador mexicano, a finales de 1999, en cuanto a primas vs. PIB, México ocupaba el lugar 27 en el mundo y en Latinoamérica el 9 (ver anexo G); por lo que es un reto avanzar en la expansión de la actividad aseguradora ofreciendo productos competitivos, no sólo en precio sino en tipo de beneficios, para mercados aún no explotados.

El desarrollo y la administración de nuevos productos en el sector asegurador son sumamente importantes para el éxito de una empresa de seguros competitiva. De esta forma, se da a conocer la calidad de atención al cliente, la creatividad y la organización de la empresa.

Tratándose del seguro de personas, éste adopta diferentes formas que son idénticas en cuanto a su propósito de beneficiar al individuo y a la comunidad; sin embargo, no solamente se deben considerar las ventajas que se presentan a primera vista, sino también sus consecuencias más remotas, como pueden ser: la insuficiencia de primas, faltantes en la constitución de reservas, la mala suscripción, que afectan directamente a los resultados técnicos y financieros de la empresa así como a la población asegurada.

De tal forma, podemos encontrar básicamente en el seguro de personas: el seguro de vida, el seguro de accidentes y enfermedades y el seguro de gastos médicos mayores tanto individual como de grupo. Este último, motivo de la presente investigación, a pesar de que no está asegurando cosas materiales, por el grado de dificultad que implica en toda su estructura, se maneja dentro del ramo de daños.

El seguro de gastos médicos mayores maneja una amplia gama de coberturas, lo único que no se debe de perder de vista es la propia finalidad de este seguro que es, como su nombre lo indica, cubrir básicamente los gastos médicos mayores que impacten económicamente el bolsillo del asegurado por un evento imprevisto como es la enfermedad o el accidente; los gastos médicos menores como son los primeros gastos de cualquier enfermedad cubierta por la póliza y los gastos de enfermedades que no tienen consecuencias mayores como la influenza son pagados por el asegurado.

El presente trabajo se enfoca al seguro de gastos médicos mayores grupo y en especial aquel de experiencia propia, cuyas características se abordarán en el cuerpo del trabajo. Pues una de las principales problemáticas dentro del ámbito laboral en el sector asegurador es la falta de un análisis adecuado en las negociaciones por las inmensas cantidades de condiciones de renovación que se tienen que realizar y presentar al final de cada año de vigencia de las pólizas, por lo regular en los meses de diciembre y enero.

El no darle la importancia ni la planeación adecuada para realizar una buena propuesta de negociación competitiva y profesional en todos los aspectos, puede traer graves consecuencias a los propios asegurados, a los resultados técnicos y financieros de la compañía de seguros y por lo tanto a la comunidad en general.

Dentro del seguro de grupo, una de las principales actividades a realizar como actuario ya sea en el área comercial o en el área de suscripción dentro de una compañía de seguros, es el cálculo de costos de renovación, así como tratar de conservar e incrementar la cartera de clientes que se tienen, lo cual se logra en un momento dado con la calidad de servicio proporcionado y el ofrecimiento de beneficios y costos competitivos.

El objetivo general de este estudio es proponer un modelo que consiste en un conjunto de estrategias de análisis en función a las políticas de suscripción, a fin de evaluar un seguro de GMM experiencia propia para mejorar el proceso de negociación. De manera que la hipótesis que se maneja es: “si se aplica el modelo propuesto en el objetivo, entonces es factible hacer una propuesta de negociación de un plan de GMM experiencia propia ajuste a las necesidades del cliente sin afectar la suficiencia de primas”.

La elaboración de la investigación está fundamentada en un estudio analítico de conocimientos generales involucrados con el seguro de GMMG para luego abordar el tema específico de la evaluación del seguro de GMM experiencia propia, i.e. es un trabajo de tipo deductivo donde se aplica la planeación interactiva que abarca pasado, presente y futuro.

El desarrollo de este trabajo se divide en tres capítulos que se describen brevemente a continuación:

En el primero se presentan los antecedentes, evolución e importancia del SGMMG en el sector asegurador mexicano hasta llegar finalmente a la formulación de la problemática actual del SGMMG que es la insuficiencia de primas generada por diversos factores. Entre los más importantes, podemos mencionar: alta siniestralidad, complejidad de las condiciones generales, existencia de una competencia depredatoria en el mercado asegurador y falta de una cultura del seguro; la formulación de la problemática se hizo bajo el enfoque de sistemas de Churchman, se analizó el sistema considerando el problema desde un todo y se desglosó el mismo en sus diferentes componentes, dando una propuesta de solución, que forma parte de la planeación a desarrollar en el segundo capítulo, en éste último, se desarrolla como propuesta de solución el diseño del modelo, que consta de una serie de estrategias fundamentadas en las políticas de suscripción para hacer una mejor evaluación del SGMM experiencia propia, adicionalmente en este apartado se mencionan algunas medidas prácticas, que se pueden recomendar al cliente en el uso de la póliza, a fin de reducir la siniestralidad y reducir los costos para la siguiente renovación; se determinan las variables controlables y no controlables para comprender mejor el problema, se hace el análisis de obstáculos, se identifican los fines, medios y recursos.

En el último capítulo se aplica el modelo propuesto, se analizan las ventajas y limitaciones y se evalúa el mismo, finalmente, se hacen las tres proyecciones de referencia “escenarios”, de continuar con la aplicación del modelo, para ampliar la visión en diferentes tiempos 2006, 2012 y 2018.

Al final del trabajo se presentan los anexos, los cuales se sugiere consultar cuando se citen los mismos, para tener un panorama más amplio del tema.

CAPÍTULO UNO

El seguro de gastos médicos mayores (SGMM).

*“Para convertir en posible lo aparentemente imposible,
es necesario eliminar o aliviar las restricciones
que se derivan de considerar lo practicable”.*

Ackoff

OBJETIVO: *Expresar la problemática del seguro de gastos médicos mayores grupo (SGMMG) teniendo como marco de referencia: antecedentes, evolución e importancia en el sector asegurador mexicano y marco legal del mismo.*

Contenido:

- 1.1. El seguro de salud y el SGMM en México.
 - 1.2. Objetivo y antecedentes del SGMM.
 - 1.3. Evolución e importancia del SGMM en el sector asegurador mexicano.
 - 1.3.1. Conceptos de seguro de grupo, colectivo y experiencia global y experiencia propia.
 - 1.5. Marco legal del SGMMG en México.
 - 1.6. Problemática del SGMMG en México.
- Conclusiones.
Fuentes de consulta.

CAPÍTULO UNO: El seguro de gastos médicos mayores (SGMM).

El seguro de gastos médicos mayores es de gran importancia para las finanzas de un individuo ó sostén económico de la familia, pues ante la eventualidad de sufrir una enfermedad o lesión, queda tranquilo, ya que no habrá desequilibrios económicos, por la atención y servicio médico requerido.

En este capítulo se presentan los antecedentes, evolución e importancia del SGMMG en el sector asegurador mexicano. Para llegar finalmente a la formulación de la problemática actual del SGMMG.

Una vez descrito lo anterior es evidente la necesidad de una planeación dentro del proceso de evaluación de los SGMMG, experiencia propia, que permita hacer un análisis más detallado de la siniestralidad, buscando el punto de equilibrio entre la suficiencia de primas y la competencia exigente del mercado asegurador.

1.1. El Seguro de Salud y el SGMM en México.

En México los servicios de salud son proporcionados a través de instituciones públicas y privadas, las primeras representadas por la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, las instituciones de seguridad social integradas por IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) e ISSSTE (Instituto del Seguro Social para los Trabajadores del Estado), entre otras los servicios que prestan PEMEX (Petróleos Mexicanos), Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, las instituciones bancarias, y por lo que se refiere al sector privado contamos con los centros hospitalarios. En general los costos de los servicios de salud no son regulados por ningún organismo.

El seguro de salud por parte del gobierno IMSS e ISSSTE específicamente, es financiado por recursos fiscales y por contribuciones de seguridad social obrero-patronal, es un fondo no lucrativo, administrado por el gobierno. El resto de la población que no tiene derecho ni al IMSS ni al ISSSTE tiene servicio médico a un muy bajo costo por medio del Departamento del Distrito Federal, integrado por los llamados “Centros de Salud”, sin embargo su demanda es demasiada y el servicio deficiente.

Un problema evidente para la cobertura de salud en México, es que la pirámide poblacional de nuestro país tiende a invertirse, i.e., la gran base actual de edades jóvenes tendrá que envejecer, con una esperanza de vida mayor, sobre una base de edades jóvenes mucho menor. Además de que por mucho tiempo se han caracterizado las instituciones públicas de nuestro país por no contar con los recursos suficientes para atender a sus derechohabientes tanto en cantidad como en calidad.

Ante tal situación surge el *seguro de gastos médicos mayores* (SGMM) que permite el acceso a las instituciones privadas a “un menor costo” mediante la prevención del riesgo de desembolsar cantidades fuertes ante la presencia de alguna enfermedad o accidente.

Varias son las diferencias entre el SGMM y el seguro de salud (cuadro1). El SGMM busca proteger al asegurado contra alguna eventualidad económica a consecuencia de un accidente o enfermedad y el seguro de salud está enfocado a prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar la salud.

Se entiende por salud “el completo estado de bienestar bio-sico-social y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Cuadro1. Diferencias entre el SGMM y el Seguro de Salud

Seguro de GMM	Seguro de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Curativo • 7% de la población lo utiliza • Frecuencia baja y severidad alta • Contacto post-padecimiento • Orientado a indemnizar • Utiliza tecnología actuarial • Pago por servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Preventivo y curativo • 93% de la población lo utiliza • Frecuencia alta y severidad alta • Contacto pre-padecimiento • Asegura la salud • Utiliza tecnología de información • Esquemas flexibles de pago

Fuente : Periódico el Asegurador, julio 31 de 2001

El SGMM no cubre todas las necesidades de atención, lo que implica pagos adicionales, usualmente en consultas y medicamentos, mientras que el seguro de salud otorga una atención integral.

El seguro de salud substituye el concepto de indemnización o reembolso del SGMM, por el de prestación de servicios y se da una relación contractual entre las Instituciones Especializadas en Salud (ISES) y prestadores, no entre el asegurado y el prestador en sí.

La falta de regulación en el seguro de salud en México trajo como consecuencia un crecimiento desordenado en los prestadores de servicios médicos (medicina prepagada), aunado a 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 de que no había ninguna garantía de servicio de calidad para los consumidores ni forma de hacer valer sus derechos en caso de incumplimiento¹.

¹ consultar Anexo C. Programas nacionales de seguros de salud y gastos médicos en diferentes países.

1.2. Objetivo y Antecedentes del SGMM.

El *objetivo* del seguro de gastos médicos mayores es tratar de garantizar la salud familiar mediante una provisión de asistencia médica a través de instituciones y prestadores de servicios. Dicha provisión permite tener acceso a tratamientos muy costosos no previstos que de otra forma, al no poder contar con ellos, aminoraría la salud del enfermo o en caso de poder pagarlo afectaría directamente a la economía familiar, ya que se trata de un gasto médico mayor.

El contrato estipula que únicamente los gastos que se incurran en exceso de una cantidad especificada, llamada el *deducible*, serán pagaderos. Naturalmente, mientras más alto sea el deducible, más bajo será el costo. La cláusula del deducible es por supuesto, un elemento esencial del plan, siendo la característica principal del mismo la eliminación de las reclamaciones pequeñas².

El excedente de los gastos realmente incurridos sobre el importe deducible, se reduce aún más por medio de una cláusula de *coaseguro*. Bajo esta cláusula, el importe pagadero por la compañía se limita a un porcentaje específico del excedente (ejemplo: 80%, 90%.) El propósito del coaseguro es dar al asegurado un incentivo para evitar los gastos excesivos e innecesarios, al exigirle que pague una parte de los gastos incurridos en exceso del deducible; esto es muy necesario para el control de las reclamaciones bajo este plan.

Como *antecedente* del SGMM podemos encontrar la póliza de accidentes y enfermedades dentro de la cual se maneja una cobertura de gastos médicos.

Joseph B. Maclean en su libro "El Seguro De Vida", 1985, explica que el Seguro contra Accidentes y Enfermedades tiene alrededor de 100 años, pero la gran variedad de coberturas y los tipos de beneficios ahora disponibles son de origen comparativamente reciente. Los primeros contratos cubrían solo accidentes. Su introducción se debió al gran número de accidentes de ferrocarriles, estando entonces éstos en sus inicios, considerándose un viaje una empresa peligrosa. Los primeros contratos, tanto en la Gran Bretaña (1848) como en los Estados Unidos, unos pocos años después, cubrían solo dichos accidentes de viaje. Era similar al Seguro contra Accidentes que ahora esta disponible en los aeropuertos y que cubren un solo vuelo por avión.

La amplitud de la cobertura y los diferentes tipos de beneficios se fueron extendiendo gradualmente y aproximadamente en 1915 los beneficios incluían pagos para cubrir el costo del hospital, cirugía, médicos y cuidado de enfermeras, similares en naturaleza a los actualmente disponibles.

El seguro contra enfermedades en los Estados Unidos comenzó alrededor de 1890, con las pólizas que proveían beneficios de rentas en caso de incapacidad proveniente de una enfermedad específica. Este seguro tanto en los Estados Unidos como en Canadá nació de los beneficios que eran pagados por algunas organizaciones fraternales a sus miembros. Este era el caso también en Inglaterra, donde los beneficios por enfermedad

² Consultar anexo A. Operación del deducible.

habían sido una característica de los antiguos gremios comerciales y después un distintivo de varios tipos de asociaciones de beneficios mutuos y de sociedades de amigos.

Antecedente de déficit de primas:

Estas formas tempranas del seguro de enfermedades no eran de forma contractual con tarifas de primas predeterminadas y beneficios garantizados, sino que los pagos que se hacían eran a menudo de naturaleza de “dádivas” dependiendo de la necesidad y de los fondos disponibles para pagarlas.

La experiencia de las asociaciones en Inglaterra y de las órdenes fraternales en América no fue una guía segura para la experiencia del seguro comercial, al menos durante los primeros tiempos de su crecimiento, en el cual eran comunes las pérdidas debido a lo inadecuado de las tarifas de primas.

El desarrollo del seguro de enfermedades siguió en mucho los mismos lineamientos que el seguro de accidentes en cuanto a la gradual extensión de los tipos de cobertura, a la naturaleza y al importe de los beneficios a pagar. Sin embargo, la experiencia económica del primero ha sido menos favorable que la del segundo.

Algunos de los factores iniciales que resultaron en una pérdida para el seguro de enfermedades son: la carencia de estadísticas confiables acerca de la incidencia o tasa de las enfermedades, el fracaso en apreciar la necesidad de una selección estricta de los riesgos y el aumento de las reclamaciones en períodos de depresión económica.

El efecto adverso de condiciones económicas en la tasa de enfermedad se sintió de manera extrema durante la depresión en los primeros años de la década de los treinta. La década precedente había sido de prosperidad. Las cláusulas de las pólizas de enfermedades habían sido excesivamente liberadas y en algunas compañías se introdujeron pólizas bajo las cuales la renovación estaba garantizada siendo no cancelables. Estas pólizas resultaron en pérdidas tan graves que su emisión se discontinuó.

La creación específica del seguro de gastos médicos mayores surge en la década de los años treinta con el desarrollo del seguro de accidentes y enfermedades. La expansión de la cobertura en beneficios, se evidenció principalmente en los gastos, éstos estaban sobre una base modesta, siempre sustancialmente menor que los costos reales incurridos y generalmente expresada en términos del importe del beneficio de renta-semanal. La tendencia ha sido proveer pagos que se aproximen a los desembolsos reales para los gastos del hospital y otros conceptos similares.

La entrada general de las compañías de seguros de vida en la operación de accidentes y enfermedades es comparativamente reciente. Con anterioridad a 1930 sólo unas pocas compañías de seguro de vida estaban suscribiendo alguna forma distinta a los beneficios de incapacidad total y permanente y los beneficios por muerte accidental, incluidos en las pólizas de seguro de vida. El seguro contra accidentes y enfermedades se consideraba, generalmente, tanto por las compañías de seguros como por los departamentos de seguros

del estado, como una línea de daños. Sin embargo, alrededor del año de 1950, las compañías de seguro de vida estaban suscribiendo aproximadamente la mitad del total del volumen de primas del seguro contra accidentes y enfermedades, principalmente con base colectiva.

El pago de los honorarios médicos se ha venido ajustando de acuerdo a la experiencia presentada: inicialmente los honorarios, se pagaban de acuerdo a un catálogo de honorarios propio de cada aseguradora que la mayoría de las veces se consideraba bajo, posteriormente surgieron planes con pago de honorarios sin límite, lo que permitió que el único tope para el reembolso de la reclamación fuera la suma asegurada; operación que causó una fuerte pérdida para las compañías de seguros ya que era muy evidente que el monto de los honorarios médicos por medio de una aseguradora era mayor que aquel donde no exista póliza de por medio.

Por lo anterior surge una nueva forma de pagar los honorarios médicos, ahora basado en un catálogo ó en un promedio de los honorarios que se manejan en el mercado, Gasto Usual y Acostumbrado (GUA), dando la opción al contratante de elegir la forma de pago de dichos honorarios (limitado a un catálogo ó GUA).

Al mismo tiempo que se empezaron a realizar convenios con médicos que, a cambio de promoverlos con los asegurados, aceptaban ciertos aranceles y el pago de la compañía de seguros; también se inicio la labor con hospitales para que en forma directa la compañía liquidara la cuenta del asegurado al hospital y de esta forma se tratara de controlar la siniestralidad. Esta medida de contactar al médico de confianza del asegurado que aún no esta en convenio con la compañía de seguros cada vez se hace más indispensable en el uso de este seguro ya que busca satisfacer las necesidades personales de cada asegurado a un costo razonable.

Algunas de las razones por las cuales las compañías de seguros de vida han entrado a la operación de accidentes y enfermedades son las siguientes:

- (1) El deseo de ofrecer una protección más amplia a individuos y aumentar así sus negocios,
- (2) Demostrar que se puede hacer disponible una cobertura adecuada sobre una base voluntaria por la empresa privada,
- (3) La entrada por parte de muchas compañías en la operación del seguro de vida colectivo, lo cual ha llevado a la conveniencia, o necesidad, de suscribir otras líneas colectivas, particularmente en accidentes y enfermedades, con el fin de hacer frente a la competencia cuando más de un tipo de seguro esté involucrado y
- (4) El deseo de aumentar el potencial de ganancia del cuerpo de ventas de la compañía.

Algunas de las razones por las cuales las compañías de seguros de vida NO han entrado a la operación de accidentes y enfermedades son las siguientes:

- (1) El establecimiento de una línea adicional de negocios requiere de un desembolso de capital inicial considerable y normalmente involucra una pérdida anual en el superávit de la operación de la nueva línea por algunos años – quizás 5 o más; esto no es demasiado importante para una compañía grande o bien establecida, que posee superávit suficiente y ganancias de otras líneas con las cuales financiar la nueva empresa, pero podría ser el factor decisivo en el caso de una compañía pequeña o joven,
- (2) En vista de la experiencia pasada en relación con los beneficios de ingresos o rentas por incapacidad en las pólizas de vida y algunas clases de pólizas de accidentes y enfermedades, la posibilidad de incurrir en pérdidas serias bajo una línea de negocios y
- (3) Una objeción menor es que el entrar en la operación de accidentes y enfermedades puede tener un efecto adverso sobre la venta del seguro de vida, que es el principal interés de la compañía; los agentes pueden encontrar que es más fácil vender una póliza de accidentes y enfermedades y pueden dedicar menos de su tiempo a la venta del seguro de vida.

Probablemente los beneficios en la mayoría de los casos sobrepasarían los perjuicios. De cualquier manera, la entrada en la operación de accidentes y enfermedades por parte de las compañías se ha extendido en los años recientes y parece probable que estas formas adicionales de coberturas se considerarán cada vez más como una parte normal y deseable de las operaciones de una compañía de seguros de vida.

En México, el estudio sobre el seguro de accidentes y enfermedades se llevó a cabo, debido a que al final de 1972 no se contaba con material técnico y experiencia mexicana en esta área, aunque el funcionamiento del mercado nacional de la industria del seguro se basaba desde hacía unos 4 ó 5 años, en tarifas obtenidas de experiencia extranjera.

Como algunos avances significativos en el seguro de gastos médicos mayores en México podemos mencionar:

- (1) A partir de 1988, las sumas aseguradas y deducibles se indexaron al Salario Mínimo General Mensual (SMGM) del Distrito Federal,
- (2) En 1990, Grupo Nacional Provincial lanzó su primera póliza de cobertura internacional (Línea Azul Internacional),
- (3) En 1991, Seguros CIGNA lanzó por primera vez en México un plan de gastos médicos mayores vitalicio,
- (4) En Junio de 1992, Grupo Nacional Provincial lanzó Línea Azul Internacional de cobertura vitalicia y

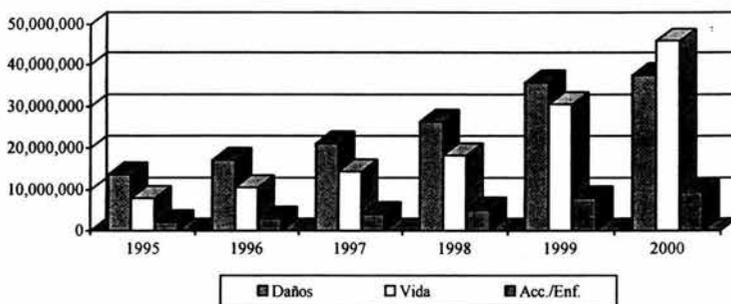
(5) En 1996, Grupo Nacional Provincial lanzó Línea Azul sin límite de suma asegurada.

1.3. Evolución e importancia del SGMM en el sector asegurador mexicano.

En este apartado se muestra el rápido crecimiento que ha tenido el SGMM en el sector asegurador mexicano y el alto grado de siniestralidad que presenta esta operación por la insuficiencia de primas.

En el periodo de 1995-2000, la composición de la cartera en primas directas para el sector asegurador en su conjunto tuvo el siguiente comportamiento por tipo de operación:

Gráfica 1. Primas directas por tipo de Operación, 1995-2000



Fuente: EstadisticAmis 1995,1996,1997,1998,1999,2000. Cifras en miles de pesos

Cuadro 2. Primas directas por tipo de operación 1995-2000.

	Daños	Vida	Accidentes y Enfermedades	Total Gral. Sin Pensiones
1995	13,643,174	7,996,926	2,101,107	23,741,207
1996	17,146,312	10,592,981	3,016,958	30,756,251
1997	21,198,000	14,422,000	4,040,405	39,660,405
1998	26,339,000	18,267,000	5,156,761	49,762,761
1999	35,825,000	30,648,000	7,995,054	74,468,054
2000	37,585,000	46,010,000	9,471,917	93,066,917

Fuente: EstadisticAmis 1995,1996,1997,1998,1999,2000. Cifras en miles de pesos

En el cierre del año 2000, la operación de accidentes y enfermedades tuvo una captación de primas de \$9,471,917,000, que representan el 10% del total de primas directas del sector asegurador (cuadro 2.), lo cual, si se considera la antigüedad de esta operación en el mercado mexicano y que 25 de las 55 compañías manejaban este seguro, podríamos decir que es un porcentaje muy significativo.

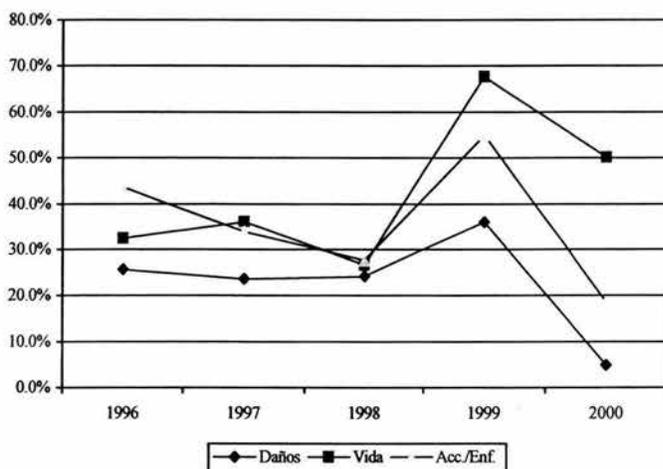
Cuadro 3. Porcentaje de participación de primas directas por operación en el sector asegurador 1995-2000.

	Daños	Vida	Acc./Enf.
1995	57.47%	33.68%	8.85%
1996	55.75%	34.44%	9.81%
1997	53.45%	36.36%	10.19%
1998	52.93%	36.71%	10.36%
1999	48.11%	41.16%	10.74%
2000	40.38%	49.44%	10.18%

Fuente: EstadisticAmis 1995,1996,1997,1998,1999,2000

En la siguiente gráfica se observa como el crecimiento de la operación de accidentes y enfermedades se comporta por arriba del crecimiento del ramo de daños y de manera muy similar al crecimiento de la operación de vida, presentándose el mayor incremento en primas en el año de 1999 con un 55% , aunque la tendencia de crecimiento durante el año 2000 cayó, la perspectiva de este seguro sigue siendo muy favorable si consideramos el número de compañías que lo manejan:

Gráfica 2. Crecimiento de acc./enf. vs vida y daños, 1996-2000



Fuente: EstadisticAmis 1996,1997,1998,1999,2000

Cuadro 4. Crecimiento por tipo de operación del sector asegurador 1996-2000.

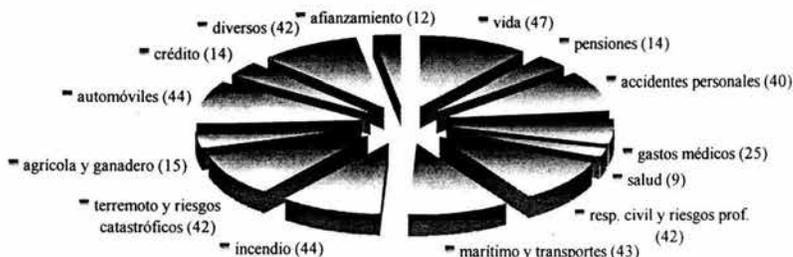
	Daños	Vida	Acc./Enf.
1996	25.68%	32.46%	43.59%
1997	23.63%	36.15%	33.92%
1998	24.25%	26.66%	27.63%
1999	36.02%	67.78%	55.04%
2000	4.91%	50.12%	18.47%

Fuente: EstadisticAmis 1996,1997,1998,1999,2000

Al finalizar 1999, el sector asegurador se encontraba integrado por 68 compañías, de las cuales 3 eran reaseguradoras, 3 sociedades mutualistas de seguros y 7 compañías de seguros especializadas en los seguros de pensiones.

El SGMM fue ofrecido únicamente por 25 compañías, el 45.4% del total de instituciones de seguros en nuestro país en 1999.

Gráfica 3. Número de compañías que manejan cada ramo.



Fuente: Anuario Estadístico de la CNSF 1999.

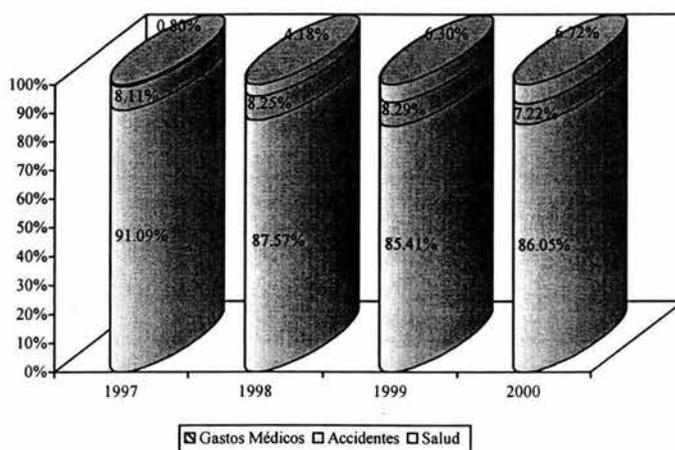
Del total de primas directas de la operación de accidentes y enfermedades, el seguro de gastos médicos mayores ha contribuido siempre con la mayor proporción, siendo ésta en promedio, del 87.53% en el período 1997-2000, en comparación con la de accidentes personales del 7.97% y con la de salud del 4.50% para el mismo período.

Cuadro 5. Porcentaje de participación de primas directas en la operación de accidentes y enfermedades 1997-2000.

	Gastos		
	Accidentes	Médicos	Salud
1997	8.11%	91.09%	0.80%
1998	8.25%	87.57%	4.18%
1999	8.29%	85.41%	6.30%
2000	7.22%	86.05%	6.72%

Fuente: EstadisticAmis, 1997,1998,1999,2000

Gráfica 4. Participación del seguro de gastos médicos mayores en la operación de accidentes y enfermedades 1997-2000.



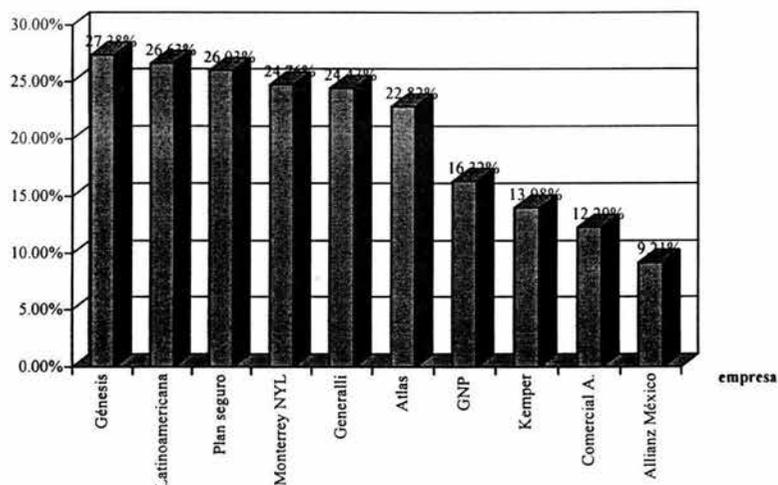
Fuente: EstadisticAmis, 1997,1998,1999,2000

Un elemento útil para ver la importancia del SGMM es el grado de especialización de las compañías de seguros en la producción de primas directas de éste seguro.

Un indicador para el grado de especialización puede obtenerse para cada institución, dividiendo las primas directas del SGMM entre el monto de primas directas correspondiente al total de operaciones de la propia institución durante el mismo período.

La siguiente gráfica muestra las 10 compañías que en el año 2001 obtuvieron el grado más alto de especialización en el SGMM así definido:

Gráfica 6. Porcentaje de especialización en el SGMM respecto a primas directas 2001.



Fuente: EstadisticAmis, 1997,1998,1999,2000

Como se muestra en la gráfica 6, Seguros Génesis obtuvo el primer lugar de especialización, toda vez que la prima directa representa el 27.38% de su prima total, en segundo lugar se encuentra La Latinoamericana con un 26.63% y en el tercer lugar a ocupar Plan Seguro con un 26.03%.

Cuadro 6. Grado de especialización en el SGMM respecto a primas directas 2001.

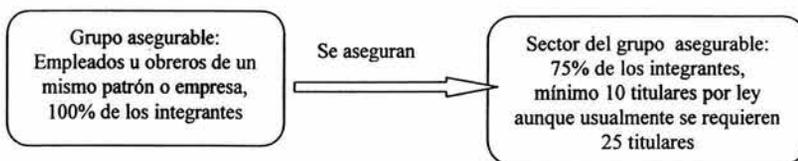
Compañía	Total Gral. sin Pensiones	GMM	% Espec.
1 Génesis	1,426,014	390,414	27.38%
2 La Latinoamericana	92,454	24,622	26.63%
3 Plan Seguro	35,267	9,180	26.03%
4 Monterrey NYL	1,664,204	412,118	24.76%
5 Generali	299,476	73,169	24.43%
6 Atlas	771,835	176,133	22.82%
7 GNP	7,480,666	1,220,642	16.32%
8 Kemper de México	310,918	43,475	13.98%
9 Comercial América	10,799,693	1,327,681	12.29%
10 Allianz México	499,339	45,969	9.21%

Fuente: EstadisticAmis, 2do trimestre 2001, Cifras en miles

Antes de continuar es necesario abordar los conceptos de seguro de grupo, seguro colectivo, experiencia global y experiencia propia ya que de aquí en adelante me enfocaré específicamente al seguro de grupo en especial al de experiencia propia y también se hace mención del seguro colectivo.

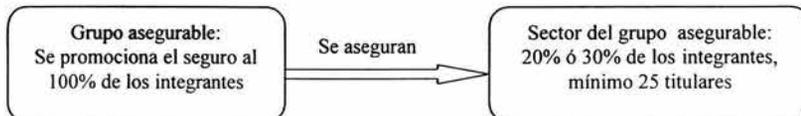
1.3.1. Conceptos de seguro de grupo, colectivo y experiencia global y experiencia propia.

- (1) *El Seguro de Grupo*: como su nombre lo indica está diseñado para los empleados u obreros que trabajan para un mismo patrón o empresa, los sindicatos, las uniones de trabajadores en servicio activo, siempre y cuando el grupo asegurado conste por lo menos del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas (Art. 1 RSG). En el seguro de gastos médicos mayores por lo regular se requieren 25, titulares para considerarse como seguro de grupo³.



- (2) *El Seguro Colectivo*: es muy similar en su tratamiento al seguro de grupo con la principal diferencia que está diseñado para comercializarse a través de asociaciones o grupos de personas cuya razón de agruparse no sea únicamente el de contratar un seguro, sino que los relacione alguna actividad o interés común, no necesariamente laboral.

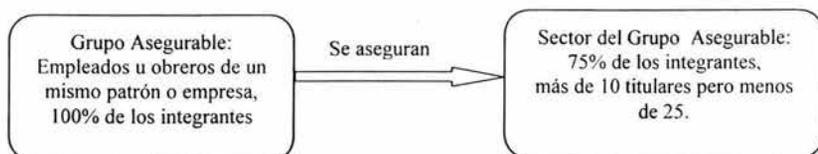
Podrán adquirir un seguro colectivo de gastos médicos mayores todos aquellos sectores de grupos asegurables en los que participe el 100% de los miembros que lo integran, siempre que dicho sector represente por lo menos el 20% ó 30% del grupo total asegurable, con mínimo de 25 asegurados titulares independientemente de que sean o no contributivos⁴.



³ La Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989; maneja 25 titulares como mínimo.

⁴ La Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989 maneja el 30%, pero este porcentaje puede variar de una compañía aseguradora a otra, dependiendo de sus políticas de suscripción.

También podrán clasificarse como colectivos aquellos grupos “auténticos”, es decir que cumplan con las características del seguro de grupo, en los que participe el 100% de los miembros que lo forman, que tengan menos de 25 asegurados titulares pero más de 10⁵.



Se caracteriza porque el asegurado principal toma parte en la decisión de ser asegurado y a su vez, contribuye al pago de la prima, ya sea parcial o totalmente.

Existen dos clases de seguro de GMM grupo, que son:

(1) *Seguro de GMM Experiencia Global (SGMMEG)* y

(2) *Seguro de GMM Experiencia Propia (SGMMEP)*

Las cuales se definen en función del número de asegurados titulares y dependientes económicos que se protegen, así como de la existencia o no de periodos de cobertura de seguros en años anteriores, para un grupo dado.

(1) *SGMMEG*: se suscribe para grupos con menos de 150⁶ asegurados titulares o menos de 500 asegurados totales, o bien para aquellos que por número pudieran ser considerados para experiencia propia, pero que no han tenido la cobertura de seguro el ejercicio inmediato anterior. La cotización de este seguro se realiza con base a las tarifas determinadas por rangos de edad y sexo, registradas por las aseguradoras ante la CNSF.

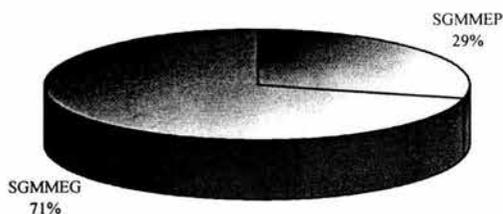
(2) *SGMMEP*: se suscribe para grupos con un mínimo de 150 asegurados titulares y 500 asegurados totales, si cuentan con experiencia en siniestralidad del ejercicio inmediato anterior. Este seguro se cotiza tomando en cuenta el monto de los siniestros pagados durante la vigencia anterior, de preferencia dos años atrás, con independencia de la edad y sexo de cada asegurado; la inflación esperada de los servicios de salud que cubre el seguro y los gastos de administración y adquisición correspondientes.

⁵ Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.

⁶ La Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989, para el Seguro "Colectivo" de Experiencia Propia, considera más de 250 titulares con un mínimo de 500 asegurados totales.

Del total de pólizas de seguro de grupo de GMM, aproximadamente el 29% son de SGMMEP y 71% SGMMEG.

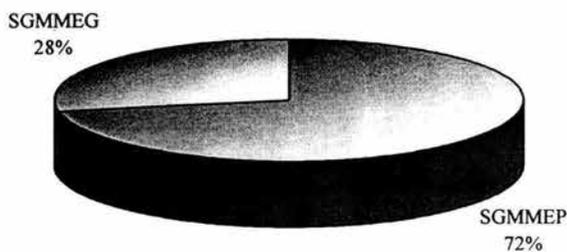
Gráfica 7. Distribución de Pólizas por Tipo de Experiencia



Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Fernando Solís Soberón, Documento de trabajo No. 25, CNSF, 1993

Sin embargo, respecto a la prima emitida se comporta de forma inversa, el 72% corresponden a SGMMEP y solo el 28% a SGMMEG.

Gráfica 8. Distribución total de Prima Emitida.



Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Fernando Solís Soberón, Documento de trabajo No. 25, CNSF, 1993

Después de explicar el SGMMEP, objeto del presente estudio se procede a analizar el *alto grado de siniestralidad* de la operación en de accidentes y enfermedades:

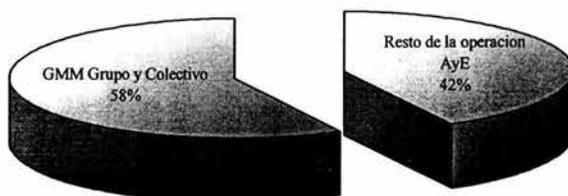
Durante el período 1996-2000 el importe de los siniestros de la operación de accidentes y enfermedades representó en promedio un 10.72% del total del mercado, una cantidad representativa para este tipo de operación; cabe señalar que del total del importe de los siniestros de la operación de accidentes y enfermedades, el SGMM grupo y colectivo representó en promedio para ese mismo período más de la mitad, 57.69%.

Cuadro 7. Importe de Siniestros Directos 1996-2000.

	Total Gral. sin Pensiones	Accidentes y Enfermedades	% Part. en el mercado	GMM Grupo y Colectivo	% Part. en Acc./Enf.
1996	17,005,084	1,920,303	11.29%	1,180,234	61.46%
1997	24,878,982	2,720,056	10.93%	1,540,316	56.63%
1998	31,235,562	3,434,090	10.99%	2,000,180	58.24%
1999	44,936,804	5,114,086	11.38%	2,874,994	56.22%
2000	75,485,980	6,798,917	9.01%	3,800,108	55.89%

Fuente: EstadisticAmis 1996,1997,1998,1999,2000. Cifras en miles de pesos

Gráfica 9. Porcentaje de siniestralidad del SGMM grupo y colectivo dentro de la operación de accidentes y enfermedades 2000.



La siniestralidad directa para la operación de accidentes y enfermedades, considerada como el cociente del importe siniestros directos entre las primas directas, alcanzó en promedio, en el período analizado (1996-2000), un 66.66%, porcentaje alto con respecto al incremento promedio en primas del 27%. Es importante mencionar, para el análisis de siniestralidad propuesto en los siguientes capítulos, que el incremento en primas en dicho período, siempre se encuentra por arriba de la inflación, lo cual refleja que el incremento en la siniestralidad provoca un ajuste a las tarifas.

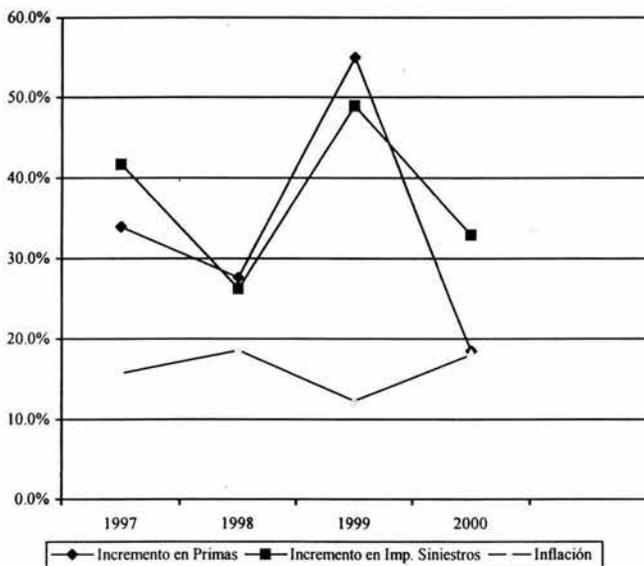
Cuadro8. Comportamiento de primas y siniestros de la operación de accidentes y enfermedades vs. inflación 1996-2000.

Accidentes y Enfermedades						
	Primas Directas	Incremento en Primas	Importe de Siniestros	Incremento en Imp. Siniestros	% Siniestralidad	Inflación
1996	3,016,958		1,920,303		63.65%	27.70%
1997	4,040,405	33.92%	2,720,056	41.65%	67.32%	15.72%
1998	5,156,761	27.63%	3,434,090	26.25%	66.59%	18.61%
1999	7,995,054	55.04%	5,114,086	48.92%	63.97%	12.32%
2000	9,471,917	18.47%	6,798,917	32.94%	71.78%	18.01%

Fuente: EstadisticAmis 1996,1997,1998,1999,2000 Cifras en miles de pesos.

Inflación: Revista Examen de la Situación Económica de México No. 895, Julio 2000

Gráfica 10. Comportamiento de primas y siniestros de la operación de accidentes y enfermedades vs. inflación 1996-2000.



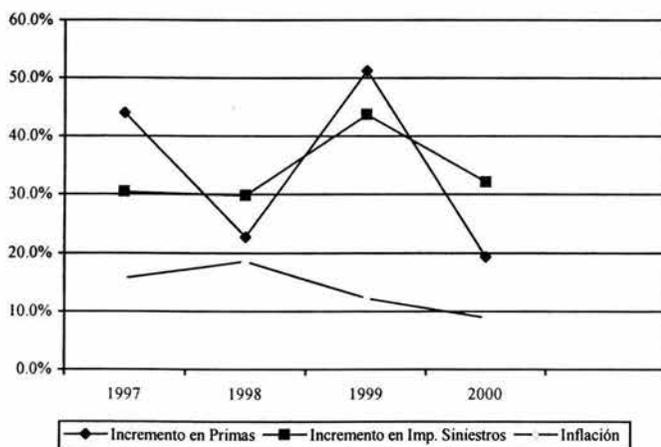
Por otra parte, la siniestralidad directa para el SGMM grupo y colectivo llegó en promedio a un 44.21%, porcentaje alto con respecto al incremento promedio en primas del 27.46%.

Cuadro 9. Comportamiento de primas y siniestros del SGMM grupo y colectivo vs. inflación 1996-2003.

GMM Grupo y Colectivo						
	Primas Directas	Incremento en Primas	Importe de Siniestros	Incremento en Imp. Siniestros	% Siniestralidad	Inflación
1996	2,555,380		1,180,234		46.19%	27.70%
1997	3,680,385	44.02%	1,540,316	30.51%	41.85%	15.72%
1998	4,515,802	22.70%	2,000,180	29.86%	44.29%	18.61%
1999	6,828,479	51.21%	2,874,994	43.74%	42.10%	12.32%
2000	8,151,048	19.37%	3,800,108	32.18%	46.62%	8.96%

Fuente: EstadisticAmis 1996,1997,1998,1999,2000, 2001,2002,2003 Cifras en miles de pesos
Inflación: INPC Banco de México.

Gráfica 11. Comportamiento de primas y siniestros del SGMM grupo y colectivo vs. inflación. 1997-2000.



1.4. Marco Legal del SGMMG en México.

Antecedentes.

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

La CNSF tiene como una de sus más importantes responsabilidades garantizar al público usuario de seguros que las instituciones aseguradoras cumplan con lo establecido en la ley mencionada, mediante diversos procesos de inspección y vigilancia desarrollados.

Existen dos leyes y un reglamento que rigen la actividad aseguradora:

(1) La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)

Establece los lineamientos de operación para las compañías aseguradoras. Regula la relación entre la autoridad, Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la CNSF y el asegurador.

(2) La Ley sobre el Contrato del Seguro (LSCS)

Establece las condiciones que deben cumplirse al celebrar un contrato de seguro y las obligaciones y derechos que tienen cada una de las partes. Regula la relación que existe entre el asegurado y el asegurador.

(3) El Reglamento del Seguro de Grupo (RSG):

Establece las obligaciones y derechos del contratante y la compañía de seguros, así como su manejo administrativo.

Dentro de LGISMS se encuentran específicamente dos artículos que determinan la operación de accidentes y enfermedades. Los artículos 7 y 8.

El ART. 7 Da la autorización para la operación de accidentes y enfermedades.

El ART. 8 Describe el tipo de seguro comprendido en este tipo de operación: que tenga como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, ocasionada por un accidente o enfermedad de cualquier género.

Dentro de LSCS aparece un apartado de Disposiciones Especiales del Contrato de Seguro sobre las personas donde encontramos algunos artículos importantes para la operación de accidentes y enfermedades como el 8,9,10,47,151,152,188,189,191.

Básicamente este apartado expresa que se realizará por escrito un cuestionario relativo a todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, facultará a la empresa aseguradora para considerar

rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Dicho contrato comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.

Grupo.

Dentro del RSG encontramos varios artículos que establecen las bases administrativas del seguro de GMM grupo.

El ART. 4º Transitorio del RSG establece que dicho reglamento se aplicará en lo conducente a la operación de accidentes y enfermedades mientras se reglamenta dicha operación, por lo cual el seguro de GMM grupo se rige por el RSG.

Entre otras cosas, el RSG exterioriza las condiciones para la constitución de un grupo asegurable, de tal forma que éste debe estar determinado por lo menos por el 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso de empleados u obreros de un mismo patrón o empresa y de 25 personas en los demás casos. Hablando del seguro de GMM, debemos entender que cuando nos referimos al número de personas hablamos específicamente de número de titulares de la póliza.

Tratándose de un grupo constituido en tales condiciones, no habrá necesidad de examen médico obligatorio ni para los miembros que lo formen, ni para los que hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso. Sin embargo, la compañía aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la institución aseguradora. Este es un punto importante para la fuerte siniestralidad que se presenta en el SGMMG.

En caso de que los asegurados de un mismo patrón o empresa contribuyan al pago de la prima, en ningún caso la contribución de cada miembro será mayor al 75% de la cuota promedio y cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de la prima a la que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo, a la institución aseguradora.

Cuando un miembro se separe del grupo, éste dejará automáticamente de estar asegurado y la compañía aseguradora deberá restituir al contratante la prima no devengada por meses completos. En cuanto a jubilados o pensionados, éstos continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

La compañía aseguradora no tendrá obligación alguna ante el contratante después de 30 días de la fecha de vencimiento de la prima no pagada y en caso de ocurrir un siniestro en esos 30 días, la aseguradora podrá devolver la prima correspondiente a los treinta días de espera, no teniendo obligación alguna en el siniestro.

En caso de omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo, la compañía aseguradora podrá hacer disputable el contrato del seguro dentro del primer año de su vigencia.

El seguro de grupo siempre se practica sobre la base de un plan temporal ya sea de un año ó de periodos menores, esto es con la finalidad de poder apreciar la experiencia de siniestralidad.

En lo que se refiere a renovaciones, las instituciones aseguradoras están obligadas a renovar los contratos mediante endosos en la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, i.e. asumen el riesgo automáticamente por lo que es necesaria una planeación adecuada de dichas renovaciones para el correcto análisis de siniestralidad y cobro de primas. Es importante señalar, que no es obligación de la compañía aseguradora emitir en cada renovación una póliza nueva, sin embargo es práctica del mercado asegurador hacerlo, debido a los múltiples cambios que pueden sufrir las coberturas y la población asegurada.

Tratamiento fiscal del Seguro de GMM.

Hasta antes de la nueva reforma fiscal, en el actual régimen del presidente FOX, existía una inconsistencia fiscal: las primas correspondientes a los SGMM no eran deducibles de impuestos para las personas físicas mientras que para las personas morales sí. Estos era muy evidente en los seguros colectivos donde el trabajador pagaba una parte de la prima que no podía deducir y la empresa sí.

Actualmente con la reforma fiscal ya es deducible el pago de primas por concepto del SGMM tanto para las personas físicas como morales. Por tal motivo se espera aún más un crecimiento acelerado de la operación de accidentes y enfermedades, en específico del SGMM.

El cambio administrativo más importante para las compañías de seguros es que antes no tenían la obligación de entregar un recibo fiscal, deducible de impuestos, a los asegurados participantes en la prima del seguro colectivo, actualmente les implica un costo de operación el realizarlos.

1.5. Problemática del SGMMG en México.

Actualmente el SGMM en México enfrenta una serie de situaciones que implican la insuficiencia de primas, dentro de las cuales podemos mencionar:

- (1) *Alta siniestralidad*, originada por un período de reblandecimiento del SGMM en cuanto a tarifas y coberturas. Durante mucho tiempo se consideró a las pólizas de GMM como un tipo de contrato en el cual la obtención de resultados negativos por parte de las compañías de seguros era algo natural y en cierta forma propio del diseño mismo de los productos. Los agentes y corredores de seguros acuñaron el concepto de “operación de servicio” para el SGMM, como una

cobertura complementaria a la venta de pólizas correspondientes a otras operaciones y tipos de seguros. De esta manera, las pérdidas que originaban las coberturas de GMM, eran compensadas por las ganancias derivadas de las otras operaciones.

- (2) *Complejidad de las condiciones generales de la póliza*, las que dificultan al asegurado una adecuada comprensión de los alcances y limitaciones de este contrato.
- (3) *Falta de estadística propia*: Pocas compañías de seguros cuentan con la infraestructura suficiente, tanto en recursos materiales como humanos, para generar sus propias estadísticas, que permitan el cálculo de tarifas bajo principios de consistencia, equidad y suficiencia, que son los tres elementos que toda prima del seguro debe tener⁷.

Sumado a lo anterior, la mayoría de las veces las compañías no cuentan con la experiencia suficiente tanto en años de antigüedad como en número de asegurados para garantizar la aplicación de la “Ley de los Grandes Números”⁸.

Por lo anterior, podemos observar que la mayoría de los planes de seguros que se encuentran actualmente en el mercado tienen como base experiencias de otros países y en ocasiones adecuaciones al mercado nacional.

La situación anterior implica que, en buena medida, el SGMM opera actualmente con base a tarifas prácticamente experimentales.

Por ello, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), de manera conjunta con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), en 1993 estableció las bases estadísticas para el Sector Asegurador Mexicano, Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA).

⁷ *Consistencia*: se refiere a evitar absurdos, i.e. que la prima para un riesgo mayor sea más barata que la de un riesgo menor.

Equidad: al buen riesgo cobrarle más que al mal riesgo, tratándose de riesgos muy semejantes. Ejem: Cobrarle más a un joven que fuma que a otro que no fuma.

Suficiencia: se refiere a que lo que cobran de primas sea mayor o igual al valor presente de las obligaciones ó reclamaciones futuras más los costos de adquisición y administración.

⁸ *Ley de los Grandes Números*: Este principio nos dice que mientras más grande sea el número de riesgos separados de una misma naturaleza combinados dentro de un grupo, menor será la incertidumbre en cuanto a la cantidad de pérdidas en que se incurran en un periodo dado.

- (4) *Diferentes criterios para la aplicación del deducible y coaseguro, en combinación con la suma asegurada:* dentro de la diversidad de productos de GMM que ofrecen las instituciones de seguros en México, existen dos criterios para la aplicación del deducible y coaseguro en combinación con la suma asegurada, al momento de pagar un siniestro, es decir, que al presentarse una reclamación, las instituciones de seguros aplican el deducible, el coaseguro y la suma asegurada en secuencias distintas, dependiendo del diseño del producto, causando algunas veces desconfianza e incertidumbre en los asegurados respecto al monto indemnizable⁹ (ver anexo A).
- (5) *Problemática relacionada con la inflación en los servicios médicos:* Por un tiempo se generalizó la operación de *planes sin límite* por intervención quirúrgica, tanto en individual y/o familiar como en grupo y colectivo. Las compañías con mayor penetración en GMM detectaron que un seguro con estas características estaba contribuyendo a fomentar una inflación en los servicios médicos y hospitalarios superior a la inflación en general. Además de que la tecnología médica continuamente está siendo mejorada, por lo que los hospitales, con la finalidad de proporcionar los tratamientos médicos más avanzados a sus usuarios, compran equipos cada vez mejores e incrementan sus instalaciones de acuerdo a las nuevas necesidades, situación que conlleva a incrementos en los costos.
- (6) *Existencia de una "competencia depredatoria" en el sector asegurador por la captación de negocios:* propiciada principalmente por los intermediarios de los seguros (agentes o corredores) y por el área de ventas de las compañías de seguros. Por lo que la suscripción de un negocio varía de una compañía a otra dependiendo de factores como son:
- a) La visión que tienen de captar negocios (agresiva o conservadora). Existen compañías con políticas muy agresivas en cuanto a costos y coberturas con la única finalidad de atraer el negocio. Estas compañías afectan directamente al sector asegurador, ya que logran negocios con insuficiencia de primas, sin considerar los elementos técnicos necesarios;
- b) La información proporcionada por el agente de seguros. Para conservar o ganar un negocio el agente de seguros puede proporcionar una cifra menor a la siniestralidad real y consecuentemente la compañía de seguros cotizará una prima insuficiente para ese plan. Al cambiar de una compañía de seguros a otra, el agente busca tener las coberturas que ya disfrutaba más otras nuevas que le pueda proporcionar el cambio a la nueva compañía.
- (7) *Falta de regulación sobre costos y calidad en los servicios médicos:* Los hospitales privados, no están regulados por ningún organismo en cuanto al costo de sus insumos y servicios, únicamente se rigen por la oferta y la demanda y como ésta última es muy alta, los costos pueden llegar a ser muy elevados.

⁹ Pedro Mejía Tapia, en el documento "Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México", publicado por la CNSF en 1993.

Podemos encontrar hospitales muy costosos como son Los Ángeles, Medica Sur, ABC, donde los servicios no necesariamente son los mejores, sin embargo se pueden comparar con la suntuosidad de un hotel de cinco estrellas.

- (8) *Falta de una cultura del seguro*: lamentablemente, muchos asegurados aprovechan para atenderse en Hospitales muy caros, sin importarles cuanto tiempo deban de hospitalizarse ni los gastos que eroguen, ya que únicamente tendrán que pagar el deducible y coaseguro, situación que afecta directamente a la siniestralidad de la póliza de GMM.
- (9) *Falta de reglamentación específica*: Actualmente no se cuenta con un reglamento específico en cuanto al manejo técnico y administrativo para la operación de accidentes y enfermedades, sino que se rige por el reglamento del Seguro de Grupo Vida, (ver Art. 4° transitorio RSG).

En el siguiente capítulo se enfoca principalmente a los puntos: 1, 2, 6 y 8, anteriormente descritos, donde mucho tienen que ver el área de ventas y de suscripción de una compañía de seguros como el corredor de seguros.

Adicionalmente se presenta un conjunto de estrategias de análisis para enfrentar dicha problemática, tomando como base las políticas de suscripción que generalmente manejan las compañías de seguros y se describe la planeación en el proceso de evaluación de los SGMMG.

CONCLUSIONES CAPÍTULO UNO.

Como se comentó en general en este capítulo, el SGMM es de gran importancia tanto para el individuo como persona física como para la sociedad en general:

- 1) Permite tener acceso a atención médica no prevista que de otra forma sería muy costosa (sección 1.2).
- 2) Es necesario su sano desarrollo debido a la tendencia de la pirámide poblacional mexicana (sección 1.1): un mayor número de ancianos con incremento en la esperanza de vida¹⁰ y por ende un mayor detrimento en el servicio de seguridad social que tenemos actualmente.
- 3) Sirve como atractivo en el paquete de prestaciones que presentan las empresas a sus empleados y es deducible de impuestos para ambos (sección 1.4).
- 4) Las compañías de seguros de vida han tenido que abrirse a esta operación para no quedar fuera de mercado y ser competitivos (sección 1.2).

Lamentablemente, a pesar estos puntos que dan gran importancia al SGMM, existe una problemática (sección 1.5) muy fuerte de insuficiencia de primas desde los primeros inicios del SGMM, debida a diversos factores, entre los principales podemos mencionar:

- 1) Una “competencia depredatoria” en el sector asegurador.
- 2) Falta de una cultura del seguro, tanto para los asegurados, como para los corredores y ejecutivos de ventas de una compañía de seguros. Para los asegurados en el uso desmesurado de la póliza, para los corredores en la manipulación de la información veraz de la póliza, y por último en el ejecutivo de ventas de la compañía de seguros en la falta de trabajo en conjunto con las áreas de suscripción y análisis adecuado de la siniestralidad, este punto se manejará con mayor detalle en el siguiente capítulo.
- 3) Complejidad de las condiciones generales de la póliza. En el capítulo 2 se describen los conceptos más importantes al respecto.
- 4) Falta de estadísticas confiables para el desarrollo de las primas.

Por lo anterior es necesario cambiar la forma inadecuada de suscribir negocios de GMM que se basa principalmente en la competencia de mercado dando la cotización más baja con insuficiencia de primas.

Finalmente de acuerdo al enfoque de sistemas de Churchman se analizó el sistema viendo el problema desde un todo y se desglosó el mismo en sus diferentes componentes, dando una propuesta de solución, que forma parte de la planeación a desarrollar en el siguiente capítulo.

¹⁰ incrementándose de 42 a 62 años. Fuente: Tesis de Liliana Sandoval Luna., 2002.

FUENTES DE CONSULTA CAPÍTULO UNO.

1. Anuario Estadístico de la CNSF 1999
EstadisticAmis ,2do trimestre 2001
2. EstadisticAmis 1996,1997,1998,1999,2000
México D.F.
3. Jonhn H. Magee,
El Seguro de Vida,
Edit. Hispano América, México, 1964.
4. John E. Tiller,Jr FSA; Denise Fagerberg
Life, Health & Annuity Reinsurance., FSA 1990.
5. Joseph B. Maclean.
EL SEGURO DE VIDA
Edit. Continental, Mexico1985
6. Leyes y Códigos de México, Seguros y Fianzas, vigésimo cuarta edición,
Edit. Porrúa, México, 1990
7. Mejía Tapia Pedro, en el documento “Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México”, publicado por la CNSF en México, D.F., 1993.
8. Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989
9. Revista Examen de la Situación Económica de México No. 895, Julio 2000
10. Solis Soberón Fernando
Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Documento de trabajo No. 25, CNSF, México D.F. 1993

CAPÍTULO DOS

Políticas de suscripción del seguro de gastos médicos mayores grupo (SGMMG).

“Lo encumbrado de nuestros fines no justifica los medios que proponemos para perseguir dichos fines con efectividad y eficiencia. Tampoco justifica los aspectos sobre los que basan su validez, los propios medios”
Ackoff

OBJETIVO: *Diseñar un modelo funcional, a través de una serie de estrategias de análisis, que permita hacer una mejor evaluación de un SGMM experiencia propia, que sea competitiva sin afectar la suficiencia de primas; tomando como base las políticas de suscripción que generalmente manejan las compañías de seguros*

Contenido:

- 2.1. La Planeación en el proceso de evaluación de los SGMMG.
 - 2.1.1. Variables controlables y no controlables.
 - 2.1.2. Análisis de Fortalezas y Debilidades (FODA).
 - 2.1.3 Tipo de Plan.
- 2.2. La Planeación Interactiva.
 - 2.2.1. Fines.
 - 2.2.2. Medios y recursos.
 - 2.2.3. Diseño del modelo propuesto.

Conclusiones

Fuentes de consulta.

CAPÍTULO DOS: Políticas de suscripción del SGMMG.

Ya que ha sido abordada, en el capítulo uno, la problemática del SGMMG desde el enfoque de sistemas de Churchman, viendo el SGMMG de la forma más completa posible, se da como propuesta de solución el diseño del modelo funcional que permita hacer una mejor evaluación del SGMMG, experiencia propia, que sea competitiva sin afectar la suficiencia de primas

El modelo propuesto, consiste en una serie de estrategias de análisis que forman parte de la planeación a desarrollar en el presente capítulo.

2.1. La Planeación en el proceso de evaluación de los SGMMG.

El autor Russell L. Ackoff define 4 tipos de planeación:

- 1) Planeación Reactiva: se enfoca al pasado y reacciona para dar solución al problema.
- 2) Planeación Inactiva: se enfoca al presente y no soluciona el problema, sino que lo administra.
- 3) Planeación Prospectiva: analiza el ahora y ve el futuro.
- 4) Planeación Interactiva: toma lo relevante y las constantes del pasado y las proyecta en el futuro determinando la crisis del presente.

En el presente trabajo se aplica la Planeación Interactiva que cuenta con las siguientes fases:

- i. Formulación de la problemática.
- ii. Planeación de los fines.
- iii. Planeación de los medios.
- iv. Planeación de los recursos.
- v. Diseño de la implementación (realización).
- vi. Control y ciclo de vida.

Dichas fases no requieren cumplirse necesariamente en el orden estipulado ni completarse totalmente.

Se necesitan 3 tipos de estudios para la formulación de la problemática:

- a. *Análisis de sistema*: Ya tratado en el capítulo uno, es la organización, cómo opera y su estado actual. Naturaleza de la empresa, desempeño pasado y presente, ambiente de la empresa, estructura de la organización, estilo administrativo, políticas y prácticas en cuanto al personal, operaciones.
- b. *Análisis de obstáculos*: A tratar en el presente capítulo, qué condiciones políticas y prácticas, obstáculos internos y externos para el desarrollo de la organización. Entendiéndose por políticas las medidas para normar las decisiones y las soluciones de una organización que determinan procesos. Obstáculos internos: conflictos entre individuos; conflictos entre individuos y organización o partes de ésta; conflictos

- dentro de las unidades; conflictos entre unidades al mismo nivel. Obstáculos externos: gobierno, sindicatos, proveedores...
- c. *Proyecciones de referencia*: A tratar en el capítulo tres, qué sucederá si no hay cambios significativos en el funcionamiento de la organización y su medio; son pronósticos de futuro “qué pasa si...”; y medidas de desempeño.

2.1.1. Variables controlables y no controlables.

Al analizar un problema es indispensable detectar las variables involucradas ya que nos dan una perspectiva que nos lleva a alternativas de solución. Y debemos tomar decisiones que nos lleven a soluciones integrales.

Se entiende por *variables controlables*: como su nombre lo indica aquellas sobre las que podemos influir de una u otra forma y generalmente quedan inmersas en factores internos del sistema, se les tiene un alcance casi completo sobre su comportamiento.

“Aquellos aspectos de la situación o problema que puede controlar quien toma las decisiones” Ackoff.

Ejem.: la disposición de la dirección para aceptar una propuesta de solución o para invertir recursos en la propuesta

Y por *variables no controlables*: aquéllas sobre las que no se puede incidir sobre su comportamiento.

“Aquellos aspectos de la situación o problema que se escapan al control del que toma la decisión, pero que con las variables controlables pueden afectar el resultado de la selección” Ackoff.

Ejem.: El contexto, la economía, el gobierno, el desarrollo tecnológico, etc...

En el capítulo anterior dentro de la formulación de la problemática del SGMMG en México, se pudieron detectar concretamente las siguientes variables controlables y no controlables:

Cuadro 10. Variables controlables y no controlables.

Variables Controlables	Variables NO Controlables
<ul style="list-style-type: none">• Prima a cobrar• Siniestralidad (rentabilidad)• Veracidad de la información• Cultura del seguro (principal)	<ul style="list-style-type: none">• Competencia• Inflación• Costos médicos

Cuando se pueden llegar a hacer las variables no controlables en controlables, se tiene la solución del problema. Más adelante, en el presente capítulo se describe cada una de las variables mencionadas.

Cuadro 11. Comportamiento de las variables respecto del tiempo.

	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
<ul style="list-style-type: none">• Prima a cobrar• Competencia	Controlable		Controlable
<ul style="list-style-type: none">• Cultura del seguro• Costos médicos		Controlable	Controlable
<ul style="list-style-type: none">• Siniestralidad (rentabilidad)• Veracidad de la información	Controlable		

Cuadro 12. Asociaciones A y relaciones de CE entre variables controlables y no controlables.

Variables Controlables	Variables NO Controlables
<ul style="list-style-type: none">• Prima a cobrar	<ul style="list-style-type: none">• Competencia (CE)• Inflación (CE)• Costos médicos (CE)
<ul style="list-style-type: none">• Siniestralidad (rentabilidad)	<ul style="list-style-type: none">• Competencia (CE)• Inflación (CE)• Costos médicos (CE)
<ul style="list-style-type: none">• Veracidad de la información	<ul style="list-style-type: none">• Competencia (A)• Inflación (A)• Costos médicos (A)
<ul style="list-style-type: none">• Cultura del seguro	<ul style="list-style-type: none">• Competencia (A)• Inflación (A)• Costos médicos (A)

2.1.2. Análisis de Fortalezas y Debilidades (FODA).

Cuadro13. Esquema de un FODA.

	Positivos	Negativos
Internos	1. Fortalezas	4. Debilidades
Externos	2. Oportunidades	3. Amenazas

Cuadro14. Esquema del FODA en la evaluación del SGMMG.

	Positivos	Negativos
Internos	<ul style="list-style-type: none">• Fortalezas:1. Suficiencia de primas2. Mejores beneficios a otorgar3. Bajo incremento en primas de renovación	<ul style="list-style-type: none">• Debilidades:1. Desprestigio de las compañías de seguros2. No veracidad de la información3. Falta de capacitación a los involucrados en la evaluación
Externos	<ul style="list-style-type: none">• Oportunidades:1. Crecimiento acelerado de la operación de accidentes y enfermedades2. Sana utilidad de la operación de GMMG3. Limpieza de prestigio de las compañías	<ul style="list-style-type: none">• Amenazas:1. Falta de cultura del seguro2. Mantenimiento competencia depredatoria3. Inflación4. Altos costos médicos

2.1.3 Tipo de Plan.

Dentro del proceso técnico administrativo de la planeación se considera la solución a proponer como plan operacional a corto plazo, direccional y frecuencia permanente.

Por su amplitud: Plan operacional. Planes en los que se especifican los detalles acerca de la forma en que los objetivos tendrán que ser alcanzados.

Por marco temporal: A corto plazo. Pues la solución es en cada evaluación y es en periodos menores de 1 año.

Grado de especificidad: Es direccional ya que es flexible la estructura de la organización considerada.

2.2. La Planeación Interactiva.

El desarrollo del modelo está basado en vínculos del pasado presente y futuro:

- a) La siniestralidad del grupo en cuestión (pasado)
- b) Inflación (presente y futuro)
- c) Políticas de suscripción (prácticas del presente)
- d) Competencia (presente y futuro)

e) Costos médicos (presente y futuro)

2.2.1. Fines.

Diseñar un futuro deseado son los fines (resultados esperados).

Las metas son los fines que esperan alcanzarse dentro de la primera fase del plan.

Y los objetivos son los fines que no se esperan alcanzar sino hasta después del periodo contemplado en la planeación, pero hacia los cuales se esperan avances durante dicho periodo.

En el presente trabajo el objetivo es el que las compañías de seguros lleguen a una buena rentabilidad del SGMM.

Y la meta específica es el desarrollo de un modelo que permita hacer una mejor evaluación del SGMMEP que sea competitiva sin afectar la suficiencia de primas; tomando como base las políticas de suscripción que generalmente manejan las compañías de seguros.

Para realizar un análisis detallado de la siniestralidad y evaluación del SGMMEP que sea suficiente, consistente, equitativa y además competitiva se requiere el uso de *las técnicas de selección de riesgos* en el seguro de personas que son:

- a) Medicina;
- b) Estadística;
- c) Cálculo actuarial;

Dentro de la medicina se debe consultar al médico dictaminador de la compañía de seguros para que dé su valiosa opinión respecto a ciertos padecimientos que podrían desviar la siniestralidad del grupo.

En la estadística se revisa y analiza el histórico de la siniestralidad comparándola con el comportamiento de la misma en el mercado.

En lo que se refiere al cálculo actuarial, debería de ser el cálculo de la prima del seguro de grupo GMMEP netamente actuarial, sin embargo no se utiliza como tal, por su complejidad y falta de sustento teórico.

El modelo propuesto sólo considera los puntos a) y b).

Para realizar la evaluación de un SGMMEP, se requiere conocer el tipo de población que se va a asegurar, no. de asegurados, prima neta, no. de siniestros, siniestralidad del grupo, coberturas que inciden más en la siniestralidad, probabilidad de siniestros catastróficos que causen desviaciones, reclamaciones iniciales o complementos esperados si es que se decide cubrirlos en caso de ser un negocio nuevo, y si es posible, el importe reclamado y pagado para saber el grado de respuesta del plan.

De tal forma que el modelo a desarrollar consta de la siguiente serie de estrategias de análisis:

- i. Tipo de riesgo: normal o agravado,
- ii. población a asegurar: grupo o colectivo, experiencia propia o global,
- iii. principales conceptos que se deben de aclarar con el contratante y los asegurados para evitar conflictos en el uso de la póliza así como considerar dentro de la evaluación,
- iv. coberturas especiales,
- v. prima neta o prima de tarifa,
- vi. cálculo de la prima de experiencia propia¹¹,
- vii. comisiones, reducciones y dividendos,
- viii. pago complementos y SONR,
- ix. tipo de plan,
- x. prestadores de servicios médicos y honorarios quirúrgicos,
- xi. medidas prácticas para la reducción de costos,
- xii. análisis técnico,
- xiii. estadísticas sugeridas

2.2.2. Medios y recursos.

Una vez establecidos los fines es necesario identificar los medios y los recursos con que se cuenta para la implementación.

Los medios son los que intervienen en la evaluación del SGMMG como son: el área de suscripción ó técnica en colaboración con el área de ventas y de siniestros de una compañía de seguros, el corredor o agente de seguros y finalmente el organismo que regula la operación: la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

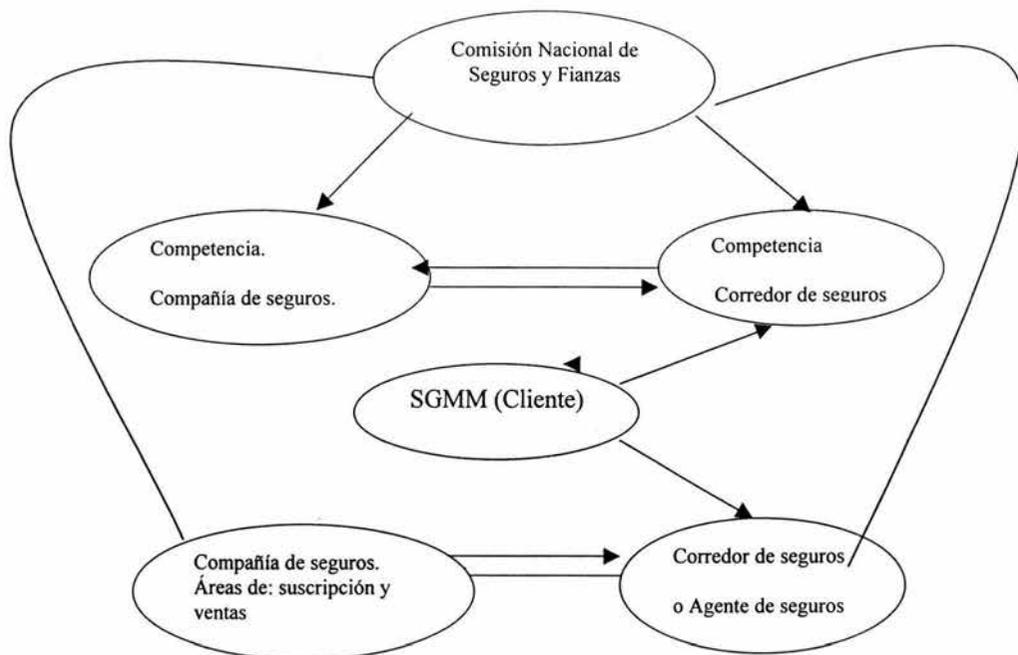
Y los recursos son todos los datos, información, experiencia y conocimiento que se tienen para el desarrollo de dicha evaluación. En este punto se incluyen las políticas de suscripción del SGMMG que generalmente aplican las compañías de seguros y que son de gran importancia para la suficiencia de primas.

Entre mayor información se tenga del grupo a asegurar mejor será la negociación realizada y será un grupo con una siniestralidad sana si se cuenta con información fidedigna, ya que no se calculará una prima insuficiente.

Por lo anterior, el ejecutivo de ventas debe tener la habilidad de ganarse la confianza del corredor de seguros para que le proporcione la mayor información posible “confiable”.

¹¹ El presente trabajo se enfoca a un grupo de experiencia propia por lo que si al lector interesa saber el cálculo de la experiencia global se sugiere consultar el anexo D.

Gráfica 12. Medios:



Recursos:

- a) Veracidad de la información,
- b) siniestralidad lo más detallada posible, de preferencia 3 años atrás,
- c) experiencia y conocimiento de los valuadores,
- d) políticas de suscripción de la compañía de seguros.

2.2.3. Diseño del modelo:

i) Tipo de riesgo: normal o agravado. Se trata de un riesgo normal homogéneo. Es decir, donde la probabilidad de ocurrencia del evento es la misma para todos los miembros del grupo y no es agravada o incrementada por el tipo de ocupación (bomberos, policías, motociclistas, etc.), afición o estado de salud al momento de contratar la póliza.

ii) Población a asegurar: grupo o colectivo, experiencia propia o global,. Como el presente trabajo se enfoca al seguro de grupo experiencia propia es importante diferenciarlo del seguro colectivo y saber cuando debe aplicarse la experiencia propia y no la global.

(1) *El Seguro de Grupo*: Este seguro es el de menor costo y el de coberturas más amplias pues entre mayor sea el número de asegurados se garantiza la aplicación de la “Ley de los Grandes Números”, además de que requiere de un tratamiento muy especial en su cotización, al ser de características muy particulares según el grupo asegurado, es decir el tipo de coberturas, población y grado de morbilidad entre otros factores, pueden variar mucho de un grupo a otro, dependiendo del giro de la empresa, necesidades del contratante, hábitos y condiciones de la población asegurada.

El asegurado principal no decide si desea tomar el seguro y, en general, no contribuye al pago de la prima, salvo en algunos casos, para sus dependientes económicos.

(2) *El Seguro Colectivo*: Este seguro es de mayor flexibilidad en coberturas y menor costo que el individual o familiar, sin embargo no es más barato que el de Grupo ya que se trata de un riesgo no homogéneo.

Cuadro 15. Parámetros de grupo:

Plan	Grupo Asegurable		Asegurados Mínimos
Experiencia	Obreros y empleados de un mismo patrón o empresa en servicio activo	Al menos el 75%	50 asegurados titulares
		100% de la población	25 asegurados titulares
Global	Miembros de sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores, cuerpos del ejército, de la policía o de bomberos	Al menos el 75%	100 asegurados titulares
		100% de la población	50 asegurados titulares
Experiencia Propia	Mismos que experiencia global	Al menos el 75%	150 asegurados titulares

Cuadro 15. Parámetros de colectivo:

Plan	Colectividad Asegurable		Asegurados Mínimos
Experiencia	Obreros y empleados de un mismo patrón o empresa en servicio activo. Miembros de sindicatos, uniones y agrupaciones legalmente constituidas, que continúen afiliados y que estén desempeñando regularmente sus actividades.	100% de la población	10 asegurados titulares
Global		Al menos el 20% ó 30% de la población	25 asegurados titulares

Cuadro 16. Participantes y edades de aceptación:

Pueden ser Asegurados	Edades de Aceptación Mínima/ Máxima	Edad de renovación	Edad de cancelación
Titular, cónyuge o concubina	15 años/64 años	69 años	70 años
Hijos dependientes (solteros y sin ingresos propios)	o a 17 años/24 años (estudiando)	17 años / 24 años (estudiando)	18 años / 25 años (estudiando)

La póliza de GMM grupo puede suscribirse para cubrir a un grupo de empleados con varios subgrupos: sindicalizados, confianza, funcionarios, etc. ó limitarse a una clase de empleados, siempre y cuando dentro de esa misma clase no sea discriminatorio, es decir que se otorgue la misma cobertura y condiciones a todos los integrantes, de otra forma no sería de “carácter general” y por consiguiente no sería deducible de impuestos (Título II, Capítulo II, Art. 24 LISR).

iii) Principales conceptos que se deben de aclarar con el contratante y los asegurados para evitar conflictos en el uso de la póliza así como considerar dentro de la evaluación:

Cuarenta y cinco días antes del vencimiento de la póliza, es recomendable iniciar las negociaciones de renovación, esto es con la finalidad de analizar con detalle la siniestralidad y proponer las mejores condiciones de renovación que se ajusten a las necesidades y posibilidades del cliente.

Elegibilidad de los dependientes económicos: Un empleado tiene derecho a favor de sus dependientes económicos para el SGMM en el momento en que:

- a) él tiene derecho al SGMM;
- b) el primer día en el cual él tenga un dependiente calificado, cualquiera que sea más tarde: cónyuge, hijo, concubina, etc.

Cuando el empleado mantiene cobertura y adquiere un dependiente adicional calificado, la cobertura se extiende automáticamente al nuevo dependiente, únicamente se necesita reportarlo.

Para que sea un dependiente calificado debe de tratarse de:

- a) cónyuge ó concubina que cumplan con las edades de aceptación del plan;
- b) hijos solteros sin ingresos propios menores de 18 años ó menores de 25 años que se encuentren estudiando;
- c) en algunos planes se pueden considerar a los padres del titular, si son dependientes económicos de él y si cumplen con las edades de aceptación del plan, esto depende de las políticas de suscripción de la aseguradora y de la negociación.

Evidencia de asegurabilidad: En los planes de seguro de grupo no se requiere de examen médico, supone que un empleado ingresa al plan en el momento que tiene derecho al seguro. Para evitar la selección en contra de la compañía de seguros, se acostumbra establecer que un empleado con sus dependientes calificados que no ingresen al plan dentro de los treinta y un días siguientes a la fecha de elegibilidad, se requerirán someter a un examen médico a fin de poder ingresar al seguro (Art. 14 RSG).

A menos que exista una rotación anormal de empleados en un tiempo dado, no se acostumbra a exigir un período de espera para los empleados que se encuentran al servicio del patrón en el momento de la inscripción. En el caso de empleados nuevos, puede requerirse un período de espera siendo tres meses lo usual para el mismo.

Terminación del seguro: El seguro de un empleado termina automáticamente si:

- a) la vigencia del seguro se suspende;
- b) el empleado cesa de ser miembro de las clases elegibles para el seguro y
- c) se deja de hacer cualquier contribución requerida a su vencimiento.

En el caso de un dependiente, el seguro termina si se suspende el seguro del empleado por algunas de las razones indicadas con anterioridad o si el individuo cesa de ser un dependiente calificado.

Finalmente, el seguro de cualquier empleado o dependiente finaliza de manera automática al extinguirse la suma asegurada para un mismo padecimiento.

Cobertura provisional: Se pueden dar casos en que no se llega a tomar a tiempo la decisión del contratante para la renovación de la póliza, por causas ajenas a él, como pueden ser:

- a) cambios en la administración de la empresa;
- b) problemas financieros de la empresa y
- c) cambios en el esquema de prestaciones otorgadas a los empleados, donde se incluye el SGMM.

Por lo anterior, la renovación y emisión de la póliza se retrasa y se hace necesaria la expedición de una cobertura provisional, que consiste en la emisión de un endoso que otorgue la cobertura del seguro por 30 días más a partir del término de la vigencia de la póliza. Normalmente se hace bajo las mismas condiciones de la póliza que termina, sin embargo no necesariamente puede ser así, por lo que para respetarse las condiciones de la cobertura provisional se requiere el pago de la prima y que la emisión definitiva se realice dentro de los primeros 30 días.

La emisión de la póliza definitiva se realiza con las condiciones, cuotas y distribución de asegurados dados a la fecha en que ésta se expida, aún cuando se debe de conservar la fecha de vigencia original. Sólo se aceptan un máximo de dos meses cubiertos por pagos provisionales.

Cuando se expide la póliza definitiva, se hace el ajuste correspondiente en primas, i.e., se descuenta a la prima de renovación de la póliza definitiva el pago realizado de las coberturas provisionales.

Empleados incapacitados: Algunas compañías recomiendan dos años como el período máximo para la continuación del seguro sobre empleados incapacitados.

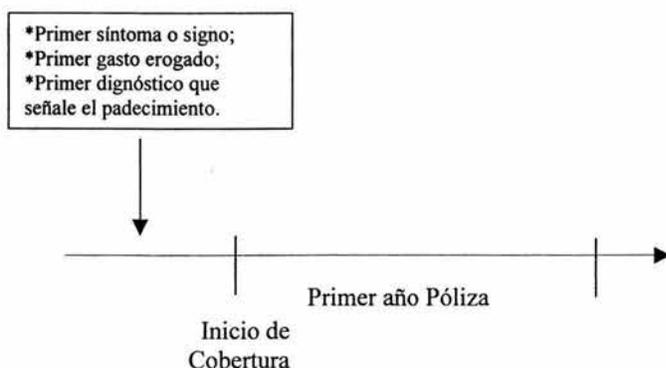
Bajo la *cláusula de extensión de cobertura*, un empleado incapacitado es elegible para un máximo de dos años sin pago de primas después de la terminación del empleo. Puede suscribirse por un período más largo, como por ejemplo, cinco años, aunque en todos los casos es costumbre poner una limitante en la edad.

Esta extensión también se termina si el empleado es contratado por otro patrón.

Es de notarse que cuando un empleado incapacitado continúa su seguro con base en el pago de las primas, mantendrá su protección todo el tiempo que la póliza provee. Por lo tanto un patrón puede otorgar cobertura para el empleado incapacitado, sobre la base de pago de primas, para un número dado de años. A la terminación de ese período el empleado tendrá una protección adicional proporcionada bajo la cláusula de extensión de cobertura del contrato.

Padecimientos Preexistentes: Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de cobertura para cada asegurado, se encuentren o no declarados en el cuestionario médico, o aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dichos síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación del seguro para cada asegurado, cualquiera que sea su causa y/o complicación.

Gráfica 13. Padecimientos preexistentes.



Por lo cual es una enfermedad preexistente si al momento de contratar el Seguro:

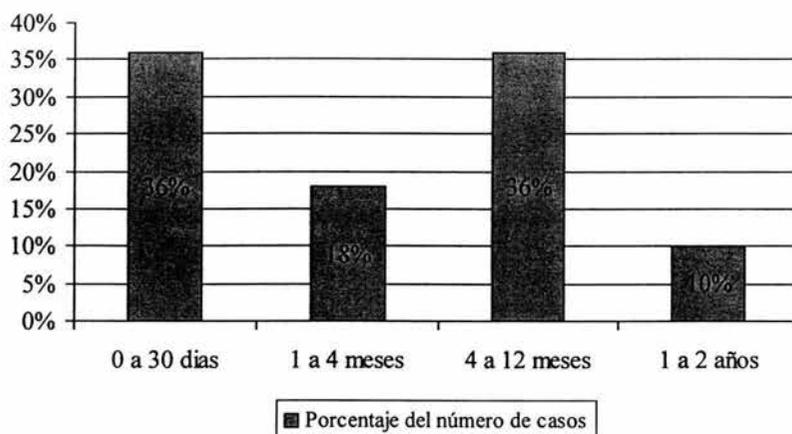
1. Es aparente a la vista;
2. Fue diagnosticada por un médico;
3. Por sus síntomas o signos no pasa desapercibida.

La preexistencia puede llegar a cubrirse en el seguro de grupo principalmente en los grupos de experiencia propia, mediante un costo adicional, normalmente del 20% sobre las primas, estimación usual en el mercado, debido a que no existe una estadística en la cual la compañía pueda basarse para calcular el costo adecuado, sin embargo, al otorgar esta cobertura estamos incrementando prácticamente la siniestralidad, ya que el riesgo ya no sería incierto. Después de dos años de cobertura continua dentro de la póliza, al cumplirse el periodo de espera más adelante explicado, puede otorgarse la preexistencia.

Complementos: Se refiere a reclamaciones complementarias o “colas”, que son las indemnizaciones que una aseguradora realiza de reclamaciones bajo la vigencia de un contrato cuyo período terminó ya sea por tratamientos que se prolongan en el tiempo o por siniestros ocurridos pero no reportados (SONR).

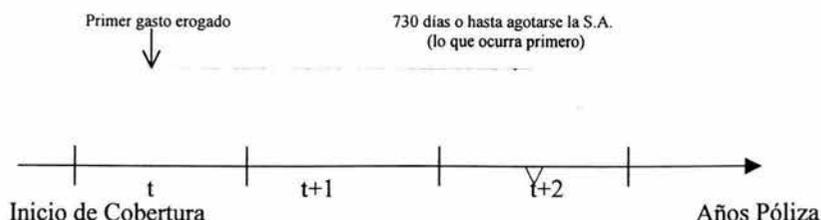
Una encuesta realizada por la CNSF durante el tercer semestre de 1993 muestra que la duración estimada de los siniestros ocurridos durante un año es como sigue: de 0 a 30 días 36% de los casos; de 1 a 4 meses 18%; de 4 meses a 1 año 36%; y de 1 a 2 años 10%¹².

Gráfica 14. Porcentaje de reclamaciones complementarias en el tiempo



Período Máximo de Indemnización: Con base a la extensión estimada de un siniestro en el tiempo, en el SGMM se prevé un período máximo de indemnización para cada reclamación. En el esquema tradicional de indemnización se establece que, una vez iniciada la reclamación, el asegurado cuenta con 730 días o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero, para presentar reclamaciones complementarias sobre gastos efectuados por el tratamiento de un mismo padecimiento, con independencia de la renovación del contrato.

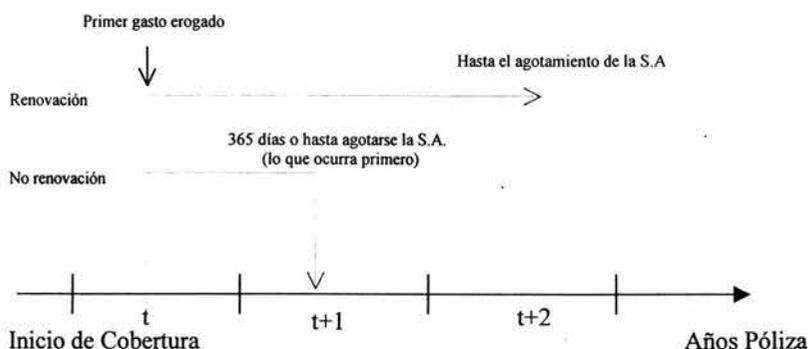
Gráfica 15. Esquema tradicional de indemnización (independiente de la renovación).



¹² De acuerdo a Fernando Solís Soberón, documento de trabajo de la CNSF No.25.

Un esquema alternativo que han incorporado las instituciones de seguros recientemente en sus contratos de seguro de grupo y colectivo está basado en el hecho de que, sea renovada o no la póliza, en caso de que ésta no se renueve con la misma aseguradora la póliza, el período máximo de indemnización se reduce a 365 días o al agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero y en caso de renovación, las reclamaciones complementarias pueden extenderse indefinidamente en el tiempo, hasta el agotamiento de la suma asegurada.

Grafica 16. Esquema alternativo de indemnización (depende de la renovación).



Reconocimiento de Antigüedad: Esta cláusula tiene por objeto el garantizar la continuidad del seguro, es decir, que el asegurado no pierda los derechos adquiridos por cambiar de una compañía aseguradora a otra, lo que tiene una gran importancia, ya que mediante esta cláusula se pueden eliminar los periodos de espera aplicables a ciertas enfermedades.

Inicio de una Reclamación: Existen enfermedades en las cuales es muy difícil demostrar la fecha en que se presentaron los primeros signos o síntomas, ya que su diagnóstico puede llevarse mucho tiempo o bien ser consecuencia de alguna otra enfermedad. Normalmente para evitar controversias al respecto, se determina como fecha del siniestro la fecha en que se erogó el primer gasto.

Período de Espera: Es el tiempo necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada asegurado, a fin de que los padecimientos indicados expresamente puedan ser cubiertos por el seguro.

Como consecuencia de que existen padecimientos en los cuales es complicado determinar la fecha exacta de la realización del siniestro, es práctica del mercado aplicar un período de espera de uno a dos años para estos padecimientos. De esta manera se trata de desalentar a las personas que compran una póliza de GMM con el fin de cubrir una enfermedad que ya padecen. Las enfermedades que usualmente se limitan son: nariz,

senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas y litiasis renal y en vías urinarias.

Un concepto poco conocido pero sumamente importante en el SGMM es:

Reinstalación de la Suma Asegurada (RSA): Dentro de la diversidad de coberturas que existen, en general, podemos encontrar una suma asegurada fija por evento y un Monto Máximo Indemnizable (MMI) por período de cobertura. En el primer caso podemos mencionar dentro de la operación de vida, la protección por fallecimiento, en la que al ocurrir el siniestro queda perfectamente determinada la suma asegurada a indemnizar y una vez pagada la misma, expiran todas las obligaciones de la compañía derivadas del Contrato de Seguro. El MMI se maneja en la mayor parte de los planes de accidentes, enfermedades y daños, ya que pueden presentarse varios siniestros para un mismo riesgo durante la vigencia de la cobertura; por ello, la suma asegurada se determina como una cantidad máxima indemnizable en cada año póliza.

Cuando se define un MMI por un período de vigencia del seguro, puede presentarse una situación en la cual, al ocurrir un siniestro de gran magnitud se agote el total de la suma asegurada, con anterioridad al término del plazo del seguro. Ante esta limitante, se establece la RSA para nuevos siniestros que ocurran entre la fecha de agotamiento de la suma asegurada original y la fecha de renovación de la póliza. En el caso de GMM, el concepto de RSA es fundamental, dada la inmensa gama de padecimientos y accidentes a los que esta sujeto un individuo.

Así pues, se define para el SGMM como RSA el principio mediante el cual, en caso de agotamiento de la suma asegurada respecto a cada asegurado, ésta recupera el nivel que tenía, ya sea a la fecha de contratación o de la última renovación de la póliza, para cubrir nuevos accidentes y/o enfermedades.

De acuerdo a la Nota Técnica de Seguro de Grupo y Colectivo de GMM, elaborada por la AMIS 1989, la frecuencia relativa condicional¹³ con la que una persona que haya agotado su suma asegurada por algún siniestro, vuelva a presentar reclamaciones durante el mismo año póliza por concepto de un nuevo padecimiento o enfermedad, es prácticamente nula. Por ello en dicho estudio se establece la factibilidad de ofrecer la cláusula de RSA en forma automática y sin costo para el asegurado.

¹³ Meyer: Probabilidad y Aplicaciones Estadísticas. Frecuencia relativa condicional: "n" veces que ocurre un evento "A" en las "n" repeticiones de un experimento "E" dado que ha ocurrido otro evento (condicional).

iv) Coberturas especiales:

Muchas veces tratándose del seguro de grupo y principalmente en grupos grandes de experiencia propia, se hace necesaria la negociación de eventos que presentan un alto grado de frecuencia, de tal forma que se llegan a otorgar coberturas especiales pero con límites, ya sea en toques respecto al monto de indemnización o otorgándosele la cobertura únicamente a los titulares de la póliza. Estas limitantes dependen básicamente de las políticas de suscripción de la compañía de seguros y de la negociación realizada.

Para establecer este tipo de coberturas, que en condiciones normales no otorgaría la compañía aseguradora, se requiere la emisión de un “endoso especial” adherido a la póliza.

Dentales: Se cubren los honorarios de los odontólogos para gastos médicos cubiertos que se eroguen exclusivamente dentro de una Red Odontológica específica, con la cual tiene convenio la aseguradora. En el endoso especial para este apartado se debe especificar cuales son las coberturas que se otorgan. Se pueden llegar a manejar dos opciones de cobertura, una con deducible y otra sin deducible y con un coaseguro o copago del 20%, normalmente.

Lentes: Cubre el costo de anteojos, bifocales y lentes de contacto. Normalmente se otorga una suma asegurada de un SMGM por reclamación y se puede manejar sólo una reclamación anual por asegurado. Esta cobertura se cotiza como un porcentaje de un SMGM. Ejemplo: 15% · 1 SMGM.

Queratotomía: Si se llega a otorgar esta cobertura, normalmente se cubre a partir de cuatro ó cinco dioptrías dependiendo de la negociación y se puede establecer un tope máximo por cada ojo.

Ambulancia: Cubre el traslado terrestre en caso de emergencia médica. Es opcional la ambulancia aérea, con un costo adicional del 5% sobre la prima y con un máximo indemnizable de 40 SMGM¹⁴.

Servicios de diagnóstico: Ampara exámenes de laboratorio y gabinete, rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, electroencefalogramas o cualquier otro estudio indispensable para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente amparado en la póliza. Es importante aclarar que dichos estudios únicamente se cubren siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo, es decir, si el estudio realizado no tiene ninguna relación con la enfermedad diagnosticada por el médico no se cubre ya que se consideraría como check-up.

¹⁴ Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.

Aparatos ortopédicos y prótesis: Incluye compra o renta de los mismos, que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto.

Tratamientos especiales cubiertos: Tratamientos de radioterapia, fisioterapia y quimioterapia, tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos congénitos o para corregir el estrabismo de los asegurados *nacidos dentro de la vigencia de la póliza*, siempre que se haya notificado a la aseguradora sobre el nacimiento a más tardar 30 días después de ocurrido el hecho. Algunas veces se llegan a cubrir los padecimientos congénitos de los nacidos fuera de la vigencia de la póliza siempre y cuando la primera manifestación sea después de alcanzada la edad de 5 años. Esta limitante en la edad varía de una compañía de seguros a otra de acuerdo a su experiencia.

Reconstructivos: Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. En el caso de cirugía de nariz o senos paranasales se establece un coaseguro del 50% y tiene un período de espera de dos años para cualquier reclamación.

Complicaciones del embarazo: Si la asegurada tiene al menos diez¹⁵ meses de cobertura continua dentro de la póliza, cuando el embarazo no es normal y cuando se requieren cuidados y tratamientos especiales y caros, se cubren algunas complicaciones del embarazo como son: cesárea, embarazo extrauterino, enfermedad hipertensiva causada por el embarazo, mola hidatiforme, fiebre puerperal, placenta previa, placenta acreta.

Ordinariamente si se necesita una cobertura para los gastos del embarazo ya que únicamente se cubre la cesárea por que se considera una complicación del embarazo y ésta se suscribe con un plan básico de Grupo o Colectivo sobre un monto de indemnización de 10, 15 ó 20 SMGM, incluso con el monto total de la suma asegurada. Para esta cobertura se establece un deducible de 5 SMGM¹⁶, debido a que supone cubrir los gastos no previstos en exceso de un parto normal.

Sin embargo, en el Seguro de GMMEP sí se llega a cubrir el parto normal bajo un endoso especial con ciertos costos y condiciones.

SIDA: Se cubre a partir del quinto año de cobertura continua con la aseguradora. Algunas compañías de seguros reconocen la antigüedad de otra empresa para esta cobertura si se demuestra por escrito que la anterior compañía de seguros lo cubriría.

Principalmente en grupos de Experiencia Propia algunas compañías cubren el SIDA sin período de espera mediante un endoso especial.

¹⁵ El periodo de espera de 10 meses puede variar de una Compañía de Seguros a otra.

¹⁶ Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.

Deportes peligrosos: Cubre los gastos ocasionados por las lesiones que el asegurado pueda sufrir por la práctica amateur de cualquier deporte peligroso. Existen algunos deportes que se excluyen definitivamente como son el boxeo, lucha libre y lucha grecorromana. Cabe aclarar que no están cubiertas las lesiones ocasionadas por la práctica profesional de ningún deporte peligroso.

Uso de motocicleta: Cubre las lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor, siempre y cuando el motivo del viaje sea desempeñando funciones de trabajo¹⁷.

Aeronaves de uso particular: Cubre las lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como pasajero de aeronaves autorizadas para el servicio de transporte particular de pasajeros, siempre y cuando no viaje por más de 40 horas al año.

Cláusulas Adicionales:

Cláusula de Emergencia en el Extranjero (CEE): Tiene por objeto cubrir gastos por padecimientos cuyos síntomas y/o signos se manifiesten mientras el asegurado se encuentre viajando en el extranjero y sobre los cuales, en función de su urgencia, se realicen fuera del país. La emergencia termina cuando se estabiliza y controla la condición patológica del paciente así como los efectos de la cláusula.

La suma asegurada que se maneja normalmente para esta cláusula es el equivalente en moneda nacional a \$50,000 US dólares con un deducible de \$50 US dólares.

Se ha considerado hacer una diferenciación técnica de tarifas para esta cláusula, dependiendo de la zona geográfica de residencia del asegurado dentro del territorio nacional, de tal forma que se consideran las siguientes zonas:

Zona A: la franja que comprende los primeros 20 a 75 km, a partir de la frontera con los Estados Unidos de Norte América.

Zona B: consta de todos los estados fronterizos del norte, incluyendo Baja California Sur.

Zona C: Incluye el resto del país.

La tarifa de la CEE se maneja como un factor que se aplica a la cobertura básica y es mayor en la medida en que el lugar de residencia permanente del asegurado se encuentra ubicado en una zona más próxima a la frontera con Estados Unidos de Norte América, aunque no necesariamente existe una función creciente que relacione de manera lineal ambos factores.

¹⁷ Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.

Cláusula de Cobertura en el Extranjero (CCE): La finalidad de esta cobertura es cubrir el tratamiento de padecimientos que desarrolle el asegurado durante su residencia permanente en México y para los cuales decida atenderse en otro país.

Cláusula de Continuación Familiar: Los dependientes quedan asegurados hasta el final de la vigencia de la póliza y cinco años más si el titular falleciera. Algunas compañías aplican esta cláusula también en caso de incapacidad permanente, ya sea total o parcial. Para cotizar esta cobertura se aplica un porcentaje a la prima total de los dependientes económicos, de acuerdo las políticas de suscripción de la compañía de seguros, por ejemplo, un 4% más.

v) Prima neta o prima de tarifa:

Antes de entrar al detalle del cálculo de la prima de experiencia propia es necesario conocer la diferencia entre prima neta y prima de tarifa. La prima de experiencia global por no ser objeto de estudio de este trabajo se maneja en el anexo D sin embargo, se considera importante consultar dicho anexo para comprender mejor la experiencia propia y el cálculo de la prima de un plan básico.

La *prima neta* es una prima de riesgo, no considera gastos, comisiones, utilidades, recargos por pago fraccionado, ni impuestos como el IVA. Esta compuesta por la morbilidad y la estimación de montos probables de reclamaciones, más adelante explicados.

La *prima de tarifa* es la prima con la que se cotiza y se cobra al cliente ya que contiene gastos de administración (variables y/o fijos), gastos de adquisición (comisión), utilidad, recargos por financiamiento (pago fraccionado) e impuestos.

De tal forma que:

$$Pt = \frac{Pn + G_f}{1 - G_v - C - U} \cdot (1 + R_f) \cdot (1 + IVA) \quad ^{18}$$

Donde:

Pt	Prima de tarifa
Pn	Prima neta
G _f	Gastos fijos
R _f	Recargo por pago fraccionado
G _v	Gastos variables
C	Comisión
U	Utilidad

¹⁸ Huerta Ortega Laura M, Medidas de Control para el Seguro de GMM Grupo., 1996. Act. 314.

vi) Cálculo de la prima de experiencia propia:

El cálculo de la prima por experiencia propia depende de las condiciones particulares del grupo. Se calcula bajo las coberturas que tiene la póliza en la vigencia del año t, por lo que, para el año t+1 de renovación se aplicarán las mismas, salvo caso contrario donde se modificarían las tarifas.

Fórmula general de cotización:

La fórmula que se aplica, busca calcular el factor de incremento de renovación $\Delta P_{(t+1)}$, que se aplicará a las tarifas especiales por quinquenio de primas que tenía el grupo en el año t y los factores que se deben de considerar, además de los cambios en la población asegurada, son:

$S_{(t)}$	Siniestralidad al final del año t
$FSC_{(E)}$	Factor de siniestros complementarios esperados (20%)
$Inf_{(M)}$	% Inflación médica esperada (la mayor entre la general y la médica)
C	Comisión a otorgar
G	Gastos de administración
$Pa_{(t)}$	Prima pagada en el año t, sin recargo ni IVA.

Donde :

$$\Delta P_{(t+1)} = \frac{S_{(t)} \cdot (1 + FSC_{(E)}) \cdot (1 + Inf_{(M)})}{(1 - G - C) \cdot Pa_{(t)}} \quad 19$$

Como es la práctica hacer las negociaciones de renovación antes de que termine el año póliza, no se cuenta con la siniestralidad anual completa, por lo que se acostumbra proyectarla a prorrata, con el importe de los siniestros reportados a la fecha de la negociación ($S_{(t)}$).

El factor de siniestros complementarios esperados ($FSC_{(E)}$) se toma como el 20%, debido a que se considera que existe un desfaseamiento en el pago de siniestros de cuando menos dos meses al momento de negociar las condiciones de renovación, factor que proyecta los siniestros a doce meses.

¹⁹ Huerta Ortega Laura M, Medidas de Control para el Seguro de GMM Grupo., 1996. Act. 314

La inflación médica ($\text{Inf}_{(M)}$) se considera como la inflación observada para servicios médicos y cuidados de la salud, durante los últimos 12 meses.

El incremento mínimo que se aplica sobre la vigencia anterior es del 75% de la inflación correspondiente a dicha vigencia ²⁰.

$$\Delta P_{(t+1) \text{ mínimo}} = (1 + \text{Inf}_{(M)} \cdot 0.75)$$

Es recomendable contar con un reporte de siniestralidad desglosado por padecimiento de preferencia de dos años atrás, cuando es negocio nuevo para la compañía de seguros, esto es para poder analizarla con detalle y conocer el tipo de población, así como los padecimientos más frecuentes, las enfermedades graves que causen desviaciones y los complementos esperados, si es que se decide cubrirlos. Se hablará con más detalle al respecto más adelante.

vii) Comisiones, reducciones y dividendos especiales:

Dentro del factor de comisión es importante mencionar que ésta se puede negociar con el agente o corredor de seguros dependiendo de la prima que se determina cobrar, así como de los beneficios, teniendo siempre un mínimo y un máximo técnicamente autorizado ante la CNSF.

Los gastos administrativos que incluyen un margen de utilidad también pueden ser variables, dependiendo del tipo de negociación y de las políticas de suscripción de la compañía de seguros, un ejemplo de esto se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 17. Comisiones, reducciones y dividendos especiales:

Titulares	Comisión Mínima	Reducción a Tarifa	Fórmula de Dividendos
150 a 300	20.00%	0.00%	50.00%
301 a 600	17.50%	5.00%	55.00%
601 a 900	15.00%	10.00%	60.00%
901 a 1200	12.50%	15.00%	65.00%
más de 1200	10.00%	20.00%	70.00%

Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.

Se puede llegar a ofrecer una fórmula de dividendos por buena siniestralidad al final del año póliza, que en la mayoría de los casos no llega a cumplirse por el comportamiento de la misma.

²⁰ *Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.*

El dividendo se calcula de la siguiente manera:

$$D_{(t)} = Fd \cdot Pa_{(t)} - S_{(t)} - G - C - PR - CR + SR$$

Donde:

- $D_{(t)}$ Dividendos al final del año póliza (t)
- Fd Fórmula de dividendo (%)
- $Pa_{(t)}$ Prima pagada en el año t, sin recargo ni IVA
- $S_{(t)}$ Siniestralidad de la póliza al final del año (t)
- C Comisión otorgada
- G Gastos de administración considerados
- PR Prima de reaseguro
- CR Comisión de reaseguro
- SR Siniestros recuperados de reaseguro.

Una vez obtenida la prima de tarifa se debe verificar que las primas mínimas por asegurado de la compañía de seguros para este tipo de experiencia se cumplan, para lo cual se debe calcular la prima tarifa promedio por asegurado:

$$\text{Prima de tarifa promedio} = \frac{\text{prima tarifa}}{\text{No. total de asegurados}}$$

Ejemplo:

Plan Tipo:

Suma Asegurada	200 SMGM	a	1,000 SMGM
Deducible	1 SMGM	a	2 SMGM
Coaseguro	10%		

Prima Mínima por Asegurado:

150 – 250	2,100	-	1,500
251 y más	1,800	-	1,500

Una de las razones principales para la tarificación por experiencia propia es que el contratante prefiere pagar una prima basada en la experiencia única de su grupo. Esto se

puede hacer únicamente si se cuenta con un tamaño mínimo de asegurados que den confiabilidad al asegurador. Sin embargo, para que el contratante pueda comparar costos de una compañía aseguradora a otra, deberá comparar principalmente las coberturas, ya que hay variaciones muy grandes.

Ejemplo de cotización por experiencia propia:

- a) Características del grupo asegurado: Obreros y empleados de un mismo patrón o empresa en servicio activo
- b) Porcentaje de la población asegurada: 100%
- a) Número de asegurados totales: 1,600
- d) Tipo de seguro: Seguro de grupo experiencia Propia.
- f) Vigencia : 31/enero/2000 al 31/enero/2001
- g) Prima período anterior: \$2,894,578

- h) Monto de siniestros pagados al 31 de Dic. \$1,862,000

- i) Se requiere pagar complementos.

Debido a que las negociaciones de renovación se realizan normalmente con un mínimo de 45 días antes del vencimiento del año póliza, no se cuenta con el importe anual de la siniestralidad, por lo que se proyecta a prorrata al final del año, con el importe de los siniestros reportados a la fecha de la negociación.

Valores para el cálculo del ejemplo dado:

- SP_(t) = \$2,031,273 = (1,862,000/11 meses)*12 meses
- FSC_(E) = 0.20
- Inf_(E) = 18%
- G = 15%
- C = 12%
- Pa_(t) = \$2,894,578

$$\Delta P_{(t+1)} = \frac{SP_{(t)} \cdot (1 + FSC_{(E)}) \cdot (1 + Inf_{(M)})}{(1 - G - C) \cdot Pa_{(t)}}$$

Resultado:

$$\Delta P_{(t+1)} = \frac{2,031,273 \cdot (1.20) \cdot (1.18)}{(1 - 0.15 - 0.12) \cdot 2,894,578}$$

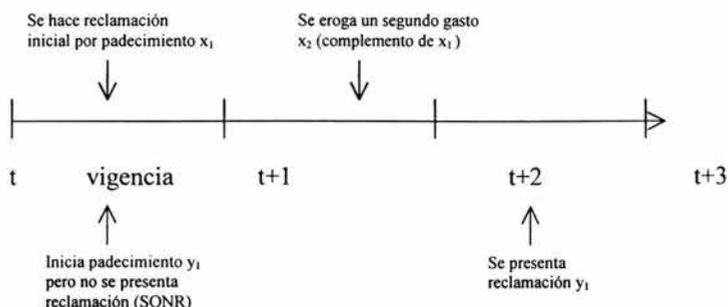
$$\Delta P_{(t+1)} = 1.36$$

Por lo tanto, si hablamos de la misma población asegurada, estaríamos hablando de una prima de renovación de \$3,940,113. Con un incremento en las tarifas del 36%.

viii) Pago de complementos y de Siniestros Ocurridos No Reportados (SONR):

Como se mencionó anteriormente, los siniestros no se presentan en una sola exhibición, sino que constan de una reclamación inicial y una ó varias reclamaciones complementarias o “colas”, ya sea por tratamientos que se prolongan en el tiempo o por Siniestros Ocurridos pero No Reportados (SONR). Éstas reclamaciones complementarias, pueden presentarse, ya sea dentro del año de vigencia en el que ocurre la reclamación inicial, o bien con posterioridad al término del mismo.

Gráfica 17. Siniestros Ocurridos No Reportados (SONR):



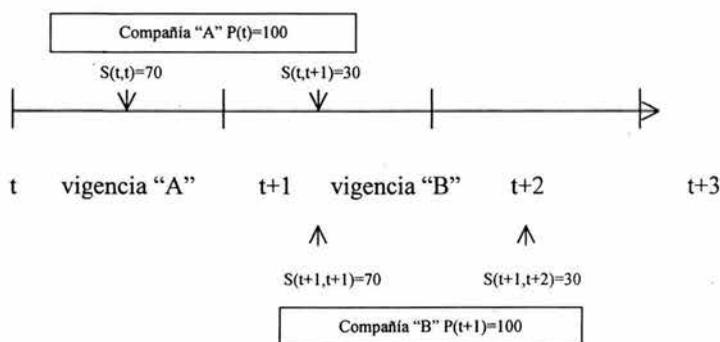
Recordando lo descrito en el apartado anteriormente citado, existe un *esquema tradicional de indemnización*, el cual establece un período máximo de indemnización, que obliga a la compañía de seguros a pagar los complementos, derivados del padecimiento iniciado en la vigencia de la póliza, por un máximo de dos años ó hasta

agotar la suma asegurada, independientemente de la renovación del contrato. Por lo anterior, se hace indispensable para las compañías de seguros la conservación de la cartera, ya que en caso de cancelación del contrato, la compañía se queda con la responsabilidad del pago de siniestros, pero sin más pago de primas.

Algunas compañías de seguros estiman que el monto de una reclamación de GMM se distribuye en el tiempo como sigue: 70% del monto de la reclamación durante la vigencia de la póliza y el 30% restante hasta el siguiente año de vigencia. Bajo este supuesto, la compañía de seguros únicamente requeriría del 70% de la prima para hacer frente a las reclamaciones que se presenten durante la vigencia de la póliza²¹

De tal forma, que si las compañías de seguros hicieran frente a su obligación cobrando la prima suficiente para las reclamaciones que se presenten al término de su vigencia pero que su inicio fue dentro de la misma, sucedería que en el caso de que el contratante cambiara de compañía de seguros en el año (t+1), de la compañía "A" a la "B", la compañía "A" asumiría la obligación de las "colas" y la compañía "B" las reclamaciones iniciales que se presenten en su vigencia.

Gráfica 18. Pago de complementos en el esquema tradicional de indemnización:



La existencia de "colas" y el considerar el pago de las mismas, ya sea por parte de la compañía de seguros o por el contratante ha traído como consecuencia una competencia muy fuerte dentro del Sector Asegurador por conservar los negocios de experiencia propia o por ganar los mismos.

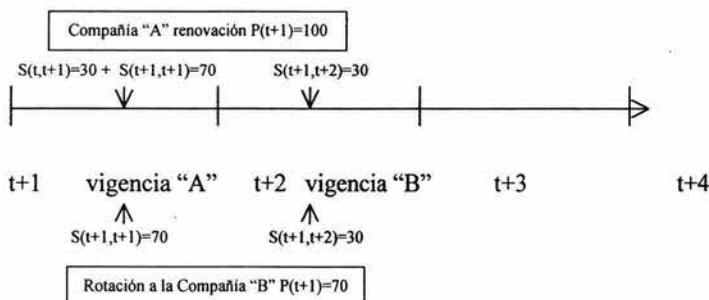
La problemática anterior se hace más evidente en las pólizas con experiencia propia, puesto que las pólizas con experiencia global se cotizan bajo tarifas determinadas por la compañía de seguros, mientras que en las de experiencia propia se genera un juego de

²¹ Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Fernando Solís Soberón, Documento de trabajo No. 25, CNSF, 1993

competencia en el mercado por la posibilidad de negociar el pago de esos complementos y en un momento dado estar en la posibilidad de bajar la prima si se cambia de compañía aseguradora, sin considerar la pérdida de cobertura que se causa a los asegurados, dada la cláusula de preexistencia que contienen los contratos.

La institución que adquiere el negocio mediante la reducción de primas podría cubrir los siniestros del período con la prima cobrada en el mismo, con la esperanza de incrementarla al siguiente año para establecer su suficiencia. Sin embargo, al momento de la renovación y de elevar la prima con el propósito de hacerla suficiente, se genera la rotación a una nueva compañía de seguros que ofrece una prima más baja.

Gráfica 19. Pago de complementos en el esquema alternativo de indemnización:



De esta forma, se ha incorporado en el sector asegurador el *esquema alternativo de indemnización*, que esta sujeto a la renovación del contrato, por medio del cual las compañías de seguros afiliadas con la AMIS, solicitaron a la CNSF, incluir y aplicar a las pólizas SGMEP la siguiente cláusula:

“La compañía aseguradora pagará todos los gastos efectuados hasta agotar la suma asegurada siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor”.

Esto quiere decir que en caso de no renovación no se pagarán complementos y en caso de renovación se pagarán indefinidamente en el tiempo hasta el agotamiento de la suma asegurada.

Las instituciones presuponen que con esta cláusula se establecería la suficiencia de prima, pues el contratante de la póliza, al estar consciente de la pérdida de cobertura para sus empleados por la cláusula de preexistencia, perdería el incentivo de mover el seguro de una institución a otra, ya que tendría que negociar con la aseguradora tomadora del negocio la cobertura de complementos y ésta última seguramente se las cobraría. De esta forma se evita que el contratante se beneficie por las prácticas del mercado y se propicia que pague por la cobertura que ofrece a sus empleados.

Todo este juego ha traído como consecuencia una alta rotación de pólizas en los negocios de experiencia propia, pérdidas técnicas a las compañías de seguros y por consiguiente una transferencia de éstas a los patrones que contratan el seguro.

A pesar de esto, las compañías de seguros no se retiran del negocio de SGMEP, debido a que la venta de este tipo de seguro representa la oportunidad de vender otros productos a sus clientes, de ahí la condición que algunas compañías de seguros ponen para la emisión de este tipo de negocios, como el que la prima de GMM no sea menor del 60% de la prima del seguro grupo vida.

ix) Tipo de Plan:

Existen diferentes tipos de planes de GMM dependiendo de la cobertura y tipo de administración que más se adecue a las necesidades del contratante. Así podemos encontrar el ***Plan de Línea o Tradicional*** que es prácticamente la cobertura básica de un esquema de GMM el cual se puede suscribir bajo experiencia global o experiencia propia.

Los siguientes tipos de planes se otorgan normalmente para negocios grandes de experiencia propia:

A) Fondo de administración:

Se trata de un “sistema de administración de siniestros”, donde el contratante paga sus propios siniestros. La compañía de seguros únicamente administra los siniestros por contar con la infraestructura adecuada, además de tener convenios con las instituciones de servicio médico.

No es una póliza de riesgo, por lo que se considera técnicamente como un plan no asegurable.

Este tipo de plan se da básicamente cuando el contratante tiene la capacidad de autoasegurarse, sin embargo, corre el riesgo de que la siniestralidad sea mayor a la esperada, desembolsando de sus recursos para cubrir la desviación.

Se requiere para la cotización de este tipo de plan:

- a) La siniestralidad, de ser posible detallada de un año anterior como mínimo;
- b) La negociación con el contratante de la suma asegurada, deducible y coaseguro que se va a otorgar a los asegurados y
- c) Se establece un porcentaje de gastos administrativos que deberá pagar el contratante a la aseguradora, con base al monto de siniestros pagados durante el periodo pactado.

Cálculo de la Prima:

No se consideran comisiones ni gastos, únicamente se maneja una “Prima Teórica”, llamada así porque supone la siniestralidad proyectada al final de año póliza:

$$PT_{(t+1)} = S_t \cdot (1 + Inf_{(E)})$$

Donde:

$PT_{(t+1)}$	Prima Teórica para el año de renovación $(t+1)$
$S_{(t)}$	Siniestralidad al final del año t
$Inf_{(E)}$	% Inflación Esperada (la mayor entre la general y la médica)

En este plan se maneja un depósito por anticipado, $D_{(t+1)}$, que hace el cliente al fondo, que normalmente consta de dos meses de la Prima Teórica.

Es decir:

$$D_{(t+1)} = (2/12) PT_{(t+1)}$$

La forma de pago de este plan siempre será por depósito al contado. Normalmente se hace un corte de siniestros pagados cada mes y se cargan los gastos de administración al recibo correspondiente. En caso de que la siniestralidad rebase el fondo antes del mes, se hace inmediatamente la recuperación del mismo ya que de otra forma la compañía de seguros no puede continuar otorgando el servicio a los asegurados por no poder hacer frente a los gastos incurridos.

B) Stop Loss:

Se trata de una “Cobertura de Exceso de Pérdida Acumulada”, llamada así porque cubre las desviaciones de un excesivo número de siniestros ó monto de siniestros que se presenten en el Cash Flow.

El Stop Loss siempre se aplica a un riesgo colectivo y no a un solo riesgo (un asegurado). Es una póliza de riesgo y debe tener las mismas condiciones que el Cash Flow.

La Suma Asegurada (SA) es menor ó igual a la Prima Teórica (siniestralidad esperada) del Cash Flow:

$$SA \leq PT_{(t+1)}$$

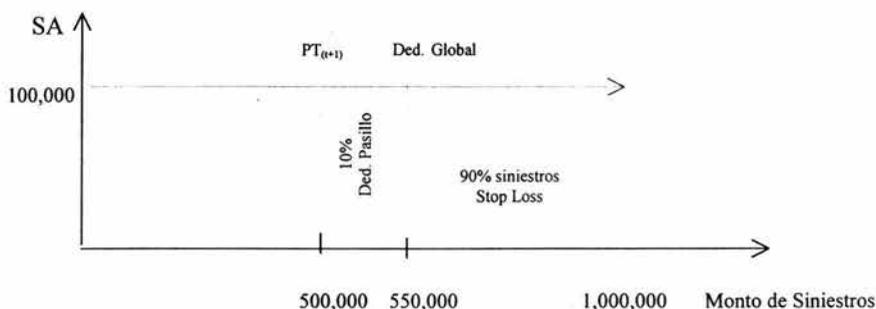
En la cobertura del Stop Loss la compañía aseguradora paga los siniestros en exceso de un punto establecido. Este punto es usualmente expresado en términos de un porcentaje de siniestros esperados. Puede o no aplicarse un “deducible de pasillo” que corresponde a un porcentaje de la Prima Teórica. El deducible global es la Prima Teórica más Deducible de Pasillo, que es cuando empieza a operar la cobertura del Stop Loss.

Un punto comúnmente establecido podría ser 110% de los siniestros esperados. Cuando el punto ha sido excedido, el Stop Loss paga un porcentaje de todos los siniestros, con un monto máximo total predeterminado y con un máximo de SA por cada asegurado²².

Ejemplo:

SA máxima por persona	\$100,000
Siniestros esperados ($PT_{(t+1)}$)	\$500,000
Deducible Global	110% $PT_{(t+1)}$
Límite del Stop Loss	90% de todos los siniestros en exceso del deducible global, con un monto total máximo de \$1,000,000 y un máximo por persona de \$100,000

Gráfica 20. Stop Loss:



Se requiere para la cotización de este tipo de plan:

- Las condiciones del Cash Flow;
- La Prima Teórica del Cash Flor y
- El establecimiento de un porcentaje de gastos administrativos dependiendo del tamaño del grupo.

²² Life, Health & Annuity Reinsurance. John E. Tiller, Jr FSA; Denise Fagerberg, FSA 1990.

Cálculo de la Prima:

La prima del Stop Loss es usualmente expresada como un porcentaje de la Prima Teórica, más una cuota fija. Normalmente se cobra:

$$10\% PT_{(t+1)}.$$

En teoría, la prima del Stop Loss es muy fácil de calcular, sin embargo, parámetros como catástrofes, epidemias y otros eventos no independientes, deben ser considerados ya que pueden crear complicaciones significativas, por lo que no es muy recomendable para las compañías de seguros ofrecer este tipo de coberturas ya que implica un riesgo con una desviación significativa a una prima muy baja.

Mientras la probabilidad del evento es bajo, el costo cuando ocurre, es alto. La compañía de seguros tiene una muy baja probabilidad de recuperar cualquier pérdida incurrida porque el contratante o la compañía cedente normalmente terminará el contrato en vez de pagar el incremento en primas, como normalmente resultaría en un año de mala siniestralidad.

Este tipo de concepto, "Stop Loss" parte de una *Cobertura de Reaseguro*, por lo que la compañía de seguros puede protegerse, en caso de que la siniestralidad rebase el monto que ponga en riesgo su operación, mediante un contrato con una compañía reaseguradora.

C) Exceso:

Una vez contratada la cobertura básica, se puede negociar una cobertura de exceso, con un costo más bajo en primas, donde la suma asegurada de la póliza básica funciona como deducible.

La finalidad de este seguro es cubrir un siniestro catastrófico de cualquiera de los asegurados a un bajo costo.

La suma asegurada de la cobertura de exceso es la responsabilidad máxima de la compañía de seguros para cada asegurado, en caso de que los gastos en que incurra dicho asegurado por un siniestro que proceda rebasen el deducible.

La suma asegurada máxima que otorga la compañía de seguros para esta cobertura depende de su límite de retención (ver glosario).

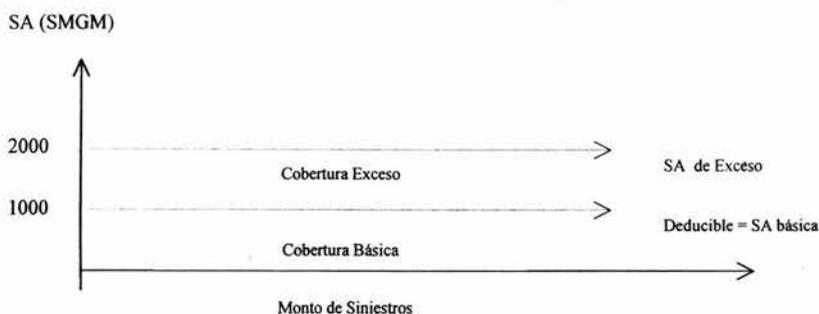
El coaseguro mínimo es el mayor de la cobertura de exceso y de la cobertura básica, sin límite de monto a cubrir por el asegurado teniendo como mínimo normalmente el 10%.

Al optar por un seguro de exceso se forman contratos distintos, básica y de exceso, más o menos equilibrados entre primas y siniestros. Tanto más equilibrado sea el contrato, tanto más pequeñas serán las fluctuaciones de la siniestralidad y en consecuencia, mejores serán las condiciones del seguro.

Ejemplo :

	Póliza básica	Póliza de Exceso
Suma Asegurada	1000 SMGM	1000 SMGM
Deducible	1 SMGM	1000 SMGM
Coaseguro	10%	10%

Gráfica 21. Exceso:



Cuando tenemos desviaciones en la siniestralidad de una póliza, es decir, se forman diferentes picos, se pueden conseguir siniestralidades homogéneas después de haber fijado el deducible de la cobertura de exceso. De esta forma, se pueden dar las negociaciones de Pool ó agrupaciones de excesos.

Las tarifas de las coberturas de exceso tienen el mismo comportamiento que el sistema de Reaseguro Excedente, esto es, se observa que al alargar la cobertura hacia arriba de la suma asegurada, se aumenta el compromiso de la compañía de seguros; sin embargo, es menor la probabilidad de ocurrencia del mismo, por lo que la prima baja conforme se alarga la cobertura.

Normalmente se establece un costo fijo general para hombres y otro para mujeres.

Para la cotización de este tipo de plan se requiere:

- Las condiciones del plan base;
- La distribución de asegurados: en caso de no contar con ella se toma un "asegurado modelo", esto es, un costo fijo promedio por el número de asegurados y
- Un análisis de siniestralidad del grupo, tratándose de agrupaciones de excesos (Pool).

Cálculo de la Tarifa:

Se realiza tomando un plan tipo base, y únicamente se aplican diferentes factores de suma asegurada, deducible y coaseguro, obteniendo “n” modalidades.

Ejemplo:

Plan tipo:

Suma Asegurada	1000 SMGM
Deducible	1000 SMGM
Coaseguro	10%
Límite de HQ	GUA
Tarifa del Plan Tipo:	

Rango de Edad	Sexo	
	Hombres	Mujeres
0-19	87.20	87.20
20-59	158.40	220.80
60-64	736.00	736.00

Factores de Cambio de Plan:

Suma Asegurada	Factor
100	1.000
150	1.050
200	1.080
250	1.120

Deducible	Factor
100	1.000
150	0.690
200	0.500
250	0.380
300	0.250
350	0.130

Coaseguro	Factor
10%	1.00
15%	0.95
20%	0.90

Honorarios Quirúrgicos	
Limitado	0.80
G.U.A.	1.00

D)Pool:

Este término se emplea usualmente para designar a una agrupación de pólizas que no llegan a cumplir con los requisitos de una Experiencia Propia, sin embargo tienen algo en común, por ejemplo, forman parte del mismo grupo financiero, son diferentes empresas de un mismo dueño, son asociaciones de extranjeros de cierto país, son empresas con características similares, son clientes del mismo corredor de seguros, etc.; es decir, son empresas que se manejan financieramente de manera individual, pero que deciden compartir experiencia en siniestralidad, tarifas y beneficios para ser consideradas con volumen de primas mayor y así poder gozar de mayores beneficios o trato preferencial.

La solución de un *Pool* es ventajosa en los casos de los seguros especiales, en los cuales prácticamente no existe experiencia estadística que permita fijar normas de suscripción, o cuando los aseguradores deben, por razones imperiosas, otorgar coberturas indeseables desde el punto de vista técnico.

Fusionar la experiencia, como agrupar a empresas que tienen algo en común con el fin de realizar su tarificación dentro de una experiencia incorporada, presenta desventajas, por ejemplo, algunos grupos dentro de la fusión pueden tener más reclamaciones que el promedio, por lo que si la tarifa de su prima se basara en su propia experiencia, tendrían que pagar una prima más alta que la promedio. Esto significa, entonces, que grupos con siniestralidad más baja deberán pagar primas más altas que las dictadas por su propia experiencia y estas últimas se pueden ver como un suministro de fondos a grupos con mayor número de reclamaciones.

E) Esquema de Prima Mínima:

Este esquema de pago se otorga únicamente para negocios grandes de experiencia propia, donde el importe de siniestros pagados durante la vigencia se ve afectado por desviaciones sensibles individuales o acumuladas, provocando una siniestralidad superior a la esperada al momento de la renovación de la póliza.

En estos casos, la desviación en la siniestralidad, independientemente de su causa, se ve reflejada directamente en el incremento a la tarifa de la póliza para la renovación, haciendo difícil la negociación del importe de primas para la nueva vigencia, por lo que se hace indispensable otorgar un financiamiento en el pago de la prima utilizando un esquema de Prima Mínima y Máxima.

Ventajas del esquema:

- (1) Apoyar al contratante al brindar la posibilidad de pagar una prima inferior a la que resulta con base al índice de siniestralidad que tiene el grupo, de tal manera que el contratante paga la Prima Mínima y en caso de que durante la vigencia de la póliza, la siniestralidad llegue al monto o porcentaje sobre la Prima Mínima, éste deberá cubrir la diferencia entre la Prima Mínima y la Máxima.
- (2) Otorgar a los conductos de ventas una herramienta para poder retener el negocio o bien, cerrar una nueva venta.
- (3) Contar con una alternativa de renovación que evite la cancelación de negocios, sacrificando una parte de la utilidad y evitar correr el riesgo de no renovar la póliza, manteniendo la obligación de cubrir el importe de las reclamaciones complementarias, agravando en algunos casos la pérdida de la póliza.

La ***desventaja*** de este esquema es que si la siniestralidad no rebasa el porcentaje establecido, el contratante paga a la compañía de seguros una prima técnicamente menor (Prima Mínima) a la necesaria para hacer frente al riesgo asumido.

Cálculo de la Prima Mínima:

- (1) Cuando la póliza no cuenta en la vigencia anterior con este esquema:
Se calcula la prima de renovación con base al cálculo de experiencia propia: dicha prima se considerará la Prima Máxima y se pueden otorgar varios esquemas de financiamiento, dependiendo de la negociación que se haga.

Ejemplo:

- a) Esquema 80-20, siniestralidad al 70%;
- b) Esquema 70-30, siniestralidad al 60%;
- c) Esquema 60-20-20, siniestralidad al 60%.

Que significan:

- a) Se pagará como Prima Mínima el 80% de la Prima Máxima, cobrándose el ajuste del 20% restante cuando la siniestralidad llegue al 70% de la Prima Mínima;
- b) Se pagará como Prima Mínima el 70% de la Prima Máxima, cobrándose el ajuste del 30% restante cuando la siniestralidad llegue al 60% de la Prima Mínima;
- c) Se pagará como Prima Mínima el 60% de la Prima Máxima, cobrándose el ajuste del 20% cuando la siniestralidad llegue al 60% de la Prima Mínima, y el otro 20% restante cuando la siniestralidad llegue al 60% de la suma de la Prima Mínima y el ajuste.

Determinación del porcentaje de siniestralidad:

Para determinar el porcentaje de siniestralidad que activará el cobro del ajuste a la Prima Mínima es necesario conocer los siguientes datos:

- a) Porcentaje de comisión total (%C);
- b) Porcentaje de gastos de administración (%Gts).

La prima debe de ser suficiente para el pago de comisiones, gastos y siniestros, por lo que el porcentaje de siniestralidad para efectuar el pago de la prima de ajuste (%S_a), se calcula como sigue:

$$\%S_a = 100\% - \%C - \%Gts - \%mg$$

Se considera un margen (mg) con el fin de estar en posibilidad de continuar pagando siniestros, mientras se tramita y efectúa el pago de la prima de ajuste.

- (2) Cuando la póliza contaba en la vigencia anterior con este esquema:

Se calcula la prima de renovación con base al cálculo de Experiencia Propia y el porcentaje de incremento resultante se aplica directamente a las tarifas de la vigencia anterior y con la nueva distribución de asegurados; en ningún caso se aplicará sobre la prima de la vigencia anterior.

De tal forma, el porcentaje de ajuste (%a) entre la Prima Mínima y Máxima se calcula como sigue:

$$\%a = (1+I_M) / (1+I_m) - 1$$

Donde:

I_M = Incremento a tarifas Prima Máxima en factor

I_m = Incremento a tarifas Prima Mínima en factor.

Este porcentaje de ajuste (%a) se aplica a la Prima Mínima (P_m) obteniéndose la Prima de ajuste (P_a):

$$P_a = (\%a) \cdot P_m$$

Administrativamente se deben de considerar los siguientes aspectos:

- a) En la carátula de la póliza se especifica que existe el endoso de Prima Mínima y Máxima;
- b) El endoso contiene las condiciones bajo las cuales se cobra el ajuste a la Prima Máxima;
- c) La prima de ajuste se hace según la forma de pago de la póliza, de tal forma que si se trata de una póliza de contado, al alcanzar la siniestralidad especificada, se emite un recibo con vigencia de todo el año; en otro caso la prima de ajuste se divide entre el número de recibos emitidos según la forma de pago (2 si es semestral, 4 si es trimestral, 12 si es mensual), emitiendo igual número de ellos y por la vigencia de cada uno, cobrando los ya vencidos y por cobrar los que falten por vencer. Se puede llegar a emitir un solo recibo de los ya vencidos.

De cualquier forma no es recomendable emitir el esquema de Prima Mínima y Máxima con una forma de pago diferente a la de contado, ya que puede generar confusiones, más trabajo administrativo y un sobre financiamiento.

Ejemplo de Prima Mínima:

Supongamos la siguiente distribución de costos y población de la vigencia anterior:

Rangos	Cuotas		Población Anterior		Prima Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-19	200	200	231	298	46,200	59,600
20-24	280	400	59	61	16,520	24,400
25-29	392	520	40	77	15,680	40,040
30-34	548	676	71	5	38,908	3,380
35-39	768	878	87	15	66,816	13,170
40-44	1,075	1,142	19	46	20,425	52,532
45-49	1,505	1,505	77	2	115,885	3,010
50-54	2,108	2,108	49	37	103,292	77,996
55-59	2,951	2,951	2	6	5,902	17,706
60-64	4,132	4,132	2	3	8,264	12,396
*65-69	8,990	8,990	0	0	0	0
*sólo renovaciones			637	550	437,892	304,230
				1,187		742,122

Dados los resultados obtenidos, se negoció renovar bajo esquema de Prima Mínima y Máxima bajo los siguientes datos:

- Prima Mínima 70 % de incremento a tarifas.
- Prima Máxima 100% de incremento a tarifas, que se cobrará al alcanzar el 60% de la siniestralidad sobre la Prima Mínima.

Por lo tanto, aplicando el incremento de Prima Mínima a la tarifa y bajo la distribución actual de asegurados, se tendrá:

Edad	Cuotas		Población Actual		Prima Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-19	340	340	245	290	83,300	98,600
20-24	476	680	62	60	29,512	40,800
25-29	666	884	53	85	35,319	75,140
30-34	932	1,149	80	15	74,528	17,238
35-39	1,306	1,493	102	26	133,171	38,808
40-44	1,828	1,941	25	46	45,688	89,304
45-49	2,559	2,559	79	22	202,122	56,287
50-54	3,584	3,584	47	37	168,429	132,593
55-59	5,017	5,017	1	5	5,017	25,084
60-64	7,024	7,024	2	2	14,049	14,049
*65-69	15,283	15,283	0	0	0	0
*sólo renovaciones			696	588	791,134	587,903
				1,284		1,379,037

Por lo que, al alcanzar la siniestralidad el 60% de 1,379,037 (Prima Mínima), es decir 827,700, se cobrará la prima de ajuste:

$$\%a = (1+1.00) / (1+0.70) - 1 = 0.1765 = 17.65\%$$

$$P_a = 17.65\% (1,379,037) = 243,400$$

x) Prestadores de servicios médicos y honorarios quirúrgicos:

Inflación médica:

Como se mencionó en el anterior capítulo, una de las principales problemáticas del SGMM externas a él es la inflación general y en mayor medida, por consiguiente, la inflación médica, ya que las condiciones económicas que ha tenido el país siempre han repercutido de forma directa en el costo de los servicios en general y particularmente en el de los tratamientos médicos.

La tecnología médica continuamente es perfeccionada, por lo que los prestadores de servicios médicos tratan de estar actualizados en cuanto a tratamientos y equipos novedosos que puedan proporcionar la mejor calidad de servicio a sus usuarios. La adquisición de esta nueva tecnología tiene un precio elevado y en vista de sus constantes cambios su amortización requiere ser acelerada, por lo que automáticamente se carga a el usuario el costo elevado de los mismos en sus insumos.

De acuerdo a la Nota Técnica elaborada por la AMIS 1989, la distribución del monto reclamado por concepto se comporta de la siguiente manera:

Cuadro 18: Distribución del monto reclamado por concepto.

<i>Concepto</i>	Monto reclamado / Monto total reclamado
Hospitalización	31%
Intervención Quirúrgica	30%
Gastos Extras	34%
Otros	6%

Nota Técnica elaborada por la AMIS 1989.

En el anterior desglose se puede observar que los principales rubros que constituyen una reclamación de GMM son hospitalización con un 31% que incluye cuarto, alimentos, visitas médicas y anestesia; intervención quirúrgica con un 30% y gastos extras con un 34%, normalmente no procedentes en la reclamación. En los gastos de hospitalización e intervención quirúrgica evidentemente los prestadores de servicios incluyen el costo los efectos inflacionarios.

Cuando se establecieron los planes sin limite para el pago intervenciones quirúrgicas, se favoreció de manera directa la tendencia inflacionaria en los costos de los honorarios quirúrgicos, ya que los médicos al conocer que el asegurado tenía derecho a este tipo de indemnización, elevaban en forma considerable el importe de sus honorarios.

Aunado a esto, se recuerda el hecho de que en México no existe ningún organismo regulador de los Servicios Médicos, como en los Estados Unidos los llamados "Health Maintenance Organization" (HMO), además de que la demanda de los hospitales privados es mayor a la oferta, por lo que los hospitales no están interesados en ofrecer descuentos a las compañías de seguros.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA):

Debido a la falta de regulación en México de los costos de los servicios médicos, como una salvaguarda para todas las partes, se acostumbra establecer que en ningún caso los gastos elegibles incluyen los gastos por servicios, tratamientos o suministros que no sean razonablemente necesarios para el cuidado y el tratamiento de la enfermedad. Los cargos por cualquier servicio, tratamientos o suministros con precios no razonables, pueden ser incluidos únicamente por un importe razonable (*GUA*).

Para establecer este concepto las aseguradoras analizan los importes que cobran los proveedores de los servicios médicos por procedimientos específicos y por áreas. De tal forma que un GUA de un procedimiento quirúrgico se puede establecer en un porcentaje como de 90% del total de los cargos hechos por ese procedimiento en un área específica.

Los honorarios del médico se deben comparar con esta norma y también con la historia de sus honorarios acostumbrados por esos procedimientos en otros pacientes.

Una forma de calcular el GUA podría ser el costo promedio que resulte de los honorarios regulares de tres médicos especialistas pertenecientes a la Asociación de Medicina del Seguro y que ejerzan la medicina en la ciudad o región donde se haya generado el gasto²³.

Convenios con médicos:

Los convenios que realizan las compañías de seguros con los prestadores de servicios médicos existen con la finalidad de poder otorgar a los asegurados un servicio garantizado de calidad, con un control de costos razonable; además de en un momento dado poder estar en la posibilidad de ofrecer al contratante coberturas especiales o de un alto grado de incidencia que analizadas de forma aislada serían costosas para ambas partes.

Para el establecimiento de estos convenios existe un área dentro de la compañía de seguros, normalmente perteneciente al área de siniestros de GMM, que se encarga de contactar a médicos generales, médicos especialistas, laboratorios, clínicas, hospitales y farmacias, solicitados por los asegurados o con mayor demanda.

²³ Seguro de GMMG, Siniestros Sin Sorpresas, Seguros Génesis, 1999

Para lo anterior, la compañía de seguros requiere conocer estadísticamente dentro de su cartera:

Padecimientos más frecuentes;

- a) Padecimientos más frecuentes, por hospital;
- b) Hospitales más demandados;
- d) Hospitales más demandados por intervención quirúrgica;
- e) Médicos más demandados;
- f) Médicos más demandados por intervención quirúrgica;
- g) Padecimientos más costosos;
- h) Padecimientos más costosos por zona geográfica.

Lo anterior también permite a la aseguradora establecer negociaciones de paquetes hospitalarios, que pueden llegar a competir con la cobertura del seguro de GMM por sus bajos costos, además de poder analizar algunas fallas en el sistema de pago y diagnóstico médico como posibles desviaciones en la siniestralidad, por ejemplo, un alto importe de cesáreas por atenderse en el extranjero, un alto número de cirugías de nariz con cierto médico, etc.

xi) Medidas prácticas para la reducción de costos:

La reducción de costos en el SGMM busca un sano desarrollo en cuanto a su siniestralidad, mediante la eliminación del uso de los servicios médicos innecesarios así como la moderación y control de los honorarios de los prestadores de servicios médicos.

Posibles medidas prácticas para la reducción de costos en el SGMM, que pueden adoptar las compañías de seguros en este tipo de operación, se describen a continuación. Cabe mencionar que en algunas de ellas se considera sumamente importante la ayuda del contratante, para incentivar y concienciar al asegurado sobre el uso de las mismas.

a) Segunda opinión médica:

La finalidad de este concepto es limitar el número de cirugías a las enteramente indispensables para la salud del asegurado, para lo cual algunas compañías de seguros en caso de duda, absorben el costo de una segunda opinión médica. Usualmente la decisión final de si habrá intervención quirúrgica la da el paciente, no estableciéndose sanción alguna en caso de no obtener una segunda opinión.

Una operación muy común, que puede ser sujeta la mayoría de las veces a una segunda opinión médica, es la cirugía de nariz o senos paranasales, ya que se trata de una operación de alta incidencia.

b) Uso del pago directo :

El uso del pago directo, más adelante explicado, de la compañía de seguros a los prestadores de servicios médicos, evita posibles abusos en el cobro de honorarios médicos y costos hospitalarios.

Para lo cual se requiere:

- a) Incentivar al asegurado a optar por este tipo de indemnización, mediante la eliminación del pago de los conceptos deducible y coaseguro. Respecto a este punto la compañía de seguros debe ser muy cuidadosa, ya que se puede generar un efecto adverso en la siniestralidad de la póliza al no participar el asegurado en un porcentaje de los gastos erogados.
- b) Aumentar la red de prestadores de servicios bajo convenio de pago directo.
- c) Proporcionar al asegurado una lista de médicos especialistas bajo convenio.

c) Revisión de las cuentas del hospital:

Es recomendable hacer una revisión detallada, ya sea por parte del asegurado y/o de la compañía de seguros, del concepto de los insumos erogados dentro del hospital, puesto que muchas veces se cargan en la factura medicamentos o servicios que el asegurado no recibió.

d) Cuerpo de médicos dictaminadores:

Las compañías de seguros deben de contar con un suficiente cuerpo de médicos dictaminadores, también llamados médicos ajustadores o médicos asesores. Su función básica es revisar, con base en el expediente y facturas, que todo tratamiento practicado vaya acorde con el padecimiento de que se trate, identificar el uso innecesario del tratamiento y si es o no preexistente.

Muchas veces los médicos dictaminadores no se dan a basto ante la gran demanda de siniestros y son parte imprescindible para un correcto filtro de la siniestralidad.

e) Cirugía ambulatoria:

Se les llama así a este tipo de cirugías debido a que no es indispensable el internamiento en un hospital para la realización y recuperación de las mismas.

La cirugía se puede llevar a cabo en el consultorio del doctor o en otras entidades de servicios médicos de menor costo y el período de convalecencia en la propia casa del asegurado. Se trata de incentivar mediante el pago de proveedores externos que si se erogaran dentro del hospital serían a un mayor costo.

f) Negociación de paquetes hospitalarios:

Como se mencionó anteriormente, el analizar estadísticamente la siniestralidad, permite a la compañía de seguros identificar aquellas cirugías de mayor incidencia por hospital, quedando la posibilidad de establecer negociaciones de paquetes hospitalarios de bajo costo.

g) GUA a nivel Mercado:

Las compañías de seguros deben elaborar un proyecto con las autoridades correspondientes para tratar de regular los costos en los servicios médicos, especialmente para tratar de manejar un GUA de los honorarios médicos a nivel mercado con límites mínimos y máximos.

h) Intercomunicación de las instituciones de seguros:

En el momento en que exista una mejor comunicación entre las propias compañías de seguros se podrá lograr una mejor negociación a nivel mercado con los prestadores de servicios médicos, además de que se fomentaría el sano crecimiento de la operación de accidentes y enfermedades por acciones comunes. De esta forma se evitaría caer en pérdidas técnicas generadas por la competencia de precios, muchas veces desleal al no contar ninguna de las partes que intervienen en la contratación del seguro (compañía de seguros, corredor de seguros y contratante) con información fidedigna del negocio, hablando particularmente de la siniestralidad del SGMMEP.

Por último, de acuerdo con una encuesta del sector asegurador, el 90% de las aseguradoras con mayor penetración en el SGMM emplean la figura de médico ajustador; el 55% de las mismas promueven el uso de cirugía programada y un 30% recomienda a sus asegurados una segunda opinión médica, en casos de duda²⁴.

i) Modalidades de indemnización:

En el mercado asegurador existen tres modalidades de Indemnización o formas de pago de un siniestro:

- (1) Reembolso
- (2) Cirugía programada
- (3) Pago directo

Contractualmente la póliza de GMM únicamente contempla la indemnización por reembolso, sin embargo la fuerte competencia en el mercado y el propósito de las compañías de seguros de otorgar el mejor servicio a sus asegurados, así como el tratar de controlar la siniestralidad en esta operación, ha generado los otros dos sistemas: cirugía programada y pago directo.

A continuación se explica cada uno de estos sistemas así como sus ventajas y desventajas y en el Anexo E se detalla el procedimiento a seguir por el asegurado en cada opción de indemnización.

²⁴ Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, Pedro Mejía Tapia, Documento de trabajo No. 28, CNSF, 1993

Cabe mencionar que es sumamente importante para el ejecutivo comercial conocer en que consiste cada uno de los procesos de indemnización, pues tiene la obligación de abogar en un momento dado por un buen servicio otorgado al cliente, ya que aunque se otorguen los mejores costos y coberturas, si el producto terminado de la póliza, como son los servicios médicos requeridos en caso de siniestro, no da los resultados esperados, es muy posible que no se conserve el negocio.

(1) Reembolso:

Este sistema de indemnización se utiliza cuando el asegurado ha liquidado por su cuenta los gastos por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta. De hecho todas las consultas, análisis, medicamentos, etc. que no se refieran directamente a una intervención quirúrgica o atención de cuidados intensivos en un hospital, se manejan bajo este esquema.

En este caso la compañía de seguros reintegra al titular el importe de los gastos que procedan, limita el importe de los honorarios médicos de acuerdo al GUA o al catálogo, dependiendo el plan contratado y hace las reducciones correspondientes al deducible y coaseguro.

Desventajas:

- a) La compañía de seguros no tiene un control estricto de los gastos efectuados, pues puede presentarse la suplantación de asegurados ya que al acudir al médico o al realizarse estudios no se pide identificación del paciente. Únicamente basta con presentar la documentación completa, no teniendo certeza del dictamen médico.
- b) El asegurado no tiene otra opción, aún no teniendo liquidez, que desembolsar el total de los gastos erogados y solicitarlos por reembolso en los siguientes casos:
 - 1. Al no rebasar las 24 horas de estancia en el hospital, que se requieren para que el médico dictaminador autorice el pago directo;
 - 2. Al no entrar por urgencias con un médico de guardia e identificarse como asegurado;
 - 3. Al acudir a un hospital que no sea de convenio.
- c) No se tienen negociados los honorarios médicos por lo que se puede elevar el monto de los mismos, obligando al asegurado a absorber la diferencia del GUA.
- d) No cuenta el asegurado con la eliminación del deducible y coaseguro que algunas compañías de seguros otorgan por el uso de Pago Directo.

(2) Cirugía Programada:

Con objeto de controlar los honorarios quirúrgicos en las reclamaciones por vía reembolso, las compañías de seguros han instrumentado el proceso denominado “*cirugía programada*”. Dependiendo de la compañía de seguros, puede tratarse de un “*pago directo programado*” o un “*anticipo de la intervención quirúrgica*”.

El *pago directo programado* consiste en una “*carta pase o carta autorización de pago directo*” que expide la compañía de seguros donde se especifican los conceptos que proceden así como el importe de los mismos, los cuales liquida directamente la compañía de seguros a los prestadores de servicios.

El “*anticipo de la intervención quirúrgica*” lo hace la compañía de seguros sobre el presupuesto de dicha intervención quirúrgica y normalmente consiste en un 60% de los gastos procedentes.

Ventajas:

- a) Permite conocer con anticipación a la cirugía, el costo estimado de la operación y en un momento dado permite a la compañía de seguros negociar con el cirujano el importe definitivo de sus honorarios.
- b) Este proceso opera aún en caso de cirugías de corta estancia, menos de 24 horas de hospitalización, protegiendo al asegurado de un probable desequilibrio económico.
- c) El asegurado cuenta con el incentivo que ofrecen algunas compañías de seguros de la eliminación del deducible y coaseguro.

Desventajas:

- a) El eximir al asegurado del pago del deducible y coaseguro por el uso de este procedimiento puede traer un efecto adverso para la compañía de seguros ya que el asegurado, no tendría que desembolsar nada de su reclamación, no teniendo consideración sobre los costos de atenderse en un hospital “de cinco estrellas”. Sobre este punto algunas compañías de seguros únicamente reducen un porcentaje del coaseguro y un monto mínimo del deducible.
- b) Si no se tiene un control estricto de los anticipos proporcionados a los asegurados, se puede hacer un mal uso de los mismos, por lo que dichos anticipos deben de tener una caducidad, normalmente de 30 días, después de la cual deben ser regresados a la compañía de seguros, para evitar la especulación.

(3) Pago Directo:

El sistema de pago directo permite al asegurado atenderse en cualquier hospital con los que la compañía de seguros tiene convenio, sin desembolsar el costo total del internamiento, protegiéndolo de esta forma de un probable desequilibrio económico.

Si el padecimiento está dentro de las coberturas contratadas en la póliza y ésta se encuentra vigente, la compañía de seguros se hace cargo de liquidar los gastos procedentes, de acuerdo al plan contratado, directamente al hospital y al médico tratante, siempre y cuando estos prestadores de servicios se encuentren en convenio.

Cuando el médico tratante no se encuentra en convenio, se trata de localizarlo para negociar sus honorarios; en caso de no localizarlo o que no acepte la negociación, dichos honorarios se pagan por reembolso de acuerdo al GUA.

Ventajas:

- a) La mayoría de las compañías de seguros al utilizar este tipo de indemnización exenta al asegurado del pago del deducible y coaseguro.
- b) A la compañía de seguros le interesa que el asegurado acuda a atenderse con médicos y hospitales en convenio, ya que de esta forma logra un mejor control de gastos, particularmente en lo que se refiere a honorarios médicos.

Desventajas:

- a) Mismo que inciso (a) de desventajas de cirugía programada.
- b) Sólo opera en casos de internamiento mayores a 24 horas, tiempo requerido para la autorización del médico dictaminador.

j) Reembolso vs. pago directo y programación de cirugía:

El uso del pago directo o la cirugía programada genera un mejor control de gastos para la compañía aseguradora y por consiguiente un control de costos para el contratante, por lo que el vigilar dentro de la siniestralidad la proporción que guardan el reembolso vs. pago directo y cirugía programada, permite tomar las medidas necesarias, de manera conjunta con el contratante, para concientizar a los asegurados de los beneficios comunes al optar por éstas dos últimas modalidades de indemnización.

Normalmente dentro de la siniestralidad el concepto de cirugía programada aparece como pago directo y únicamente se comparan reembolso vs. pago directo, siendo la proporción dentro de lo normal un 20% a 80%.

En este apartado no se hace el análisis de la proporción que guardan reembolso vs. pago directo ya que no se ven reflejados dichos conceptos en la Estadística AMIS, así como tampoco se reflejan los hospitales más demandados.

k) Hospitales más frecuentes por padecimiento:

Es importante conocer dentro de la siniestralidad cuáles son los hospitales más demandados por padecimiento, intervención quirúrgica y si es posible por médico.

De esta forma sería más fácil identificar las necesidades específicas del grupo asegurado, respecto a que tipo de hospitales acuden con más frecuencia y si se está desviando la siniestralidad por algún mal uso del plan. Un ejemplo de esto podría ser un notable número de cirugías de nariz o senos paranasales con cierto médico, en cierto hospital y con una frecuencia muy regular; se puede pensar que se trata en realidad de cirugías estéticas.

l) Atenciones en el extranjero por padecimiento:

En los planes que tienen las cláusulas adicionales de emergencia en el extranjero o cobertura en el extranjero, es imprescindible identificar con detalle el concepto de dichas reclamaciones, ya que se pueden dar los casos de un uso indiscriminado e innecesario de atenciones en el extranjero.

Un ejemplo, puede ser un número elevado de cesáreas, ya que al cubrirse ésta intervención quirúrgica y al tener la cláusula adicional de cobertura en el extranjero, los asegurados decidan atenderse en el extranjero únicamente por el hecho de que su hijo tenga como lugar de nacimiento otro país.

La mayoría de las compañías de seguros pagan los gastos en el extranjero por la modalidad de indemnización de reembolso, salvo algunas compañías que tienen convenios con instituciones como “Miami Medical Center” que permiten el uso del pago directo.

xii) Análisis Técnico:

A) Distribución de asegurados por rangos de edad y sexo:

El cálculo de la prima del SGMMEP se realiza tomando básicamente la siniestralidad del grupo asegurado vigente, entre otros factores, por lo que es importante conocer en un momento dado los cambios drásticos en la población asegurada, como pueden ser: un fuerte incremento en el número de asegurados o en el número de mujeres o de personas de edades mayores; razones por las cuales puede llegar a variar mucho la prima propuesta de la emitida.

Para la evaluación se sugiere elaborar dos cuadros en donde se presente la distribución de asegurados por rangos de edad y sexo, de la vigencia que termina y de la renovación, comparándolos de un año a otro.

Para conocer mejor el comportamiento de la población asegurada es importante considerar los factores involucrados en el cálculo de la prima de tarifa de experiencia global, pero aplicados únicamente al grupo en cuestión de experiencia propia como son:

- Morbilidad
- Monto pagado promedio

- Morbilidad por rangos de edad y sexo:

La morbilidad es la probabilidad de que un hombre o una mujer se enfermen de acuerdo a su edad. Es la tasa de incidencia de siniestralidad.

Y se calcula:

$$m_{(x,x+5)} = \frac{nS_{(x,x+5)}}{n_{(x,x+5)}} \quad 25$$

Donde:

- $m_{(x,x+5)}$ Morbilidad del quinquenio (x,x+5);
- $nS_{(x,x+5)}$ Número de siniestros del quinquenio (x,x+5);
- $n_{(x,x+5)}$ Número de asegurados vigentes del quinquenio (x,x+5).

- Monto pagado promedio por rangos de edad y sexo:

El monto pagado promedio refleja la distribución del gasto incurrido y se calcula:

$$mpp_{(x,x+5)} = \frac{mp_{(x,x+5)}}{n_{(x,x+5)}} \quad 26$$

Donde:

- $mpp_{(x,x+5)}$ Monto pagado promedio del quinquenio (x,x+5);
- $mp_{(x,x+5)}$ Monto pagado del quinquenio (x,x+5);
- $n_{(x,x+5)}$ Número de asegurados vigentes del quinquenio (x,x+5).

La morbilidad y el monto pagado promedio nos permiten calcular la tarifa mínima del grupo asegurado.

Cuando no se cuente con el detalle por rango de edad y sexo se pueden generar los cálculos en forma general para todo el grupo asegurado es decir:

- Para la distribución de asegurados:* será suficiente conocer el incremento en número de asegurados y si es posible, la edad promedio del grupo.

²⁵ Huerta Ortega Laura M, Medidas de Control para el Seguro de GMM Grupo., 1996. Act. 314

²⁶ idem 25

En lo que se refiere a la edad promedio es necesario hacer un paréntesis para identificar que existen dos tipos de edades promedio:

- *Edad aritmética promedio*: se calcula simplemente como el promedio de edades del grupo asegurado

- *Edad actuarial promedio*: En el seguro de vida se calcula de acuerdo a la cuota promedio, i.e. la prima neta anual dividida entre la suma asegurada total del grupo, por lo que se podría deducir que en el SGMM se desprende de la división de la prima neta entre el número de asegurados, este resultado se compara con las tarifas de la compañía de seguros y se busca la edad correspondiente al valor más cercano de dicha división.

b) *Para la morbilidad* : Se calcula la morbilidad del grupo en general (g):

$$m_g = \frac{nS_g}{n_g}$$

Donde:

m_g Morbilidad del grupo;
 nS_g Número de siniestros del grupo;
 n_g Número de asegurados vigentes del grupo .

c) *Para el monto pagado promedio*: Se calcula el monto pagado promedio del grupo en general (g):

$$mpp_g = \frac{mp_g}{n_g}$$

Donde:

mpp_g Monto pagado promedio del grupo;
 mp_g Monto pagado del grupo;
 n_g Número de asegurados vigentes del grupo.

B) Evaluación de la siniestralidad:

Es recomendable valorar la siniestralidad mensualmente para detectar las desviaciones y así poder tomar las medidas necesarias para su control.

Se sugiere calcular para la apreciación de la siniestralidad:

- Porcentaje de siniestralidad;
- Porcentaje de rentabilidad;
- Resultado técnico.

- **Porcentaje de siniestralidad:** es el resultado de la proporción que guardan el monto de los siniestros vs. la prima neta devengada a la misma fecha.

$$\% S_{(t)} = \frac{Ms_{(t)}}{PN_{(dt)}}$$

Donde:

- $\%S_{(t)}$ Porcentaje de siniestralidad en el tiempo (t);
- $Ms_{(t)}$ Monto de siniestros en el tiempo (t);
- $PN_{(dt)}$ Prima neta devengada en el tiempo (t).

La *prima neta devengada* es la base para el cálculo de la siniestralidad, de la utilidad o pérdida técnica y para la rentabilidad.

Se trata de “prima neta” debido a que es una prima de riesgo y “devengada” porque es del periodo ya transcurrido y erogado en la vigencia.

Es necesario tomar en cuenta todos los endosos que dentro de la vigencia han afectado a la prima, de esta forma:

$$\begin{aligned} \text{Prima neta} &= \text{prima neta emitida} \\ &\quad - \text{prima neta de cancelaciones} \\ &\quad + \text{prima neta de endosos de rehabilitación} \\ &\quad + \text{prima neta de endosos de aumento} \\ &\quad - \text{prima neta de endosos de disminución.} \end{aligned}$$

Se dice empíricamente y de acuerdo a la experiencia presentada que un negocio es bueno si su porcentaje de siniestralidad es menor del 70% ²⁷, pues se considera suficiente la prima neta para cubrir lo siniestros proyectados; mas no existe actualmente un modelo matemático que respalde este parámetro.

Cabe señalar que se calcula sobre la prima neta sin considerar gastos y comisiones que también constituyen egresos para la compañía de seguros, ya que busca el mostrar la “suficiencia” de la prima de riesgo para hacer frente a los siniestros.

Por lo que: $PN < PT$ y $1/PN > 1/PT$

Donde:

- PN Prima Neta
- PT Prima de Tarifa

²⁷ UNAM Acatlan, Tesis Profesional, 2000, Mendoza Rosales Roberto.

- **Porcentaje de rentabilidad:** Es el complemento del porcentaje de siniestralidad ya que considera gastos y comisiones.

Se calcula:

$$\% R_{(t)} = \frac{MS_{(t)} + G + C}{PN_{(dt)}}$$

Donde:

$\% R_{(t)}$ Porcentaje de rentabilidad en el tiempo (t);
 $MS_{(t)}$ Monto de siniestros en el tiempo (t);
G Gastos administración;
C Comisión;
 $PN_{(dt)}$ Prima neta devengada en el tiempo (t) .

Donde los egresos para la compañía de seguros están representados por el numerador. Si el porcentaje de rentabilidad es menor de 1 el negocio es rentable si es mayor de 1 el negocio no es rentable²⁸.

De esta forma se puede apreciar que probablemente la prima de riesgo sea suficiente para hacer frente a los siniestros sin embargo, puede no ser rentable es decir que no alcance a cubrir los gastos y comisiones.

- **Resultado técnico:** Es la utilidad o pérdida de la operación.

Se calcula:

$$RT_{(t)} = PN_{(dt)} - G - C - Sr_{(t)}$$

Donde:

$RT_{(t)}$ Resultado técnico;
 $PN_{(dt)}$ Prima neta devengada en el tiempo (t);
G Gastos administración;
C Comisión;
 $Sr_{(t)}$ Siniestros retenidos en el tiempo (t).

Los siniestros retenidos es el importe de los egresos por concepto de siniestros pagados una vez descontado el monto de reaseguro más el incremento a la reserva de siniestros pendientes de pago.

²⁸ Mendoza Rosales Roberto, UNAM Acatlán, Tesis Profesional, México, 2000.

C)Desviaciones en la siniestralidad:

Las desviaciones en la siniestralidad se conocen como “reclamaciones catastróficas” y son reclamaciones excepcionalmente altas de individuos dentro del grupo, se caracterizan por generar un “pico” en la siniestralidad.

Es importante conocer el histórico de estas reclamaciones para poder predecir su comportamiento en la vigencia que inicia, además de consultarlo con algún médico dictaminador.

-Tratamiento especial de reclamaciones catastróficas en la evaluación

En la evaluación del SGMMEP, se acostumbra considerar las reclamaciones catastróficas hasta cierto monto dentro de la siniestralidad, i.e. se eliminan los “picos” arriba de cierto límite, propio de reclamaciones individuales, por considerarse atípicos. Esto es debido a que su comportamiento muy probablemente no sea el mismo el próximo año, pues la reclamación fuerte ya se efectuó.

Normalmente se trata de una cirugía de alto riesgo, como trasplante de riñón, del corazón, hígado, etc. o puede ser de “enfermedades graves” como cáncer, SIDA, etc. de las cuales el asegurado puede ya haber salido adelante o desgraciadamente fallecido en el periodo de vigencia del seguro.

- Casos más frecuentes de reclamaciones catastróficas y su comportamiento estadístico:

Con los datos de monto y frecuencia se puede calcular la severidad de las enfermedades, de tal forma que:

$$\text{Severidad} = \frac{\text{Monto}}{\text{Frecuencia}}$$

xii) Estadísticas sugeridas:

A continuación se sugieren ciertas estadísticas a realizar en la evaluación. Para ejemplificarlas se tomó como base las Estadísticas 1997, 1998, 1999 generadas por los reportes que las compañías de seguros presentan a la CNSF en el Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA). En el cual se clasifican las causas de siniestralidad de GMM Grupo en 37 diferentes enfermedades, como se presentan en el anexo F .

Cabe mencionar que para el análisis de la siniestralidad por enfermedad los rubros “Otras Enfermedades” y “Otros accidentes” no se tomaron en consideración, dada su generalidad y su alta cifra, tanto en número de siniestros como en monto.

Por lo anterior se considera necesaria una clasificación más detallada de enfermedades dentro del SESA para generar una estadística capaz de ser analizada con amplitud. En el anexo F se presenta la “List “C” of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death version 8 and our Groups of Diseases” utilizada en EUA.

En las estadísticas analizadas del SESA se presentan cifras de siniestros reclamados y procedentes por lo tanto si hacemos la diferencia de ambos, en teoría se pueden obtener los siniestros rechazados, sin embargo, en algunos casos el concepto de procedentes llega a ser mayor que el reclamado muy probablemente por los SONR. En esos casos la diferencia negativa se tomo como cero.

1) Siniestralidad por accidente o enfermedad:

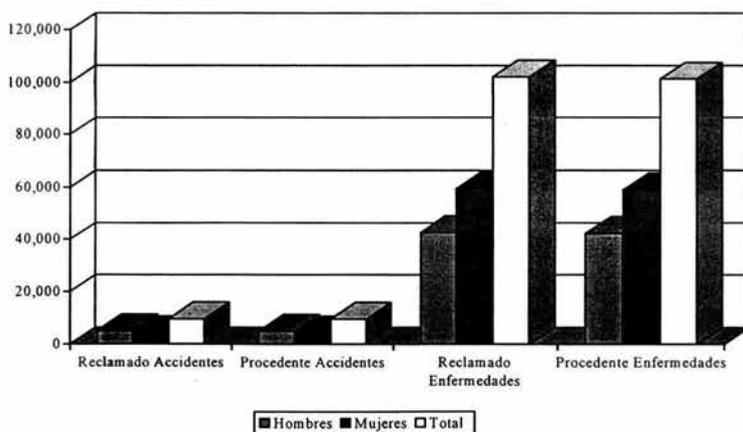
En las estadísticas analizadas se puede observar que cerca del 90% corresponde a enfermedades y aproximadamente el 10% a accidentes, de esta forma se comporta la siniestralidad tanto en frecuencia como en monto, para los conceptos reclamado, procedente y rechazado.

Cuadro 19. No. de Siniestros Promedio 1997-1999:

	Número de Siniestros Promedio 1997-1999								
	Reclamado			Procedente			Rechazados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades	42,635	59,480	102,115	42,277	58,950	101,226	362	530	892
Accidentes	5,128	4,484	9,612	5,087	4,462	9,549	40	23	63
Total	47,763	63,964	111,727	47,364	63,411	110,775	403	553	955
% Enfermedades	89.26%	92.99%	91.40%	89.26%	92.96%	91.38%	89.98%	95.90%	93.40%
% Accidentes	10.74%	7.01%	8.60%	10.74%	7.04%	8.62%	10.02%	4.10%	6.60%

Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 Cifras en miles de pesos

Gráfica 22. No. de Siniestros Promedio 1997-1999:

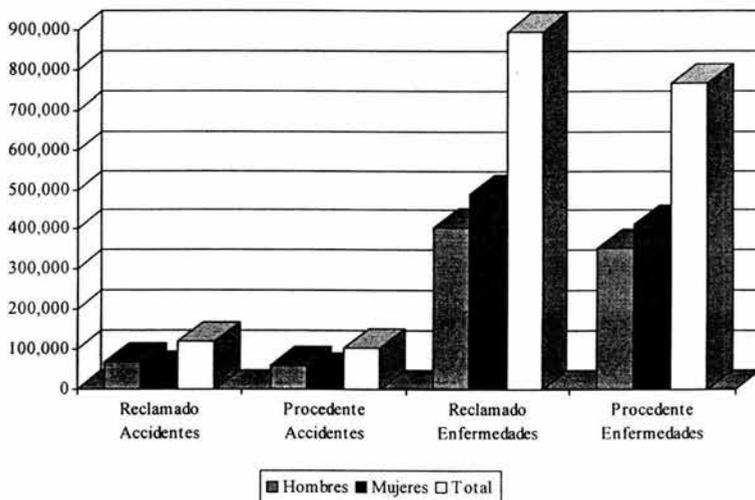


Cuadro 20. Monto de Siniestros Promedio 1997-1999:

	Monto de Siniestros Promedio 1997-1999								
	Reclamado			Procedente			Rechazados		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades	407,544	488,870	896,414	351,997	415,469	767,466	55,684	73,579	128,960
Accidentes	69,108	50,022	119,130	60,607	44,088	104,696	8,501	5,935	14,435
Total	476,652	538,892	1,015,544	412,604	459,557	872,161	64,185	79,514	143,395
% Enfermedades	85.50%	90.72%	88.27%	85.31%	90.41%	88.00%	86.76%	92.54%	89.93%
% Accidentes	14.50%	9.28%	11.73%	14.69%	9.59%	12.00%	13.24%	7.46%	10.07%

Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 Cifras en miles de pesos

Gráfica 23. Monto de Siniestros Promedio 1997-1999:



ESTADÍSTICAS DE LA CALE DE LA BIBLIOTECA

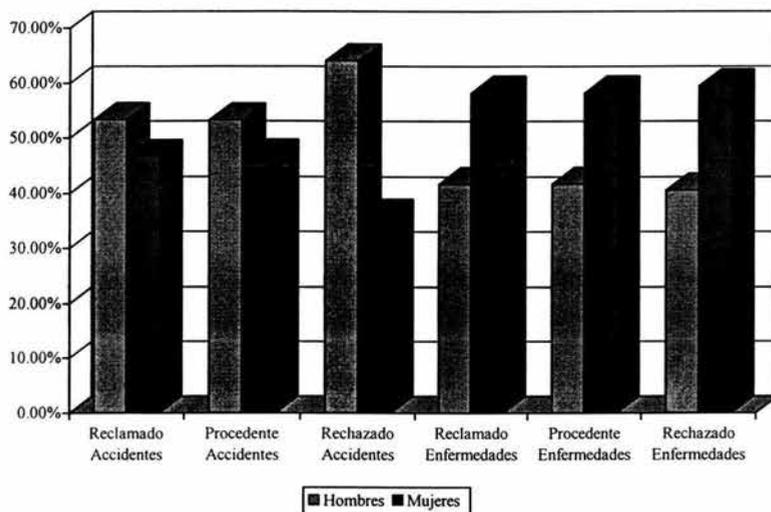
La mayor frecuencia y monto más elevado lo tienen las mujeres en lo que se refiere a enfermedades, mientras que en accidentes es mayor para los hombres.

Cuadro 21. Porcentaje promedio de No. de Siniestros 1997-1999:

% Promedio de Número de Siniestros 1997-1999 (hombres y mujeres)						
	Reclamado		Procedente		Rechazados	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Enfermedades	41.75%	58.25%	41.76%	58.24%	40.64%	59.48%
Accidentes	53.35%	46.65%	53.28%	46.72%	64.02%	35.98%

Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999

Gráfica 24. Porcentaje promedio de No. de Siniestros 1997-1999:

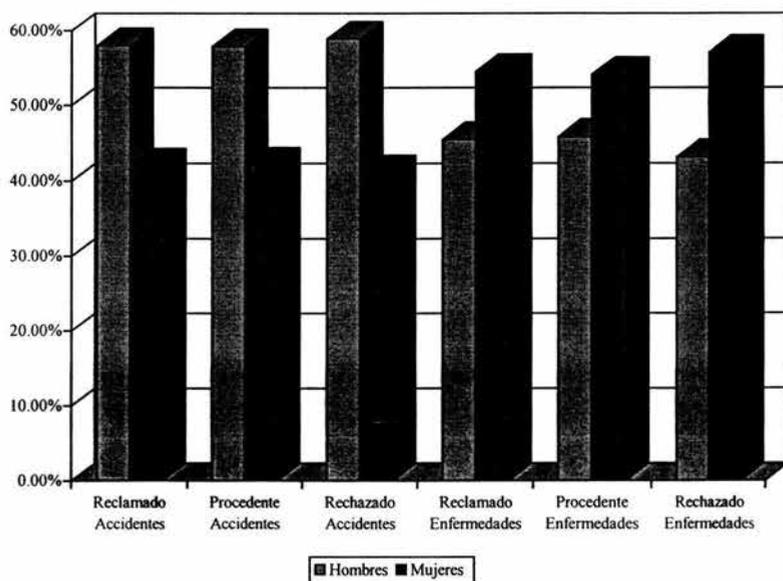


Cuadro 22. Porcentaje promedio de Monto de Siniestros 1997-1999:

% Promedio de Monto de Siniestros 1997 -1999 (hombres y mujeres)						
	Reclamado		Procedente		Rechazados	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Enfermedades	45.46%	54.54%	45.86%	54.14%	43.18%	57.06%
Accidentes	58.01%	41.99%	57.89%	42.11%	58.89%	41.11%

Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999

Gráfica 24. Porcentaje promedio de Monto de Siniestros 1997-1999:



2) Siniestralidad por enfermedad:

De las 37 enfermedades que clasifica el SESA únicamente se mencionarán a las 20 primeras en cuanto a alta frecuencia y mayor monto y se presentan en el anexo H.

Para finalizar éste capítulo es importante mencionar que el modelo parte de que el valuador tenga un perfil de análisis profundo y el dominio de hojas de cálculo como excel y regularmente se trata de un actuario.

En el capítulo tres se aplicará y evaluará la funcionalidad del modelo, así mismo se crearán escenarios de referencia una vez implantado el modelo propuesto.

CONCLUSIONES CAPÍTULO DOS.

Actualmente las compañías de seguros se encuentran fusionadas con grupos financieros extranjeros, su organización tiende a una planeación interactiva a largo plazo, por ello se utilizó la misma como medio para lograr los fines establecidos en el SGMM como se mencionó en el apartado 2.1; así mismo en dicho apartado se determinaron las variables controlables y no controlables que intervienen en una evaluación de un SGMMEP, entendiéndose por controlables aquellas sobre las que podemos influir y quedan inmersas dentro del sistema y se les tiene un alcance casi completo sobre su comportamiento; y por no controlables aquellas sobre las que no se puede incidir sobre su comportamiento.

De tal forma se identificaron las relaciones entre las variables y su comportamiento en el tiempo para comprender mejor el problema y tener una base para la creación de escenarios a presentar en el siguiente capítulo.

El objetivo específico de éste capítulo es diseñar un modelo que permita una mejor evaluación del SGMMEP el cual, como ya se mencionó en el punto 2.3., consta de ocho estrategias de análisis:

- i. Tipo de riesgo: normal o agravado,
- ii. población a asegurar: grupo o colectivo, experiencia propia o global,
- iii. principales conceptos que se deben de aclarar con el contratante y los asegurados para evitar conflictos en el uso de la póliza así como considerar dentro de la evaluación,
- iv. coberturas especiales,
- v. prima neta o prima de tarifa,
- vi. cálculo de la prima de experiencia propia
- vii. comisiones, reducciones y dividendos,
- viii. pago complementos y SONR,
- ix. tipo de plan,
- x. prestadores de servicios médicos y honorarios quirúrgicos,
- xi. medidas prácticas para la reducción de costos,
- xii. análisis técnico, incluye rentabilidad.
- xiii. estadísticas sugeridas

Dentro de las fortalezas del modelo propuesto podemos mencionar:

- a) Externas: sana utilidad de las operación de GMM, limpieza del desprestigio de las compañías de seguros y crecimiento acelerado de la operación de accidentes y enfermedades;
- b) Internas: Suficiencia de primas, mejores beneficios a otorgar y bajo incremento en primas en la negociación.

En el apartado 2.2.2., se identifican los medios y recursos que permiten establecer la implementación del modelo propuesto (2.2.3.).

El análisis técnico desarrollado en el punto (xii) del modelo se considera como uno de los aspectos más importantes, ya que en él se identifican tanto la siniestralidad del SGMM como la rentabilidad del mismo, la primera nos indica si la prima de riesgo es suficiente para hacer frente a los siniestros y la segunda nos dice que si además de ser suficiente la prima para los siniestros alcanza a cubrir los gastos y comisiones.

El modelo ayuda a los medios: la compañía de seguros, corredor de seguros y cliente, a tomar conciencia de que por el beneficio de cada uno de ellos y el saneamiento (buena rentabilidad) en la operación de GMM, es importante tomar en cuenta las políticas de suscripción que la mayoría de las veces ignoran por la presión comercial del precio más bajo en el mercado, además de que proporciona una visión integral a los evaluadores de los puntos a considerar en la evaluación de un SGMMEP.

FUENTES DE CONSULTA CAPÍTULO DOS.

1. Ackoff. Russell L.
Cápsulas de Ackoff. Administración en pequeñas dosis.
Edit. Limusa, México D.F. 2002.
2. Ackoff Rusell L.
El Paradigma de Ackoff. Una Administración Sistemática.
Edit. Limusa , México D.F. 2002
3. Ackoff. Russell L.
Planificación de la Empresa del Futuro.
Edit. Limusa, México D.F. 2003.
4. Documento de trabajo No. 28, CNSF, México, D.F. 1993
5. Lizárraga Gaudry Ignacio M.
Cápsulas para la Planificación.,
México, 2003.
6. Mejía Tapia Pedro,
Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México,
7. Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS,
México, D.F. 1989.
8. Mendoza Rosales Roberto
UNAM Acatlán, Tesis Profesional, México, 2000.
9. Meyer Paul,
PROBABILIDAD Y APLICACIONES ESTADÍSTICAS.
Edit. Addison-Wesley Iberoamericana 1992, México, D.F.
10. Siliceo A. Alfonso. y González M. José Luis
Pasión por el Futuro. Nueva planeación estratégica fundada en valores.
McGRAW-HILL, México D.F, 2004.
11. Seguro de GMMG, Siniestros Sin Sorpresas,
Seguros Génesis, México D.F. 1999
12. Solis Soberón Fernando,
Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Documento de trabajo No. 25, CNSF, México, D.F. 1993
13. Tiller John E.,Jr FSA; Fagerberg Denise,
Life, Health & Annuity Reinsurance. FSA 1990.

CAPÍTULO TRES

Evaluación del SGMM Experiencia Propia (SGMMEP) en función a las políticas de suscripción

"la Planeación representa la búsqueda creativa, organizada, sistemática, sistémica y comprometida de incidir sobre el futuro. Planear implica formular escenarios y determinar objetivos y metas, estratégicas y prioridades, asignar recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución, coordinar esfuerzos, evaluar etapas, resultados, y asegurar el control de procesos." Tomás Miklos

OBJETIVO: *aplicar y evaluar el modelo propuesto tomando en cuenta ventajas, limitaciones y escenarios de referencia.*

Contenido:

3.1. Aplicación, ventajas y limitaciones del modelo propuesto.

3.2. Evaluación del modelo propuesto.

3.3. Creación de escenarios

Conclusiones

Fuentes de consulta

CAPÍTULO TRES: Evaluación del SGMM Experiencia Propia (SGMMEP) en función a las políticas de suscripción

Una vez desarrollado el modelo, es necesario abordar su implementación, pues una teoría sin aplicación es como la inexistencia de la misma, así mismo, se deben evaluar periódicamente los resultados de la aplicación ya que lo que no se mide no se mejora.

También es importante considerar las ventajas y limitaciones para los medios una vez implantado el modelo.

Y por último se desarrollaran tres escenarios de referencia de continuar con la aplicación del modelo propuesto.

3.1 Aplicación, ventajas y limitaciones del modelo propuesto.

Para la correcta aplicación del modelo propuesto es necesario considerar las etapas del proceso administrativo que son: planeación, organización, integración, ejecución, dirección, supervisión, control, información, coordinación y evaluación. De tal forma:

- A) Una coordinación adecuada de los medios, que como ya se comentó anteriormente son: la compañía de seguros, el corredor de seguros o agente, el cliente y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF),
- B) Una adecuada cultura del seguro para lo cual se requiere comunicación, que incluye la capacitación iterativa y la detección de necesidades reales entre los integrantes de cada medio y entre los medios,
- C) Una adecuada regulación de las medidas y prácticas de la operación del SGMM,
- D) Veracidad de la información que se proporciona.

Las ventajas y limitaciones de los medios y el factor más importante en cada una para su aplicación son:

Dentro de la compañía de seguros el factor humano el más importante para la aplicación:

- El área de siniestros,
- El área comercial,



A) Las ventajas para la compañía de seguros serían:

- Al coordinarse las áreas adecuadamente se evitarían trabajos dobles.
- Se reducirían los tiempos de respuesta al seguir las estrategias de análisis además de que se le ha dado un seguimiento periódico constante a la evaluación del modelo.
- Serían propuestas integrales ya que consideran a todas las áreas involucradas, i.e. se tendría el punto de vista de un médico dictaminador, de un ejecutivo comercial que sabe como está el mercado y un técnico que cuida la suficiencia de primas.
- Se controlaría y reduciría la insuficiencia de primas en el SGMM.

B) Las limitaciones para la compañía de seguros serían:

Deficiencia en cuanto a calidad y cantidad de los recursos que son:

- Veracidad de la información.
- siniestralidad lo más detallada posible, de preferencia 3 años atrás,
- experiencia y conocimiento de los valuadores,
- políticas de suscripción de la aseguradora,

A) Las ventajas para el corredor de seguros serían:

- Al tener un análisis integral proporcionado por la compañía de seguros, cuenta con las bases para sugerir al cliente: a) mejoras en cuanto al uso adecuado de la póliza, “reducción de costos” b) coberturas más adecuadas a sus necesidades reales.
- Reducción en el tiempo invertido en los análisis de siniestralidad.
- Al proporcionar una adecuada asesoría a sus clientes serían más prestigiados.

B) Las limitaciones para el corredor de seguros serían:

- Al estar concientes las compañías de seguros de la necesidad de suficiencia de primas no se dejarían llevar por la presión comercial que pueda ejercer el corredor en cuanto a la reducción de primas por lo que podrían reducir sus comisiones.
- Dejarse llevar por la especulación y pánico de perder al cliente, por el precio más bajo en el mercado sin considerar calidad y cantidad de los beneficios y servicios

Dentro del corredor de seguros el factor más importante para la aplicación es la veracidad de la información:

- Generada por la compañía de seguros,
- Proporcionada por el corredor a otras compañías de seguros, a la “competencia”.



En el cliente los factores más importantes para la aplicación son: análisis de necesidades reales de su población asegurada y difundir entre sus empleados una cultura del seguro mediante pláticas del buen uso de la póliza.



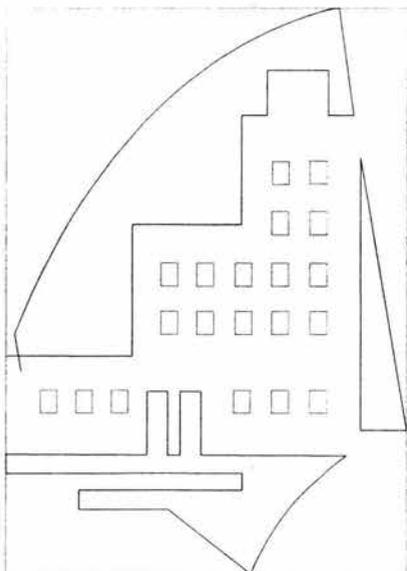
A) Las ventajas para el cliente serían:

- Mejoras en cuanto al uso adecuado de la póliza, “reducción de costos”
- Coberturas más adecuadas a sus necesidades reales.
- Mayor creatividad en cuanto a beneficios ofrecidos a sus asegurados.
- Mejor servicio y coberturas por no dejarse llevar únicamente por el precio más bajo.

B) Las limitaciones del cliente serían:

- El cobro de primas directamente proporcional a su siniestralidad, i.e si sus asegurados hacen un mal uso de la póliza su siniestralidad crece y sus primas también por lo que la presión que puedan ejercer al corredor de cambiarlo no surtiría efecto por la conciencia de la suficiencia de primas en el mercado y la competencia.

En la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) los factores más importantes para su aplicación son una adecuada regulación de medidas y prácticas en el mercado así como coordinar esfuerzos de las diferentes entidades relacionadas con el seguro de GMM.



A) Las ventajas para la CNSF:

- Sana utilidad de la operación de GMM,
- Limpieza de desprestigio de las compañías de seguros,
- Crecimiento acelerado de la operación de accidentes y enfermedades.

B) Las limitaciones de la CNSF:

- EL COORDINAR ESFUERZOS PARA E IMPULSAR EL CAMBIO HACIA UNA NUEVA CULTURA DEL SEGURO.

3.2. Evaluación del modelo propuesto.

Como se había mencionado en el punto 3.1., dentro de las etapas del proceso administrativo se encuentran el control, información y evaluación que son necesarias para la correcta aplicación del modelo.

Para que exista control debe de haber coordinación e información necesaria para la toma de decisiones y si no se cumple con los objetivos se debe de rediseñar.

Para el control del modelo se sugiere considerar los siguientes puntos:

1) Planificación: Como se comentó anteriormente, las condiciones de renovación se tienen que realizar de preferencia con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la póliza, i.e. con la finalidad de hacer el análisis detallado como se presenta en el modelo y así hacer una buena propuesta de negociación. Para lo cual se requiere tener los recursos y coordinación de los medios, ya identificados ambos en el punto 2.2.2 del capítulo anterior.

2) Control: Para poder controlar la correcta aplicación del modelo es necesario establecer índices de control relevantes. En este punto se sugiere revisar mensualmente los siguientes dos puntos del modelo presentado: xi) medidas prácticas para la reducción de costos y xii) análisis técnico.

3) Seguimiento: Se requiere dar seguimiento mensual, de acuerdo a la vigencia de las pólizas, de toda la cartera i.e. medir la rentabilidad y porcentaje de siniestralidad de las pólizas, para lo cual será necesario, como rutina para el valuador, un registro como el presentado en el cuadro 23.

Cuadro 23. Seguimiento de la cartera del SGMM:

	A	B	C	D	E	F	G
1	No. De póliza	fecha de consulta	Inicio de vigencia	Fin de vigencia	Días de anticipación	Tipo de plan	Frecuencia del pago (2, 4, 12)
2	G990801	15/10/2004	01/12/2003	01/12/2004	47	básico	2
3	G990801	15/10/2004	01/12/2003	01/12/2004	+D3-B3	básico	2

	H	I	J	K	L	M	N
1	No. De asegurados	Prima Neta	Prima neta devengada	Monto de siniestros	No. De siniestros	Siniestro promedio	% Siniestralidad
2	700	480,000.00	400,000.00	295,600.00	155	1,907.10	73.90%
3	700	480,000.00	(13/12)*10	295,600.00	155	+K3/L3	+K3/J3

	O	P	Q	R	S	T	U
	Edad promedio	Contratante	Esquema de Prima mínima	% Comisiones	% Gastos fijos	% Gastos variables	% Dividendos
1	35	YYYYYYYY	no	10%		10%	No
2	35	YYYYYYYY	no	10%		10%	No

	V	W	X
	Siniestros retenidos	% Rentabilidad	Resultado técnico
1	295,000.00	93.90%	25,000.00
2	295,000.00	$+(K3+T3*J3+R3*J3)/J3$	$+J3-T3*J3-R3*J3-V3$

En el anterior cuadro, en el renglón no. 2 se presenta el ejemplo y en el no. 3 se presenta la forma de cálculo.

Se pueden resaltar como principales indicadores las siguientes columnas:

(E) Días de anticipación: sirve para ver con que anticipación a la fecha de vencimiento se ha empezado el análisis de renovación ó evaluación, se sugiere realizarlo con 45 días antes de anticipación.

(F) Tipo de plan: aquí se puede apreciar si se trata de una cobertura básica, de exceso, stop loss, etc.

(G) Frecuencia de pago (2 = semestral, 4 = trimestral, 12 = mensual) para identificar los pagos faltantes y expresarlos como 1/2, 2/2, etc...

(H) No de asegurados: para saber la dimensión del grupo asegurado y saber sobre que edad actuarial promedio se encuentra el grupo.

(I), (K) Prima neta y monto de siniestros que sirven para calcular la siniestralidad, la rentabilidad y el resultado técnico.

(Q) Si tiene esquema de prima mínima para que se identifiquen los pagos faltantes de acuerdo a su siniestralidad.

Para la evaluación del modelo es necesario valorar las ventajas y desventajas de su aplicación, así que: una vez que se tenga el cálculo del cuadro anterior de forma diaria, se reduce la siniestralidad aproximadamente en un 30%, pues se pueden tomar decisiones inmediatas como cobro de faltantes en pagos fraccionados y sugerencias al contratante para transmitir a sus asegurados en el buen uso de la póliza.

Así mismo se puede medir con qué porcentaje de anticipación a la fecha de vencimiento se están realizando las evaluaciones de los SGMM de los 45 días especificados como necesarios para una correcta aplicación del modelo. Así, de aplicarse el modelo adecuadamente, en un principio, tendría un costo de tiempo kairós y por lo tanto un esfuerzo en el tiempo cronos para cumplir al 100% con los 45 días, sin embargo una vez aplicado el modelo de forma periódica, a corto plazo se puede esperar un porcentaje de cumplimiento en la anticipación del 100%.

De acuerdo a lo anterior se considera que el nivel de satisfacción del cliente es del 90%, ya que aunque presentara una siniestralidad alta, el hecho de darle valores agregados como el diseño del plan ajuste a sus necesidades reales y calidad en el servicio, le permite valorar otros aspectos de la propuesta y no únicamente el precio más bajo del mercado. No es al 100% el grado de satisfacción del cliente ya que al presentar la evaluación en primera instancia al corredor de seguros o agente puede surgir alguna solicitud no considerada en la evaluación por lo que es necesario tener una buena comunicación, a fin de detectar las deficiencias antes de presentar una segunda propuesta.

3.4. Creación de escenarios ²⁹.

Los escenarios ayudan a pensar mejor sobre el futuro, a ser más perceptivos, ayudan a la organización a comprender mejor el entorno en el sentido que permiten enfocarse a un número de incertidumbres fundamentales.

Se dice que el pronóstico encuadra el futuro y los escenarios expanden el área mental, ya que el primero es una reflexión de la opinión experta con base a la evaluación de probabilidades y el segundo es una descripción mucho más conceptual de un futuro con base en la causa y efecto de diversas variables; además de que el pronosticador determina de antemano qué pronosticará por lo que las variables que se encuentran fuera del modelo, probablemente el tomador de decisiones no las tomará en cuenta.

El análisis de escenarios se utiliza para la incertidumbre estructural en donde los posibles eventos futuros son únicos y carecen de una base para evaluar las probabilidades, pero en donde la posibilidad del evento se basa en la causalidad.

Primero se debe de establecer el entorno contextual en cierta medida predecible, se consideran los eventos y se empiezan a ver tendencias y patrones con un razonamiento de causa y efecto. Así se supone una estructura fundamental detrás de los eventos que se observan. Se construye un mapa mental, un diagrama de las fuerzas impulsoras de los eventos.

Se supone una estructura estable profunda que pertenece al marco del tiempo de la planeación y los elementos del futuro se perciben como inciertos si es posible explicar los eventos de distintas formas. Se identifican los elementos del futuro que impulsan más de una posible estructura. No es posible determinar que estructura predominará en el futuro, por lo que dependiendo de la estructura que se considere se proyectarán los futuros; se considerarán primero los elementos que implican una estructura estable profunda.

La clasificación conocida como “el iceberg” ayuda a descubrir las estructuras en una gran variedad de eventos. Divide el conocimiento en tres categorías: eventos, patrón y estructura. En la parte superior están los eventos visibles, tan pronto como los eventos importantes se presentan se trata de identificar un patrón con base a tendencias y conductas en el tiempo de los eventos, llevando a la conceptualización de las variables y

²⁹ Kees Van Der Heijden. Escenarios. El arte de prevenir el futuro. Edit. Panorama, México D.F., 2000

finalmente se desarrolla una estructura fundamental, resultado de las interpretaciones posibles de los patrones causales. Las variables deben contar con una unidad de medición, la cual puede ser cuantitativa o cualitativa.

Diagrama 1. Clasificación ICEBERG.

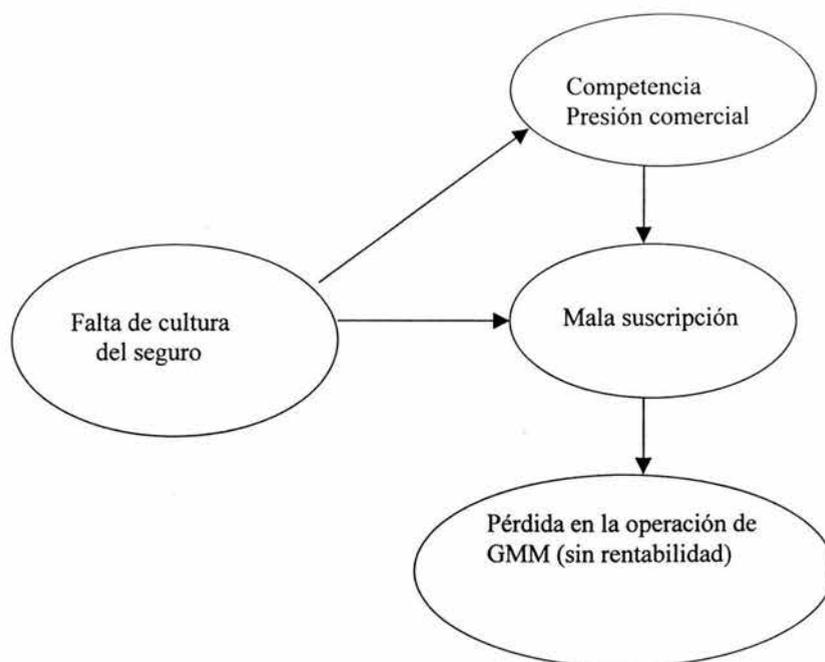


Por lo anterior, en el presente trabajo, la gráfica del “iceberg” se considera de la siguiente forma:

Diagrama 2. Clasificación ICEBERG del problema planteado.



Diagrama 3. Fuerzas impulsoras del problema planteado.



Con la información antes descrita, se proponen 4 escenarios para conocer el panorama de la siniestralidad (rentabilidad) de la operación de accidentes y enfermedades, a partir de los valores que tomen las variables consideradas para los años: 2006, 2012 y 2018 (cambios de sexenio).

A los escenarios propuestos por su entorno contextual se les asignaron los siguientes nombres:

- I. Prosperaremos
- II. Optimizando
- III. Sobreviviendo
- IV. Resignados a morir

Las **variables principales** del sistema que pueden determinar cambios importantes en el futuro son:

a) La siniestralidad de la operación de accidentes y enfermedades: como se mencionó en el capítulo dos (2.2.3, xii) la siniestralidad nos indica si la prima de riesgo es suficiente para hacer frente a los siniestros y si se consideran los gastos y comisiones se conoce la rentabilidad de la operación. La siniestralidad se calcula como el importe de la prima entre el monto de los siniestros. Se establece en el rango $[\text{min}, \text{max}] = [0\%, 100\%]$ en donde 100% es nada rentable.

En la gráfica 25 se presenta el comportamiento de 1990 a 2002, que ha tenido la siniestralidad en la operación de accidentes y enfermedades (el SGMM, es el más representativo de dicha operación).

b) La cultura del seguro: Se establece en el rango $[\text{min}, \text{max}] = [0\%, 90\%]$, no se incluye un 100% ya que nunca se termina de mejorar. Actualmente, para el año 2004 se supone en un 30%.

Se considerará como la conciencia social que tengan:

- la población asegurada en el uso adecuado de las pólizas,
- los contratantes y corredores en la no especulación de los precios y mayor contratación de pólizas.
- las compañías de seguros en no dejarse llevar por la presión comercial y suscribir de forma analítica.
- las autoridades y asociaciones relacionadas con los seguros, en trabajar de manera conjunta, para una adecuada legislación del SGMM así como el desarrollar un sustento técnico actuarial del mismo.

Las **variables secundarias** son:

- 1) Primas captadas: Se refiere a la cantidad de lo que se debería de cobrar para para cubrir siniestros y se establece en el rango $[\text{min}, \text{max}] = [50\%, 100\%]$, donde 100% es que es suficiente la prima.
- 2) Calidad de la información: Se refiere a la veracidad de la información que proporcionan tanto el cliente como los corredores, al momento de solicitar una cotización, ya que pueden llegar a manipularla con el fin de lograr mejores condiciones a un bajo costo o simplemente que la fuente no sea confiable. Se establece en el rango $[\text{min}, \text{max}] = [0\%, 100\%]$ en donde 100% es que se considera la información verídica.
- 3) Tecnología: Se refiere a la aplicación de la informática en todos los procesos que se relacionan con la evaluación de un SGMM, de tal forma que se llegue a la automatización de los mismos y al desarrollo de un sistema integral. Se establece en el rango $[\text{min}, \text{max}] = [0\%, 100\%]$ en donde 100% es que se cuenta con un sistema integral.

Las **variables de ambiente** consideradas son la inflación y el PIB (buen desempeño de la economía nacional, crecimiento medio anual).

Cuadro 24. Comportamiento de variables:

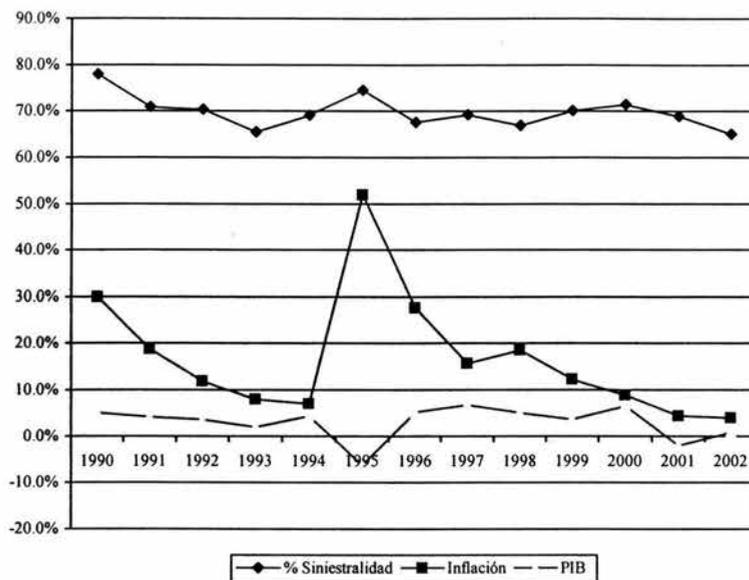
	Primas Directas	Incremento en Primas	Importe de Siniestros	Incremento en Imp. Siniestros	% Siniestralidad	Inflación	PIB
1990	549,933		428,492		77.92%	29.93%	5.10%
1991	890,585	61.94%	631,460	47.37%	70.90%	18.79%	4.20%
1992	1,159,506	30.20%	815,883	29.21%	70.36%	11.94%	3.60%
1993	1,397,098	20.49%	915,423	12.20%	65.52%	8.01%	2.00%
1994	1,690,553	21.00%	1,169,331	27.74%	69.17%	7.05%	4.40%
1995	2,062,215	21.98%	1,536,276	31.38%	74.50%	51.97%	6.20%
1996	2,953,007	43.20%	1,997,787	30.04%	67.65%	27.70%	5.20%
1997	3,924,530	32.90%	2,720,056	36.15%	69.31%	15.72%	6.80%
1998	4,970,733	26.66%	3,326,241	22.29%	66.92%	18.61%	5.00%
1999	7,128,817	43.42%	4,997,089	50.23%	70.10%	12.32%	3.60%
2000	9,152,071	28.38%	6,537,659	30.83%	71.43%	8.96%	6.60%
2001	11,079,087	21.06%	7,634,765	16.78%	68.91%	4.40%	2.00%
2002	13,102,545	18.26%	8,530,686	11.73%	65.11%	3.98%	0.90%

Fuente primas y siniestros: Anuario estadístico de la CNSF, 2000, 2002 (pag. 314,327)

Fuente inflación: INPC Banco de México.

Fuente PIB (ANEXO): Dirección General de Planeación Hacendaria con base en cifras del INEGI.

Gráfica 25. Comportamiento de la siniestralidad de la operación de Accidentes y enfermedades, de la inflación y el PIB en México.



Fuente primas y siniestros: Anuario estadístico de la CNSF, 2000, 2002 (pag. 314,327)

Fuente inflación: INPC Banco de México.

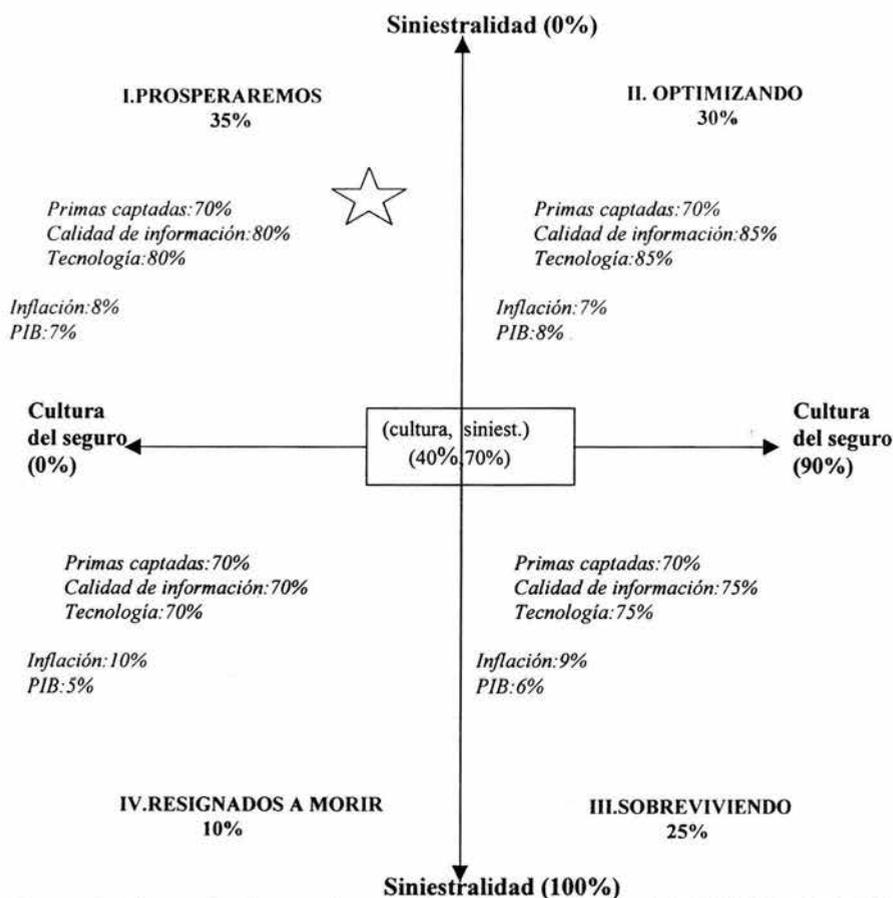
Fuente PIB (ANEXO): Dirección General de Planeación Hacendaria con base en cifras del INEGI.

Descripción de escenarios:

ESCENARIOS	DESCRIPCION
I. Prosperaremos: cultura del seguro media alta desde un 40%, siniestralidad de la operación de accidentes y enfermedades alta desde un 70%.	En este escenario se muestra la situación que enfrentaría la operación de accidentes y enfermedades. Considerando los distintos valores de las variables secundarias en cada horizonte de tiempo, con base a las variables de ambiente: Inflación: media PIB: medio La cultura del seguro se encuentra en crecimiento por lo que los asegurados toman conciencia del buen uso de la póliza, los corredores y compañías de seguros se preocupan por la suficiencia de primas y la CNSF, como entidad reguladora, inicia estudios en conjunto con las asociaciones e instituciones de seguros por mejorar la regulación del SGMM.
II. Optimizando: cultura del seguro media alta desde un 60%, siniestralidad de la operación de accidentes y enfermedades con tendencia a la baja desde un 60%.	En este escenario se muestra la situación que enfrentaría la operación de accidentes y enfermedades. Considerando los distintos valores de las variables secundarias en cada horizonte de tiempo, con base a las variables de ambiente: Inflación: baja PIB: alto Hay una buena cultura del seguro, los asegurados usan las pólizas de GMM de forma prudente, los corredores y compañías de seguros tienen como principio la suficiencia de primas y la CNSF, como entidad reguladora, en conjunto con las asociaciones e instituciones de seguros hacen cambios radicales en la regulación del SGMM.

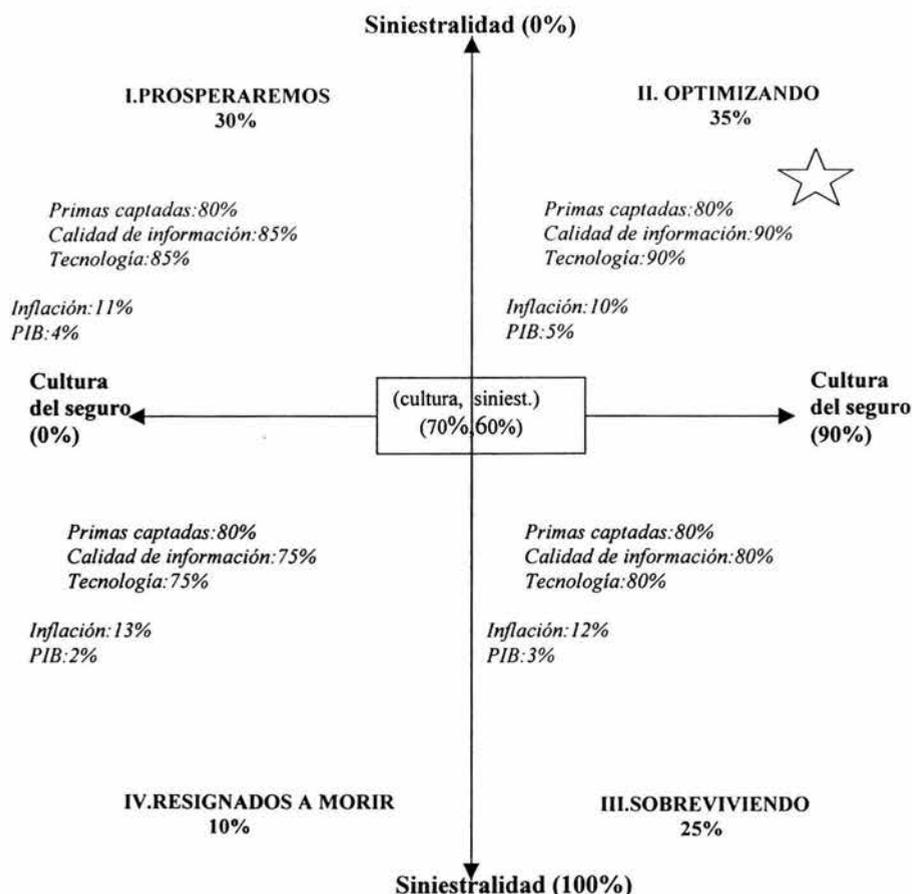
<p>III. Sobreviviendo: cultura del seguro media baja desde un 30%, siniestralidad de la operación de accidentes y enfermedades con tendencia a la alta desde un 80%.</p>	<p>En este escenario se muestra la situación que enfrentaría la operación de accidentes y enfermedades. Considerando los distintos valores de las variables secundarias en cada horizonte de tiempo, con base a las variables de ambiente: Inflación: media alta PIB: medio bajo Existe una cultura del seguro media baja en la cual los asegurados no consideran el buen uso de la póliza, los corredores se dejan llevar por la presión comercial y la CNSF como entidad reguladora, no tiene buena comunicación con las asociaciones e instituciones de seguros. El área de los SGMM se encuentra en declive.</p>
<p>IV. Resignados a morir: cultura del seguro baja desde un 20%, siniestralidad de la operación de accidentes y enfermedades con tendencia a la alta desde un 80%.</p>	<p>En este escenario se muestra la situación que enfrentaría la operación de accidentes y enfermedades. Considerando los distintos valores de las variables secundarias en cada horizonte de tiempo, con base a las variables de ambiente: Inflación: alta PIB: bajo Existe una cultura del seguro baja en la cual los asegurados no toman conciencia del buen uso de la póliza, los corredores especulan en el mercado y manipulan la información, la CNSF como entidad reguladora, no hace algún esfuerzo en conjunto con las asociaciones e instituciones de seguros por mejorar la regulación del SGMM. El área de los SGMM se encuentra en declive con fuertes pérdidas financieras.</p>

ESCENARIOS 2006



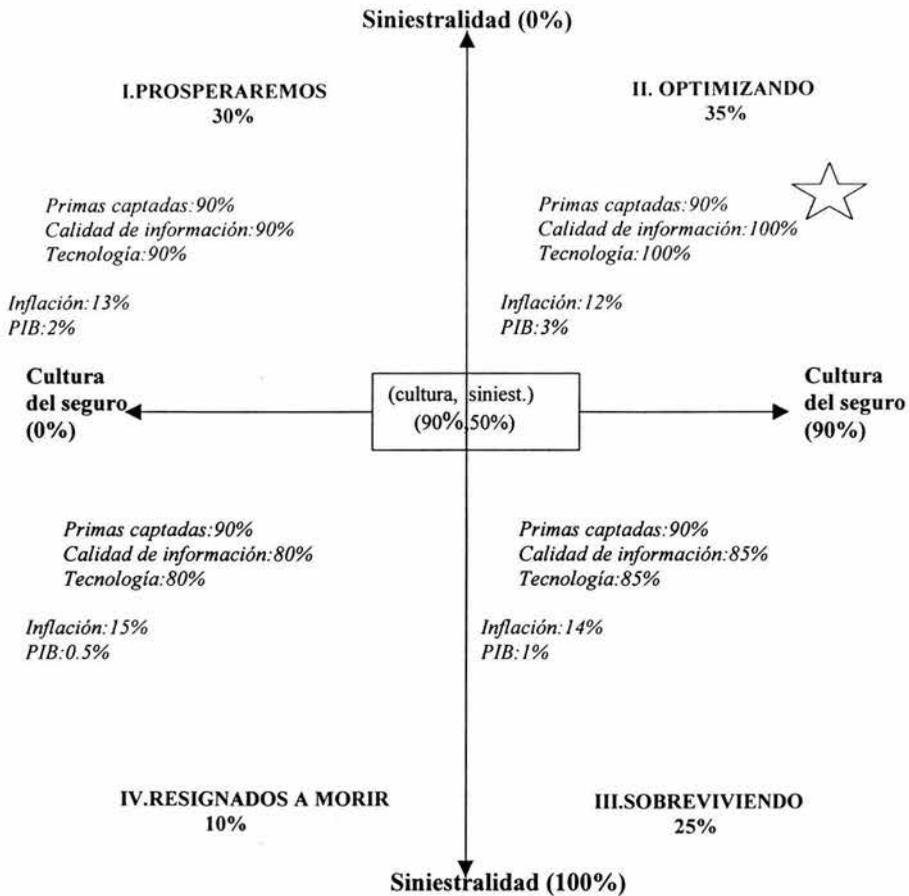
En este horizonte de tiempo el escenario más probable es el "PROSPERAREMOS". Aunque actualmente se tenga una tendencia de recuperación del PIB y una baja inflación, por la crisis política que vive el país, se considera para el 2006 una inflación del 8% y un PIB del 7%, un poco abajo de cómo el actual gobierno en el 2000 recibió el país. Se tiene una cultura a nivel medio del seguro, con un 40%, los asegurados toman conciencia del buen uso de la póliza, los corredores y compañías de seguros se preocupan por la suficiencia de primas y la CNSF, como entidad reguladora, inicia estudios en conjunto con las asociaciones e instituciones de seguros por mejorar la regulación del SGMM. Hay una siniestralidad en la operación de accidentes y enfermedades del 70%, por lo que la prima cobrada en general es suficiente en un 70%. La información es verídica en un 80% por la falta de tecnología que permite la automatización en los procesos, no se cuenta aún con un sistema integral.

ESCENARIOS 2012



En este horizonte de tiempo el escenario más probable es el "OPTIMIZANDO". Por el comportamiento de la economía mundial y la crisis política debida al cambio de sexenio, se considera para el 2012 una inflación del 10% y un PIB del 5%. Se tiene una mejor cultura del seguro, con un 70%, la entidad reguladora de la operación ha hecho cambios en las medidas y prácticas de mercado, las compañías de seguros toman mayor conciencia de la necesidad de suficiencia en primas. Hay una siniestralidad en la operación de accidentes y enfermedades del 60%, un poco mejor. La prima cobrada en general es suficiente en un 80% ya que se cuenta con una mejor tecnología que permite la automatización en los procesos y una calidad de la información del 90%, sin embargo, no se cuenta aún con un sistema integral.

ESCENARIOS 2018



En este horizonte de tiempo el escenario más probable es el “OPTIMIZANDO”. Por el comportamiento de la economía mundial y la tendencia de la crisis política por el cambio de sexenio, se considera para el 2018 una inflación del 12% y un PIB del 3%. Se tiene una buena cultura del seguro, con un 90%, la entidad reguladora de la operación de GMM, en conjunto con las asociaciones e instituciones de seguros han implantado cambios radicales en la regulación del SGMM, los contratantes, compañías de seguros y corredores toman verdadera conciencia de un análisis técnico suficiente cobrando el 100% de la prima. Hay una siniestralidad en la operación de accidentes y enfermedades del 50%, baja. La prima cobrada en general es suficiente en un 90% ya que se cuenta con una mejor tecnología que permite la automatización en los procesos y una calidad de la información del 100%, ya se cuenta aún con un sistema integral.

CONCLUSIONES CAPÍTULO TRES.

Para la aplicación eficiente y continua del modelo propuesto es necesario darle seguimiento a las etapas del proceso administrativo mencionadas en el punto 3.1 que son: planeación, organización, integración, ejecución, dirección, supervisión, control, información, coordinación y evaluación, de no cumplirse se tiene que hacer de forma cíclica la revisión de las etapas hasta que se cumpla. En este punto se sugiere que la compañía de seguros cuente con un sistema INTEGRAL como los conocidos actualmente como ERP “enterprise resource program” una marca conocida y utilizada actualmente por las empresas innovadoras es el SAP.

La aplicación del modelo propuesto recrearía la empresa por cambios substanciales en las áreas involucradas, integrándolas hacia un fin común: la evaluación de un SGMMEP con suficiencia de primas acorde a las necesidades del cliente y competitiva.

Se concluye que los factores más importantes para un cambio en el resultado de la operación de GMM y ya no tener pérdida es necesario UNA NUEVA CULTURA DEL SEGURO e ir de la mano de la tecnología, lo cual únicamente se lograría con la capacitación, comunicación, coordinación de los medios y entre los medios, además de una adecuada regulación de las medidas y prácticas del SGMM.

Se identifica dentro de la evaluación del modelo, que el mismo, ayuda de forma automática en la reducción de la siniestralidad en un 30% y da un grado de satisfacción al cliente del 90%.

Los escenarios nos permiten ser más perceptivos en cuanto a las variables de incertidumbre por lo que los escenarios son sumamente útiles a mediano y largo plazo donde la incertidumbre y la predicción son significativos.

Se presentaron escenarios para los años 2006, 2012 y 2018 para los cuales los escenarios más probables son:

A) En el 2006 “prosperaremos” con inflación al 8% y PIB del 7%:

- cultura del seguro en un 40% y siniestralidad del 70%

Primas captadas:70%

Calidad de la información:80%

Tecnología:80%

B) En el 2012 “optimizando” con inflación al 10% y PIB del 5%:

- cultura del seguro en un 70% y siniestralidad del 60%

Primas captadas:80%

Calidad de la información:90%

Tecnología:90%

- C) En el 2018 “optimizando” con inflación al 12% y PIB del 3% :
- cultura del seguro en un 90% y siniestralidad del 50%
 - Primas captadas:90%
 - Calidad de la información:100%
 - Tecnología:100%

En dichos escenarios presentados se puede observar que las variables de ambiente son determinantes dentro del sistema.

De continuarse con la aplicación del modelo propuesto, la tendencia del porcentaje de siniestralidad la operación de accidentes y enfermedades se reduciría de un 70% a un 50% en aprox. 10 años, por lo que la cartera sería rentable.

FUENTES DE CONSULTA CAPÍTULO TRES.

1. Ackoff Russell L.,
Planificación de la Empresa del Futuro.
Edit. Limusa, México D.F., 2003,
2. Kees Van Der Heijden.
Escenarios. El arte de prevenir el futuro.
Edit. Panorama, México D.F., 2000.
3. Lizárraga Gaudry Ignacio M.
Apuntes del seminario “El análisis de la Planeación”
Estado de México, 2003 – 2004.
4. Miklos Tomas
Las Decisiones Políticas. De la Planeación a la Acción.
Siglo XXI editores, 2001.
5. Torres Lovera Juan.
Apuntes del seminario “El análisis de la Planeación”
Estado de México, 2003 – 2004.

CONCLUSIONES GENERALES:

Ya finalizada la investigación y de acuerdo a la hipótesis de la que se partió:

“es factible hacer una propuesta de negociación de un plan de GMM experiencia propia ajuste a las necesidades del cliente sin afectar la suficiencia de primas”,

Se concluye que Si es factible la hipótesis planteada; se cumplió con el objetivo general del estudio en un 90%, pues como se mencionó en el apartado 2.2.1 no se consideró para el modelo una de las técnicas de selección de riesgos que es el cálculo actuarial ya que se considera objeto muy amplio de otro estudio.

La aportación más relevante de la presente investigación se ubica en la aplicación de las áreas comerciales y de suscripción de una compañía de seguros, al desarrollarse un modelo que faculta evaluar un SGMMEP de forma integral tomando en cuenta todos los medios, además de que se encuentra inmerso en un esquema de planeación que permite:

- a) apoyar la toma de decisiones,
- b) optimizar al máximo los recursos financieros, materiales y humanos,
- c) evitar reprocesos y duplicidad de trabajos,
- d) fijar tiempos, alcances y limitaciones
- e) definir el futuro deseado.

El modelo propuesto accede a hacer la evaluación del SGMMEP con efectividad y eficiencia al ser aplicado como rutina entre los valuadores, permitiéndoles permanecer más tiempo dentro del tiempo KAIROS (cualitativo, de reflexión y solución de problemas) y no como normalmente se encuentran en el tiempo CRONOS (cuantitativo y de urgencia).

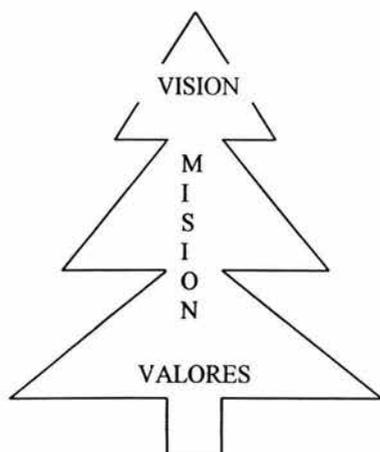
La organización que aplique el modelo se encontrará dentro del aspecto metodológico de la planeación que contempla los siguientes puntos: diagnóstico, pronóstico (asociación y regresión), justificación, políticas (responsabilidad de ejecución), procedimientos, objetivos, metas e indicadores y programación, por lo que se encontrará preparada para enfrentar nuevos retos.

Del aspecto metodológico se desprenden las etapas del proceso técnico administrativo de la planeación, mismo que se contempla en el modelo desarrollado y consiste en: planeación, organización, integración, ejecución, dirección, supervisión, control, información, coordinación y evaluación.

El modelo propuesto es una solución integral del problema planteado ya que se ubica en los aspectos metodológicos y técnicos mencionados anteriormente, además de que se consideraron los elementos: jurídico, económico, político, administrativo, técnico y social.

Por lo anterior se concluye que la aplicación del modelo propuesto es factible a corto, mediano y largo plazo.

Se utilizó la planeación estratégica, dentro de la planeación interactiva, ya que se identificó:



- 1) la misión,
- 2) visión,
- 3) objetivo,
- 4) recursos,
- 5) examinar el ambiente,
- 6) predicción y
- 7) análisis FODA.

La visión es que las compañías de seguros lleguen a una buena rentabilidad de la operación del SGMM mismo que se espera se cumpla a mediano plazo con la aplicación integral del modelo; la misión es la correcta evaluación del SGMMEP con suficiencia de primas y los valores es la cultura del seguro.

Sin embargo, en la planeación innovadora los objetivos y las metas no son lo más importante si no el PROCESO EN SI, de tal forma que se aplicó la planeación interactiva donde se parte del pasado, se analiza el presente determinando su crisis, se proyecta el futuro, además de que se espera la participación de todos los integrantes de los medios.

Se trata de un plan operacional a corto plazo, direccional y frecuencia permanente, ya que las vigencias de los seguros son a un año en el cual ya se pueden contemplar resultados de la aplicación del modelo propuesto, direccional porque recrea la empresa que lo aplica y permanente por que su aplicación debe ser constante.

Como se mostró en los escenarios es muy importante cambiar la cultura del seguro y una forma de hacerlo es la aplicación del modelo propuesto, ya que como se mencionó anteriormente, en 10 años reduciría la siniestralidad de un 70% a un 50%.

FUENTES DE CONSULTA GENERAL

Libros:

1. Ackoff Russell L.
Cápsulas de Ackoff. Administración en pequeñas dosis.
Edit. Limusa, México D.F. 2002.
2. Ackoff Rusell L.
El Paradigma de Ackoff. Una Administración Sistemática.
Edit. Limusa , México D.F. 2002
3. Eco Humberto.
Como se hace una tesis. Técnicas y Procedimientos de investigación, estudio y escritura.
Edit. Gedisa 1977. Barcelona España.
4. Escalante Beatriz.
Curso de Redacción para escritores y periodistas.
Edit. Porrúa, 2002
5. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar
Metodología de la Investigación .
McGRAW-HILL, 1992.
6. John H. Magee,
El Seguro de Vida,
Edit. Hispano América, México, 1964.
7. Joseph B. Maclean.
EL SEGURO DE VIDA
Edit. Continental, Mexico 1985
8. Kees Van Der Heijden.
Escenarios. El arte de prevenir el futuro.
Edit. Panorama, México, D.F. 2000.
9. Leyes y Códigos de México, Seguros y Fianzas, vigésimo cuarta edición,
Edit. Porrúa, México, 1990
10. Lizárraga Gaudry Ignacio M.
Cápsulas para la Planificación.,
México, 2003.
11. Mendieta Alatorre Ángeles.
Tesis Profesionales.

Edit. Porrúa 1990. México.

12. Meyer Paul,
PROBABILIDAD Y APLICACIONES ESTADÍSTICAS.
Edit. Addison-Wesley Iberoamericana 1992. México, D.F.

13. Miklos Tomas
Las Decisiones Políticas. De la Planeación a la Acción.
Siglo XXI editores, 2001.

14. Planificación de la Empresa del Futuro.
Edit. Limusa, 2003.

15. Siliceo A. Alfonso. y González M. José Luis.
Pasión por el Futuro. Nueva planeación estratégica fundada en valores.
McGRAW-HILL, 2003.

16. Tiller John E., Jr FSA; Fagerberg Denise
Life, Health & Annuity Reinsurance., FSA 1990.

15. Planificación de la Empresa del Futuro.
Edit. Limusa, 2003.

17. Doezi Miguel
Diccionario de Sinónimos, antónimos y parónimos.
Libsa, Madrid 1995.

Tesis:

1. Bonilla Padilla Felix,
Estructura del Mercado de Seguros Privados de Gastos Médicos Mayores en México, ITAM, 1994
2. Huerta Ortega Laura M,
Medidas de Control para el Seguro de GMM Grupo.,
1996. Act. 314.
3. Lobato Ramírez Beatriz,
Diseño e implementación de “Células de trabajo” en el área comercial de beneficios para agilizar y facilitar la toma de decisiones.
2001.

4. Mejía Pailles Bárbara,
Análisis de la problemática de pérdidas financieras y alternativas de solución del Seguro Privado de GMM.
1995. Act. 206.
5. Mendoza Rosales Roberto,
Justificación de la creación y aplicación de un sistema de información de GMM.
2000. Act. 329.
6. Ravelo Lara Carlos,
Bases Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores,
UNAM 1999.
7. Sandoval Luna Liliana,
Diseño de un procedimiento para la obtención del costo máximo de los honorarios quirúrgicos en el ramo de Gastos Médicos Mayores en una Compañía de Seguros.
2002.
8. Zarate Ruiz,
Sistema de Cotizaciones de GMM Línea azul.
1996 Act. 212.

Revistas y periódicos:

1. Nota Técnica del Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo AMIS, 1989.
2. Revista Actualidad en Seguros y Fianzas, CNSF, 1991. Ma. Luisa Ambrosio González
3. Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México, Pedro Mejía Tapia, Documento de trabajo No. 28, CNSF, 1993
4. Aspectos Técnicos para la determinación de la Prima de Riesgos en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, CNSF.
5. Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, Fernando Solís Soberón, Documento de trabajo No. 25, CNSF, 1993
6. EstadisticAmis 1995,1996,1997,1998,1999,2000
7. Anuario Estadístico de la CNSF 1999.
8. EstadisticAmis ,2do trimestre 2001
9. Revista Examen de la Situación Económica de México No. 895, Julio 2000
10. Manual suscripción de Gastos Médicos Mayores de:
Seguros Génesis, Seguros Monterrey New York Life, Grupo Nacional Provincial.
11. ASTIN Bulletin. The Journal of the ASTIN and AFIR Sections of the International Actuarial Association. November 2000
12. Seguro de GMM, Siniestros Sin Sorpresas, Seguros Génesis, 1999.
13. Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas / marzo 2001
14. Periódico “El Asegurador” marzo 31 de 2001
15. Periódico “El Asegurador” julio 31 de 2001
16. Periódico “El Asegurador” octubre 15 de 2001
17. Apuntes personales de la Materia Seguro de Vida, Act. Miguel Angel Macías, 1991.

Glosario

Accidente: Se considera como accidente un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al asegurado ocasionándole daño(s) corporales. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el asegurado.

Accidente cubierto: Queda cubierta toda lesión corporal sufrida por el asegurado a consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la atención médica sea dentro de los primeros 10 días de ocurrido el accidente, fuera de este periodo se considerará como enfermedad.

Anestesiista: Honorarios profesionales del anestesiista con un máximo de 30% del costo de los honorarios quirúrgicos.

Coaseguro: Porcentaje aplicado al total de gastos cubiertos derivados de un padecimiento, después de aplicar el deducible. Dicho porcentaje quedará a cargo del asegurado y será aplicado en cada gasto. El porcentaje de coaseguro aparece en la carátula de la póliza.

Contratante: Persona física o moral, responsable ante la compañía de seguros de pagar la prima del Seguro.

Cuarto de hospital: Cuarto de hospital privado standard, alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.

Deducible: Limite inicial mínimo a cargo del asegurado por cada padecimiento. El seguro cubre los gastos procedentes a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza. El monto del deducible aparece en la carátula de la póliza.

Emergencia Médica: Cualquier evento que ponga en peligro la vida del asegurado y/o la viabilidad de cualquiera de sus órganos, siempre que éste sea imprevisto y que se requiera de atención médica inmediata.

Enfermeras: Honorarios de enfermera general y especial, con un máximo de tres turnos por día por cada accidente o enfermedad cubiertos.

Endoso: Documento que forma parte del Contrato modificando y/o adicionando sus condiciones.

Enfermedad: Se considera enfermedad cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedad cubierta: Quedará cubierta toda enfermedad cuyos síntomas o diagnóstico se presenten durante la vigencia de la póliza, excepto las específicamente excluidas en ella.

Enfermedad congénita: Padecimiento con que se nace o que se contrae en el útero.

Gastos médicos cubiertos: Aquellos gastos en los que incurre el asegurado para la atención de cualquier accidente ó enfermedad cubierta, por prescripción de un médico, los cuales sean estrictamente indispensables y necesarios para su atención ó tratamiento.

Honorarios Médicos: Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados.

Hospitalización: El termino hospitalización de acuerdo a Jonhn H. Magee, en su libro "El seguro de Vida" 1964, se refiere al uso de una Institución establecida conforme a la Ley, y que se dedica primordialmente a proporcionar una compensación a sus pacientes, las facilidades médicas de diagnóstico y quirúrgicas, para el cuidado y tratamiento de personas enfermas y lesionadas, sobre la base del enfermo de residencia en el hospital. El tiempo de estancia corre a partir del momento en que el asegurado ingresa como paciente interno a la Institución. Se requiere que sus facilidades estén bajo la supervisión de un cuerpo de doctores y que se proporcione servicio de enfermedades durante las veinticuatro horas del día. Están específicamente excluidas dentro de la definición de hospital las Instituciones que principalmente son casas de descanso, asilo de ancianos y las Instituciones que principalmente se dedican al cuidado y tratamiento de drogadictos, alcohólicos y enfermos psiquiátricos.

Límite de retención: también llamado pleno de retención, es la suma máxima que la compañía de seguros está dispuesta a liquidar por cuenta propia en algún siniestro que afecte a una póliza de seguro, es decir por lo que se hace responsable.

Medicamentos fuera del hospital y oxígeno: Se cubrirán los medicamentos y oxígeno fuera del hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la factura de la farmacia junto con la receta.

Operación Quirúrgica: Una operación quirúrgica, según obra citada anteriormente, se define como los siguientes procedimientos realizados por un médico autorizado: a) cortadura; b) sutura; c) corrección de fracturas; d) reducción de una dislocación; e) electrocauterización; f) paracentesis y otros determinados procedimientos que constituyen una cirugía mayor.

La cantidad que se liquide por este concepto incluye todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos, ayudantes y/o instrumentistas, bajo las condiciones establecidas en el catálogo correspondiente y hasta el límite establecido en la póliza.

Padecimiento: Es una alteración de la salud del asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico médico definitivo.

Pago Directo: Es el pago que realiza directamente la aseguradora al prestador de servicios por la atención médica de enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato.

Periodo al Descubierto: Tiempo durante el cual la póliza no se encuentra pagada. Empieza al día siguiente de haberse terminado el periodo de gracia 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 ese periodo, ni los gastos erogados en dicho periodo.

Periodo de Gracia: Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o recibo. El plazo máximo que tiene el asegurado para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción previamente pactada.

En este periodo no opera el pago directo. Las reclamaciones presentadas y aceptadas serán cubiertas por reembolso.

Póliza de Seguro: Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas de forma general, particular o especial, regula las relaciones contractuales convenidas entre la compañía de seguros y el asegurado o contratante.

Programación de Cirugías: Servicio otorgado al asegurado cuando la aseguradora confirma el pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

Reaseguro: Se considera como parte del riesgo que se cede a otra compañía de seguros o a una reaseguradora para poder cubrir toda la suma asegurada en caso de que ocurra un siniestro.

Reclamación: Procedimiento mediante el cual el asegurado tramita ante la aseguradora, el pago derivado de los gastos erogados a consecuencia de un padecimiento cubierto. La aceptación del trámite está sujeto a las condiciones y límites estipulados en el Contrato.

Reembolso: Pago de gastos erogados previamente por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por la póliza. La aseguradora reintegrará la suma que corresponda al propio asegurado o a la persona que éste designe.

Renovación: Expedición consecutiva de la póliza por un periodo igual, en las condiciones contractuales vigentes en el momento en que se inicia su nueva vigencia.

Reporte desde el Hospital: Cuando el asegurado informa a la aseguradora que ha sido ingresado a una clínica, hospital o sanatorio, a fin de que la aseguradora tome contacto directo con la Institución y dictamine si cubre ó no el evento.

Riesgo.- Tiene varios significados, pero en sentido económico, siempre involucra la idea de posibilidad de pérdida y la incertidumbre de su ocurrencia.

“Es un evento que no ha sucedido pero que tiene la posibilidad de ocurrir.”

Riesgo Puro.- En este tipo de riesgo se produce una pérdida pero nunca una ganancia. Ejemplo: La muerte, invalidez de una persona, la pérdida de una propiedad a causa de un incendio, inundación, etc.

La única clase de riesgos que son susceptibles de asegurar son los riesgos Puros.

Riesgo Especulativo: En este tipo de riesgo se puede producir una pérdida o una ganancia. Ejemplo: riesgos bursátiles.

Otras clasificaciones para los riesgos:

Riesgos Personales.- Son aquellos que amenazan la integridad física del individuo. Ejemplo: riesgo de la muerte, riesgo de una enfermedad.

Riesgo Real.- Amenazan la integridad física de las cosas. Ejemplo: Riesgo de chocar, de que me roben el coche. Es objeto de los Seguros de Daños.

Riesgo Patrimonial.- Son aquellos que amenazan el patrimonio del asegurado, sin que tenga que estar expuesta su persona o sus riesgos materiales.

Riesgo Constante.- Está siempre latente independientemente de que pueda realizarse con mayor o menor frecuencia. Ejemplo: Un incendio.

Riesgo Creciente.- Es aquel que se hace más probable con el transcurso del tiempo. Ejemplo: La muerte.

Riesgo Decreciente.- Es un riesgo que se hace menos probable con el transcurso del tiempo.

Riesgo Homogéneo.- Cuando la probabilidad de ocurrencia del evento, en base a su ocupación, es la misma para todos los miembros del grupo asegurado.

Riesgo Agravado.- Cuando la probabilidad de ocurrencia del evento es incrementado, ya sea por el tipo de ocupación, aficiones o estado de salud al momento de la contratación de la póliza.

Selección de Riesgos: Es el conjunto de operaciones que permite al asegurador aceptar los riesgos normales a la prima normal, separar para su correspondiente tarificación los riesgos gravados y reconocer los riesgos inasegurables.

Servicios de diagnóstico: Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, isótopos radiactivos por sintomatología previa

Siniestro: La ocurrencia de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

Suma Asegurada: Límite máximo de responsabilidad de la compañía de seguros por cada asegurado. Será la cantidad resultante de todas la erogaciones que se realicen por concepto de gastos cubiertos, durante la vigencia de la póliza o cláusula, con límite máximo estipulado para la póliza o cada una de las cláusulas.

Suministros del hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación y curación.

Suscripción: Análisis por parte de la compañía de seguros que permite el correcto aseguramiento, que garantice la suficiencia, equidad y consistencia de las Primas.

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

Terapias: Servicios de terapia física, radioactiva, fisioterapia.

Transfusiones: Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros y otras sustancias semejantes.

Vigencia: Periodo de validez del contrato. Sólo que se mencione expresamente otra duración, el contrato será valido por un año contado a partir de la fecha que aparece en la carátula de la póliza.

Visitas o consultas médicas: Los honorarios por visitas ó consultas médicas, cuando el asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico que no amerite intervención quirúrgica.

ANEXO A. Operación del Deducible

Operación del deducible: según Jonhn H. Magee en su libro "El Seguro de Vida"1964, las distintas compañías aplican el deducible de diferentes maneras:

- b) el plan de cada enfermedad;
- c) plan de cada individuo y
- d) plan de presupuesto familiar.

Con el tipo de *plan de cada enfermedad*, el deducible se aplica a cada incapacidad separada. Desde el punto de vista del asegurado hay una debilidad en el plan consistente en la posibilidad de que él podría sufrir dos o más incapacidades al mismo tiempo y estar obligado a satisfacer los requisitos del deducible con respecto a cada una.

Bajo el *plan de cada individuo* el deducible se cobra solamente una vez a un individuo dado, con respecto a todos los gastos elegibles incurridos dentro de un límite de tiempo especificado. Todos los desembolsos incurridos dentro de un periodo de tiempo definido, generalmente un año, están sujetos a un solo deducible, sin importar cuantas incapacidades estén involucradas.

El deducible de *presupuesto familiar* aplica un deducible para todos los miembros cubiertos de una familia particular, con respecto a todos los gastos incurridos dentro de un año de beneficio dado. Este plan se asienta en la suposición de que el encargado del sostén económico familiar pagará todas las cuentas, y consecuentemente, la mejor protección es proporcionada por el deducible del presupuesto familiar. Aunque esto puede ser, a fin de mantener los costos dentro de los límites razonables, se encontró que era necesario un deducible más alto. Este deducible más alto tuvo la tendencia de frustrar el propósito del deducible de presupuesto familiar. El plan de cada enfermedad parece ser actualmente el de más popularidad.

Otro ejemplo de diferentes criterios de aplicación de deducible y coaseguro:

Suma Asegurada:	\$1,000
Monto Reclamado del Siniestro:	\$1,500
Deducible:	\$100
Coaseguro:	10%

	TIPO A		TIPO B
(1o. Deducible, 2do. Coaseguro, 3ro. Suma Asegurada)			(1o. Suma Asegurada, 2do. Deducible, 3ro. Coaseguro)
Monto reclamado del Siniestro (Deducible)	1,500	Mínimo (1,500, 1,000)	1,000
	-100	(Deducible)	-100
	1,400		900
(Coaseguro 10%)	140	(Coaseguro 10%)	90
	1,260		90
Monto indemnizable : Mínimo (1,260, 1,000)	1,000	Monto indemnizable :	810

ANEXO B. Programas Nacionales de Seguro de Salud y Gastos Médicos en diferentes países

De acuerdo a la revista "Actualidad en Seguros y Fianzas" 1991 (Ma. Luisa Ambrosio González), publicada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se pueden agrupar, en general, los sistemas de cuidado médico de acuerdo a los siguientes tres modelos:

- (1) El modelo del Servicio Nacional de Salud, caracterizado por una cobertura universal, un impuesto para financiamiento general y de carácter nacional y control nacional de los factores de producción.
- (2) El modelo de Seguro Social caracterizado por una cobertura universal generalmente dentro del mecanismo de seguridad social, y financiada por el patrón y contribuciones individuales a través de fondos de seguros no lucrativos y por propietarios públicos o privados de los factores de producción.
- (3) El modelo de Seguro Privado caracterizado por una base patronal o una aportación individual financiada por las contribuciones de individuos o patrones y por propietarios de los factores de la producción.

En Canadá existe un sistema nacional de financiamiento por parte del gobierno. Los canadienses tienen la opción de elegir el doctor y el hospital. El programa se financia a través de impuestos generales y pequeños honorarios locales pagados directamente a los médicos de los servicios contratados. Toda la carga hospitalaria está cubierta.

En Dinamarca, cualquier persona recibe el cuidado médico por parte de un sistema médico a cargo del gobierno en el cual tanto doctores y hospitales participan. El sistema nacional, pagado a través de impuestos generales provee todos los servicios sin cargo alguno para el usuario, excepto algunos como son ciertas medicinas y cuidado dental. Los pacientes son asignados con doctores específicos.

En Francia se tiene un Seguro de Salud por parte del gobierno, financiado por contribuciones de seguridad social deducidas de los salarios. Las coberturas son prestadas por muchos hospitales y oficinas de doctores. Los médicos en la práctica privada reciben un conjunto de honorarios del gobierno pero también pueden cobrar honorarios adicionales al paciente. Los pacientes seleccionan su propio médico.

En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud, un sistema de cuidados a la salud organizado en forma nacional, provee servicios gratuitos a un 90% de la población del país. Financiado a través de impuestos generales, el programa cuenta con más de 25,000 médicos generales, 14,000 dentistas y tiene concertados a más de 2,000 hospitales para proveer cuidados médicos.

Por su parte Suiza, el sistema nacional de cuidados organiza tanto el servicio de los doctores como hospitales y es financiado a través de impuestos generales. Cualquier persona recibe estos servicios y cuidados libres de cargo, pero paga alguna porción de los

costos para medicinas y cuidado dental. Los pacientes pueden escoger sus propios médicos.

En Japón, el sistema es una mezcla de un Seguro Público y Privado. Cualquiera está cubierto por algún programa. En general los honorarios son controlados por el gobierno. Cerca de la mitad de la población esta cubierta por su trabajo, ellos contribuyen con 4% de su salario y la compañía contribuye con otro 4% para un programa administrado por el gobierno. El resto de la población paga una prima que financia un programa nacional de Seguro a la Salud.

En Alemania, aunque el sistema es esencialmente privado, existe una ley nacional que requiere que se cubra cerca del 90% de los alemanes por uno de muchos programas regulados por el Seguro de Salud. Muchos están cubiertos por su patrón. Los programas de Seguro negocian los servicios de salud con Asociaciones de médicos privados y Asociaciones no lucrativas o con hospitales comunitarios. Los pobres son asegurados bajo un programa de asistencia general.

En los Estados Unidos no existe un sistema de Seguro de Salud, excepto para los pobres, los cuales están cubiertos bajo programas estatales denominados Medicaid, pagados por impuestos estatales y federales, y los cuidados para gente de edad avanzada están cubiertos por Medicare, que es un programa de administración de seguridad social. Muchos americanos reciben Seguro Médico a través de su patrón, ya sea contribuyendo con la prima o recibiendo esto como parte de su compensación. Los servicios médicos están provistos de doctores individuales en oficinas privadas sobre la base de un servicio de honorarios o a través de organizaciones privadas. El número estimado de norteamericanos que carecen de un adecuado Seguro Médico es de aproximadamente 37 millones.

Un ejemplo de convergencia entre sistemas de cuidados a la salud públicos y privados puede ser visto en los llamados HMO (Health Maintenance Organizations) y DRG (Diagnosis under Medicare). Los HMO fueron creados por el gobierno de los Estados Unidos en 1970 para permitir un cierto grado de control sobre el libre mercado de cuidados médicos americano, un descubrimiento que formó parte de una estrategia para controlar los costos del cuidado médico conocida como competencia administrada. Los DRG también surgieron como un medio para controlar el costo del hospital.

PIB en Salud

<u>País</u>	<u>% PIB</u>
Reino Unido	6.1%
Japón	6.5%
Alemania	8.0%
EAU.	44.0%
México	5.1%

Periódico "El Asegurador" marzo 31 de 2001

ANEXO C. Formas de Administración

Registro de Altas y Bajas: El contratante se obliga a reportar a la compañía aseguradora los movimientos de altas, bajas y aumentos que afecten el Grupo o la Colectividad asegurada, enviando dicho reporte a más tardar dentro de los 30 días siguientes en que los citados movimientos se hayan realizado. En el caso de las personas que causen alta y que no den su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a la protección, su aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas médicas satisfactorias a juicio de la compañía aseguradora.

Si por la falta de aviso oportuno de los movimientos de bajas la compañía aseguradora hiciera cualquier pago de indemnización indebido, el contratante deberá reembolsar el importe correspondiente de dicho pago.

El ajuste en primas por movimientos se efectuará una sola vez al año, en cada renovación, de otra forma la labor administrativa en la póliza sería muy complicada, por los endosos a cobrar de las altas y las primas por devolver de las bajas por periodos exactos.

De acuerdo a lo anterior encontramos en el mercado dos formas administrativas para el registro de altas y bajas durante la vigencia de la póliza,

Administración detallada: Las altas y bajas se deberán comunicar dentro de los 30 días naturales a partir de que se generaron. El recibo ó nota de crédito correspondiente a la parte proporcional de la prima no devengada se expedirá desde la fecha del movimiento, considerando la forma de pago de la póliza, cobrándose meses exactos.

Autoadministrada: Tiene por objeto simplificar la administración de la póliza, en lo referente al reporte de altas y bajas para aquellas pólizas que tienen un volumen considerable de movimientos. De tal forma que el contratante tiene la obligación de reportar los movimientos en el momento en el que ocurran, enviando un listado dentro de los 30 días posteriores a la fecha del movimiento de las altas y bajas. Al final del año póliza se realiza el cálculo por ajuste de movimientos, en base a la cuota promedio del grupo y considerando que las altas y bajas se dieron a la mitad del año póliza.

Normalmente en este sistema de administración se debe de considerar un nivel de tolerancia de movimientos de asegurados, que en caso de excederlo se emite un endoso y un recibo considerando el saldo de dichos movimientos.

Si bien es cierto que actualmente se lleva en la mayoría de las pólizas el sistema autoadministrado, no significa que el sistema detallado no sea útil, ya que se debe de manejar el tipo de administración que mejor convenga dependiendo de las características del grupo asegurado.

ANEXO D. Cálculo de la Prima de Experiencia Global

El cálculo de la cotización para este tipo de pólizas se realiza sin considerar el importe de siniestralidad de la póliza en cuestión, únicamente se utilizan las primas de tarifa de experiencia global para el Seguro de GMM por rangos de edad y sexo, registradas ante la CNSF, vigentes al momento de la renovación y determinadas por estadísticas ^(a) de la cartera de la compañía de seguros.

Cálculo de la Prima de Tarifa Experiencia Global:

Para el cálculo de las primas de Tarifas de Experiencia Global de cualquier compañía de seguros, primero se calcula la prima de riesgo que no considera gastos, comisiones y utilidades; se toma en cuenta su información estadística que se compone fundamentalmente de dos elementos:

- b) La morbilidad, que es la probabilidad de que un hombre o una mujer se enfermen de acuerdo a su edad. Basada en factores biológicos, demográficos y culturales;
- c) Estimación de montos probables de reclamaciones en tiempos futuros. Basado en factores financieros, donde la inflación juega un papel muy importante ya que el efecto inflacionario afecta directamente los resultados técnicos de la compañía de seguros.

Una forma de calcular la prima de tarifa es la siguiente:

$$PT_{(x,x+5)} = \frac{m_{(x,x+5)} \cdot mpp_{(x,x+5)} + g_f}{1 - c - g - u}$$

Donde:

x	Edad del asegurado
$PT_{(x,x+5)}$	Prima de Tarifa del quinquenio $(x,x+5)$
$m_{(x,x+5)}$	Morbilidad del quinquenio $(x,x+5)$
$mpp_{(x,x+5)}$	Monto pagado promedio del quinquenio $(x,x+5)$
c	Comisión máxima al agente y/o promotor
g	Gastos de administración de la compañía
g_f	Gastos fijos
u	Utilidad de la compañía.

Por lo regular la prima de tarifa anualmente se revisa en cada compañía de seguros con base a los resultados técnicos y se debe de incrementar y actualizar conforme a los mismos, de tal forma que dicha prima sea suficiente, equitativa y consistente.

(a) Estadísticas que comprenden la siniestralidad de todas las pólizas de la cartera registradas como Experiencia Global.

Fórmula General de Cotización Experiencia Global:

$$\text{Prima Total} = \sum_{i=(0-19)}^{(65-69)} P_{xGi} \cdot F_{sa} \cdot F_d \cdot F_c \cdot F_{HQ} \cdot F_{EE} + \sum_{i=(0-19)}^{(20-24)} P_{d_{epi}} \cdot F_{cf} + P_{cl} + P_{cd}$$

Donde:

P_{xGi}	Prima de tarifa de grupo por quinquenio y sexo
F_{sa}	Factor de suma asegurada
F_d	Factor de deducible
F_c	Factor de coaseguro
F_{HQ}	Factor de Honorarios Quirúrgicos
F_{EE}	Factor de Emergencia en el Extranjero (EE) ó Cobertura en el Extranjero (CE)
$P_{d_{epi}}$	Prima de los dependientes
F_{cf}	Factor de continuación familiar (%)
P_{cl}	Prima de cobertura de lentes
P_{cd}	Prima de cobertura dental

y:

$$P_{cl} = F_{cl} \cdot 1 \text{ SMGM} \cdot n_x$$

$$P_{cd} = C_{cd} \cdot n_x$$

F_{cl}	Factor de Cobertura de Lentes (%)
n_x	Número de asegurados
C_{cd}	Costo de cobertura dental

Prima de Tarifa de Experiencia Global por rangos de edad y sexo:

Podemos observar que siempre el Seguro de Grupo es más barato que el Seguro Colectivo. Estadísticamente las mujeres se enferman más que los hombres, por lo tanto, las tarifas de las mujeres del Seguro de GMM son más caras que las de los hombres.

Seguro de Grupo (b)		
Edad	Tarifas	
	Hombres	Mujeres
0-19	1,022	1,022
20-24	1,143	1,987
25-29	1,256	2,207
30-34	1,436	2,495
35-39	1,699	2,860
40-44	2,068	3,303
45-49	2,572	3,836
50-54	3,220	4,462
55-59	4,048	5,189
60-64	5,335	6,309
*65-69	6,941	6,941
*solo renovaciones		

Seguro de Colectivo (b)		
Edad	Tarifas	
	Hombres	Mujeres
0-19	1,276	1,276
20-24	1,715	2,484
25-29	1,881	2,759
30-34	2,153	3,119
35-39	2,549	3,573
40-44	3,103	4,129
45-49	3,857	4,797
50-54	4,829	5,578
55-59	6,073	6,485
60-64	8,001	8,001
*65-69	10,413	10,413
*solo renovaciones		

Las primas son para un “plan base” con una suma asegurada, deducible y coaseguro específicos y únicamente se aplican diferentes factores dependiendo de la cobertura deseada del contratante, de esta forma se tienen “n” modalidades de planes de acuerdo a las necesidades de los clientes.

La suma asegurada y deducible están expresados en SMGM. El factor de la suma asegurada aumenta conforme aumenta la misma y el factor de deducible y del coaseguro disminuyen conforme aumentan los mismos.

Se manejan actualmente en el mercado dos tipos de pagos de Honorarios Quirúrgicos: Limitado que es en base a un Catálogo y el de Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) más adelante explicado. En el plan limitado es más barato y se calcula con base al conocimiento estadístico de la cartera de la aseguradora.

La Emergencia en el Extranjero zona C, la más común, se cobra para Grupo un 5% más de la prima básica y para Colectivo un 10% más de la misma.

Mientras que la Cobertura en el Extranjero para la misma zona se cobra para Grupo un 75% más y para Colectivo el doble de la prima básica.

(b) Se presentan las registradas en la Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989, haciendo el cambio en los valores de N\$ a \$, i.e. dividiendo entre 100.

Suma Asegurada (SMGM)	Factor (19)
20	0.890
40	1.000
50	1.030
60	1.060
75	1.100
100	1.140
125	1.170
150	1.200
200	1.240
225	1.260
250	1.280
275	1.290
300	1.310
325	1.320
350	1.330
375	1.340
400	1.350
450	1.370
500	1.380
600	1.410
700	1.440
800	1.460
1000	1.490

Deducible (SMGM)	Factor (19)
0.40	1.100
0.45	1.080
0.50	1.060
0.55	1.040
0.60	1.020
0.65	1.000
0.70	0.980
0.75	0.970
0.80	0.960
0.85	0.940
0.90	0.930
0.95	0.920
1.00	0.910
1.10	0.890
1.20	0.870
1.30	0.850
1.40	0.830
1.50	0.820
1.60	0.810
1.70	0.790
1.80	0.780
1.90	0.770
2.00	0.760
2.50	0.710
3.00	0.670
4.00	0.610

Coaseguro	Factor (19)
5%	1.19
10%	1.13
15%	1.06
20%	1.00
25%	0.94
30%	0.88
35%	0.81
40%	0.75

Honorarios Quirúrgicos	
Limitado	0.80
G.U.A.	1.00

Emergencia en el Extranjero		
Zona	Grupo	Colectivo
A	0.25	0.30
B	0.10	0.20
C	0.05	0.10

Cobertura en el Extranjero		
Zona	Grupo(c)	Colectivo(c)
A	5.70	6.00
B	3.00	4.00
C	1.75	3.00

Para las coberturas especiales podemos poner como ejemplo lo siguiente:

Prexistencia (a partir de 150 titulares)	1.20
Continuación Familiar	4% de la prima total de los dependientes economicos
Cobertura de Lentes	0.15 SMGM

Cobertura Dental	Plan 1	Plan 2
Deducible	\$300	Sin deducible
Co-pago	20%	20%
Prima de Tarifa	\$300	\$402

A continuación se da un ejemplo de cotización para una póliza de Experiencia Global, de acuerdo a la tarifa básica que maneja la Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989.

(c) Mismos factores que maneja La Nota Técnica del Seguro de GMM Grupo y Colectivo de la AMIS, 1989

ANEXO E. Procedimiento de reclamaciones.

Pago directo

Cuando la compañía de seguros recibe la solicitud del servicio una vez que el asegurado se encuentra en el hospital, este caso sólo opera en internamientos mayores a 24 horas.

Procedimiento:

- 1) Al llegar al hospital el asegurado debe acudir al departamento de admisión e identificarse como asegurado, con su tarjeta de la compañía de seguros.
- 2) Tener disponible en la habitación una identificación del paciente con fotografía además de su tarjeta de identificación de la compañía de seguros.
- 3) Verificar en el departamento de admisión si efectivamente se reportó a la compañía de seguros el ingreso del paciente al hospital.
- 4) Si la causa del internamiento es por cirugía de nariz, fracturas o cirugía de mama, los estudios de gabinete (radiográficos, ultrasonografía y mastografía) deben permanecer en la habitación.
- 5) En un lapso no mayor a 24 horas un médico dictaminador de la compañía de seguros asiste a valorar el caso, si está cubierto por la póliza, entrega autorización de pago directo, indicando los cargos que corresponden al asegurado: gastos personales, deducible y coaseguro (si no se eximen), honorarios médicos (si es que el médico no acepta el procedimiento, posteriormente se tramitan por reembolso).

Cirugía Programada

Cuando el asegurado realiza ante la compañía de seguros, trámites en forma anticipada para obtener la carta autorización de pago directo (carta pase) y opera aún en caso de cirugía de corta estancia (menos de 24 horas de hospitalización).

Procedimiento:

Una vez realizada una valoración médica, mínima que determina la necesidad de una intervención quirúrgica:

- 1) El asegurado debe solicitar a su médico que requisiere completamente el Informe Médico (formato de la compañía de seguros).
- 2) Solicitarle un presupuesto de sus honorarios, ya que como asegurado tiene que presentarlo ante la compañía de seguros.
- 3) El asegurado debe requisitar el Aviso de Accidente o Enfermedad (formato de la compañía de seguros).
- 4) Elegir junto con su médico el hospital en convenio en donde será atendido.
- 5) Anexar todo lo anterior, más los estudios de laboratorio o gabinete realizados que sirvieron para llegar al diagnóstico así como la interpretación de los mismos.

- 6) La documentación se entrega dentro de la empresa contratante, al responsable de la administración de la póliza, usualmente con un mínimo de 10 días hábiles de anticipación a su tratamiento, asegurándose de que llegue a la compañía de seguros mínimo con 5 días antes de su internamiento.
- 7) Por esa misma vía, antes de la cirugía, el asegurado recibe carta autorización, asegurando el pago de los servicios que procedan.

Reembolso

Este sistema se utiliza cuando el asegurado ha liquidado por su cuenta los gastos por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta. Todas las consultas, análisis, medicamentos, etc. que no se refieren directamente a una intervención quirúrgica o atención de cuidados intensivos en un hospital, se manejan bajo este sistema.

En este caso la compañía de seguros reintegrará al titular de la póliza el importe de los gastos que procedan, menos los descuentos (coaseguro, deducible, etc.) aplicables.

Procedimiento:

- 1) El asegurado debe recabar todos sus comprobantes de gastos erogados como son: honorarios médicos, hospitalización, estudios de laboratorio o gabinete y medicamentos (acompañados de la receta). Estos comprobantes deben presentarse en original, cumplir con todos los requisitos fiscales correspondientes y deben ser a nombre del asegurado titular.
- 2) Solicitar a cada médico tratante que requisiere el Informe Médico (formato de la compañía de seguros).
- 3) Requisitar el Aviso de Accidente o Enfermedad (formato de la compañía de seguros).
- 4) Anexar todo lo anterior, más los estudios de laboratorio o gabinete realizados que sirvieron para llegar al diagnóstico así como la interpretación de los mismos.
- 5) La documentación se entrega dentro de la empresa contratante al responsable de la administración de la póliza,
- 6) Por esa misma vía, el asegurado titular recibe cheque por el importe de los gastos presentados que procedan, con las deducciones respectivas, por concepto de deducible y coaseguro.

ANEXO F. Clasificación de Enfermedades

Clasificación utilizada en el SESA mexicano

Especialidad	Causa
Cirugía Abdominal y Gástrica	Apendicitis Colecistitis Aguda Hernia Inguinal Gastroenteritis Infecciosa Úlcera Gástrica Hernia Hiatal Diafragmática Colelitiasis Gastritis Aguda
Proctología	Hemorroides
Endocrinología	Diabetes Mellitus
Neumología	Neumonía
Urología	Cistitis (infección vías urinarias) Hipertrofia Prostática Litiasis Uretral Litiasis Renal
Cardiovascular	Infarto al Miocardio
Otorrinolaringología	FX nasal Adenoamigdalitis Sinusitis Otitis
Ortopedia y Traumatología	Politraumatizado Lumbalgias postraumático Lesiones en disco intervertebral Lesión ligamentos rodilla Artropatías
Ginecología	Miomatosis Uterina Quistes de ovario Mastopatía Fibroquística y Tumores Benignos Embarazo Cesárea
Oncología	Cáncer Mamario Cáncer Prostático Cáncer Pancreático
SIDA	SIDA
Otras Enfermedades	Otras Enfermedades
Accidentes	Accidentes de Tránsito Envenenamientos por drogas y medicamentos Otros envenenamientos Otros accidentes

Clasificación utilizada en Estados Unidos de América

ICD8	DESCRIPTION	GROUP	ICD8	DESCRIPTION	GROUP
1	Typhoid, other salmonela infections	3	37	Venous thrombosis and embolism	3
2	Bacillary dysentery and amoebiasis	3	38	Other diseases of the circulatory system	4
3	Enteritis and other diarrhoeal	3	39	Acute respiratory infections	3
4	Tuberculosis of respirator system	3	40	Influenza	3
5	Other tuberculosis, including late effects	3	41	Pneumonia	3
6	Brucellosis	3	42	Bronchitis, emphysema and asthma	3
7	Diphtheria	3	43	Hypertrophy of tonsils and adenoids	3
8	Whooping Cough	3	44	Pneumoconioses and related diseases	3
9	Streptococcal sore throat and scarlet fever	3	45	Other diseases of the respiratory system	3
10	Smallpox	3	46	Diseases of teeth and supporting structures	4
11	Measles	3	47	Peptic ulcer	4
12	Viral Encephalitis	3	48	Appendicitis	4
13	Infectious hepatitis	3	49	Intestinal Obstruction and Hernia	4
14	Typhus and other rickettsioses	3	50	Cholelithiasis and cholecystitis	4
15	Malaria	3	51	Other diseases of the digestive system	4
16	Syphilis and its sequelae	3	52	Nephritis and Nephrosis	4
17	Gonococcal infectios	3	53	Calculus of the urinary system	4
18	Helminthiasis	3	54	Hyperplasia of prostate	4
19	All other infective and parasitic diseases	3	55	Other diseases of thegenito-urinary system	4
20	Malignant neoplasms	4	56	Abortion	4
21	Benign neoplasms	4	57	Other complications of pregnancy, childbirth	4
22	Thyrotoxicosis with or without goiter	4	58	Delivery without mention of complication	4
23	Diabetes mellitus	4	59	Infections of skin and subcutaneous tissue	3
24	Avitaminoses and other nutritional deficiency	4	60	Other diseases of skin and subcutaneous tissue	4
25	Other endocrine and metabolic diseases	4	61	Arthritis and spondylitis	4
26	Anaemias	4	62	Other diseases of the musculoskeletal system	1
27	Psychoses and non-psychotic mental disorders	2	63	Congenital anomalies	4
28	Inflamatory disesses of the eye	4	64	Certain causes of perinatal morbidity	4
29	Cataract	4	65	Other specified and ill-defined diseases	4
30	Otitis media and mastoiditis	4	66	Road transport accidents	5
31	Other diseases of nervous system	2	67	All other accidents	5
32	Active rheumatic heart disease	4	68	Attempted Suicide and self-inflicted injures	5
33	Chronic rheumatic heart disease	4	69	Attempted homicide-injury by other persons	5
34	Hypertensive disease	4	70	All other external causes	5
35	Ischaemic hert disease	4	76	Myalgic Enceph.(Chronic Fatigue Syndrome)	2
36	Cerebrovascular disease	4	77	Aids and HIV	NA

ANEXO G. PRIMAS VS. PIB A NIVEL INTERNACIONAL

En la vida actual, sobre todo en las grandes urbes como México se hace cada vez mas necesaria la previsión de las eventualidades, objetivo específico de las compañías de seguros.

En general, la cultura del seguro y el sano desarrollo del mismo es una base importante para la modernización de México.

Con la finalidad de ubicar la dimensión del sector asegurador de México a nivel internacional se presenta el siguiente cuadro de Primas v.s. Producto interno bruto para el año de 1999:

POSICION	PAIS	PRIMAS V.S. PIB (%)	POSICION	PAIS	PRIMAS V.S. PIB (%)
1	Sudáfrica	16.54	15	Alemania	6.52
2	Gran Bretaña	13.35	16	Canadá	6.49
3	Suiza	12.84	17	Dinamarca	6.33
4	Corea del Sur	11.28	18	Portugal	6.29
5	Japón	11.17	19	Israel	6.14
6	Irlanda	9.83	20	España	5.71
7	Australia	9.82	21	Italia	5.68
8	Países Bajos	9.65	22	Austria	5.55
9	Finlandia	8.88	23	Noruega	4.64
10	Estados Unidos	8.55	24	Singapur	4.28
11	Francia	8.52	25	Chile	3.78
12	Bélgica	7.43	26	Brasil	2.01
13	Taiwán	6.91	27	México	1.68
14	Suecia	6.88			

Fuente: Informe Sigma 2000 Swiss Re (Mayo 2001)

Este cuadro representa la penetración de los Seguros en la economía de los países a nivel internacional en donde se puede apreciar que México ocupa un 27avo lugar con apenas un 1.68% de primas de seguros v.s. producto interno bruto y a nivel latinoamericano México ocupa un noveno lugar.

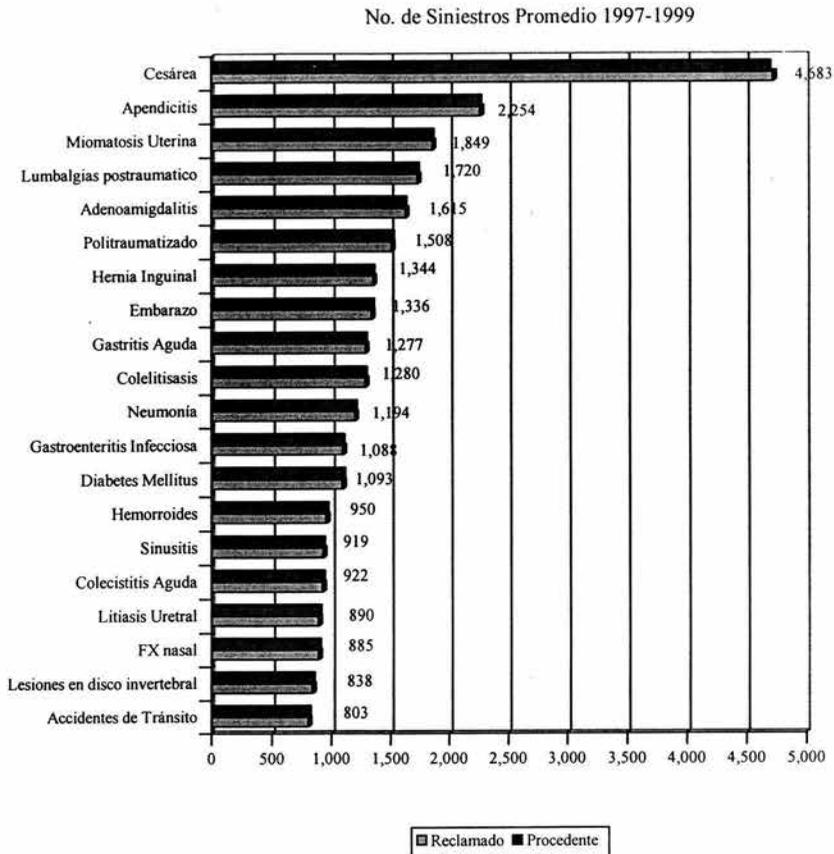
PRIMAS VS. PIB A NIVEL LATINOAMERICANO

POSICION	PAIS	PRIMAS V.S PIB(%)
1	Panamá	3.83
2	Chile	3.78
3	Argentina	2.30
4	Colombia	2.21
5	Brasil	2.01
6	Uruguay	1.86
7	Venezuela	1.85
8	Costa Rica	1.84
9	México	1.68
10	Ecuador	1.45
11	El Salvador	1.41
12	Perú	1.09
13	Guatemala	0.93

Fuente: Informe Sigma 2000 Swiss Re (Mayo 2001)

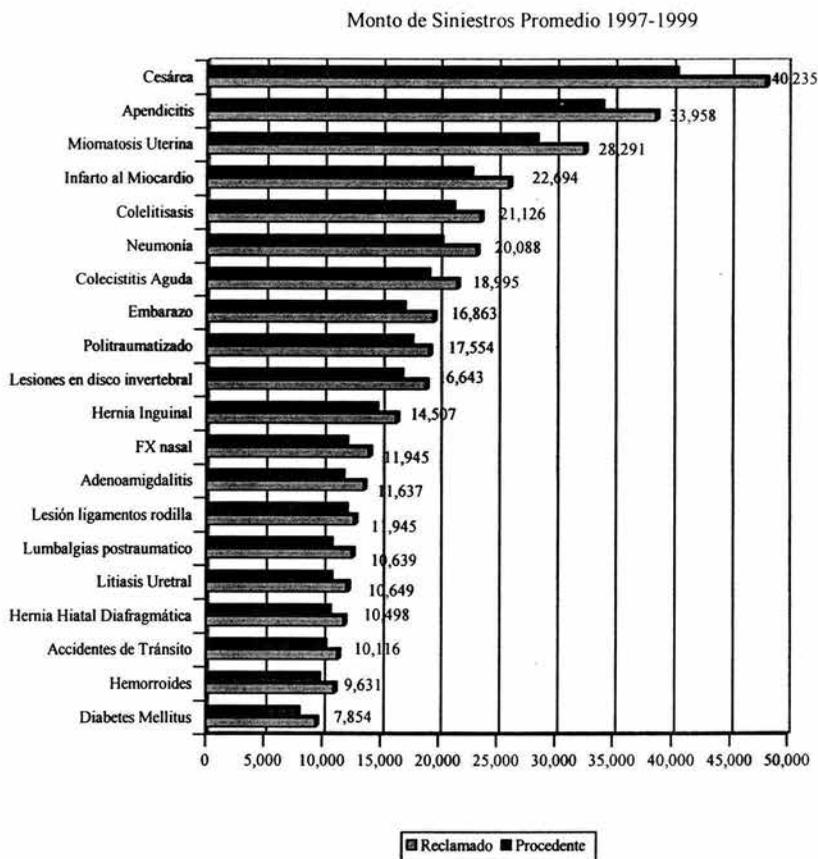
ANEXO H. ESTADISTICAS SUGERIDAS

Enfermedades con mayor frecuencia son:



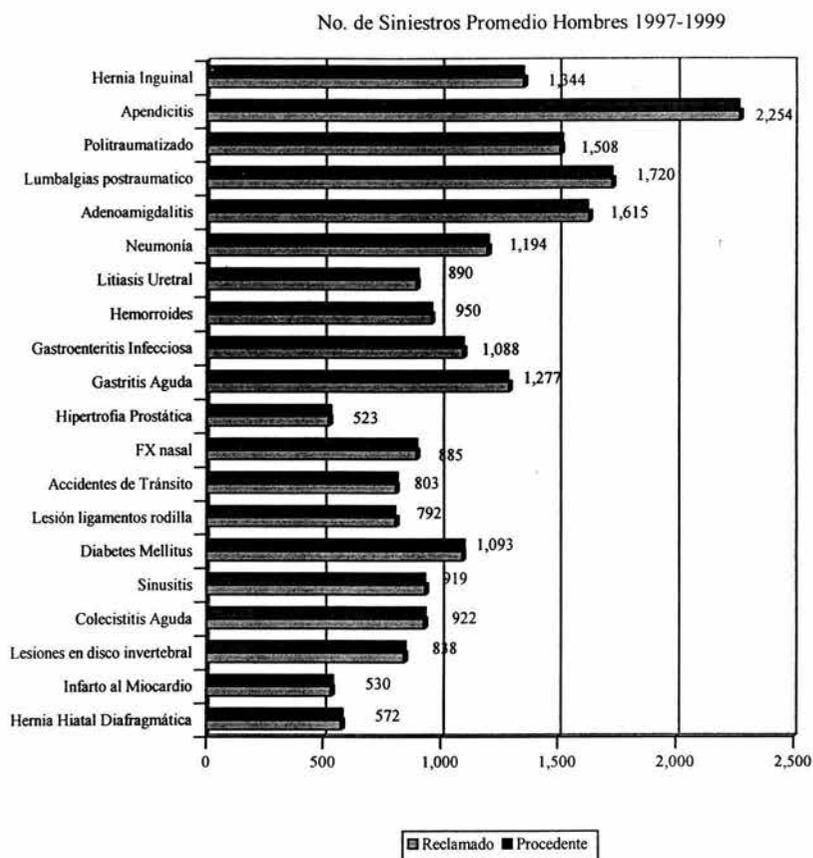
Fuente: EstadísticaAmis 1997,1998,1999 cifras en miles, cifras procedentes presentadas

Las enfermedades con mayor monto son:



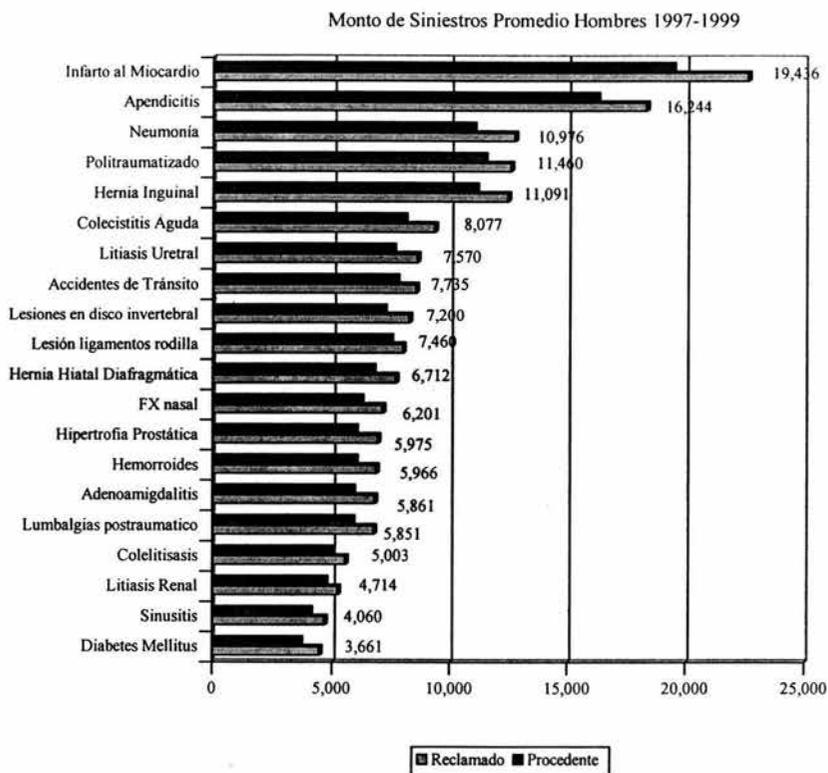
Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 Cifras en miles de pesos, cifras procedentes presentadas.

Las enfermedades de los hombres con mayor frecuencia son:



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 cifras en miles, cifras procedentes presentadas.

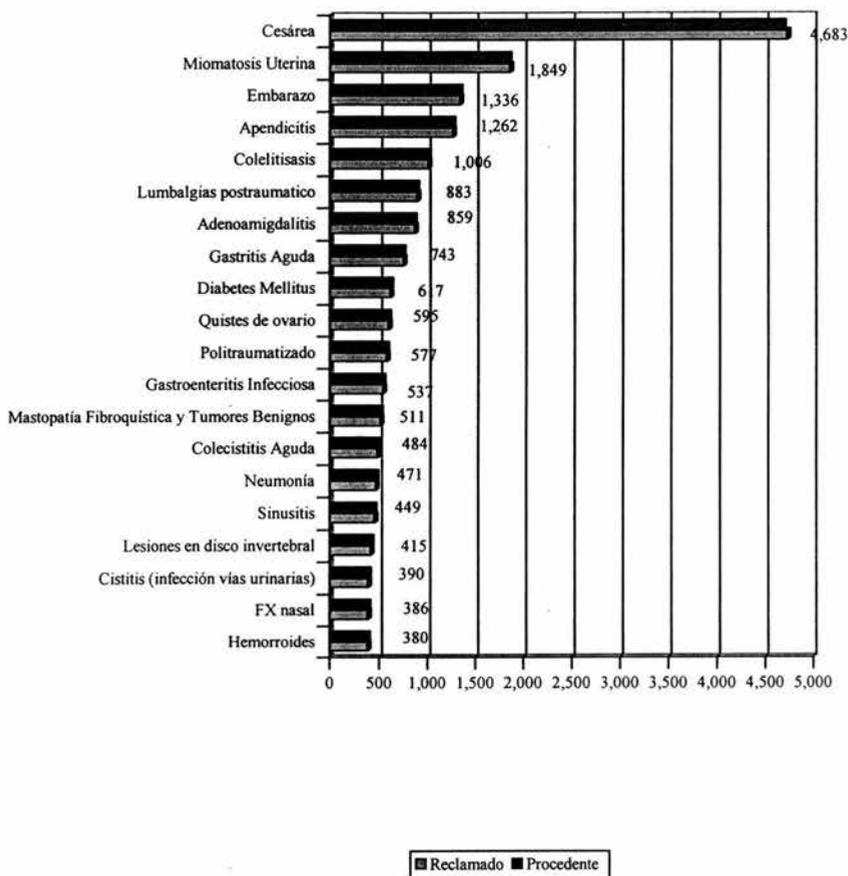
Las enfermedades de los hombres con mayor monto son:



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 cifras en miles de pesos, cifras procedentes presentadas.

Las enfermedades de las mujeres con mayor frecuencia son:

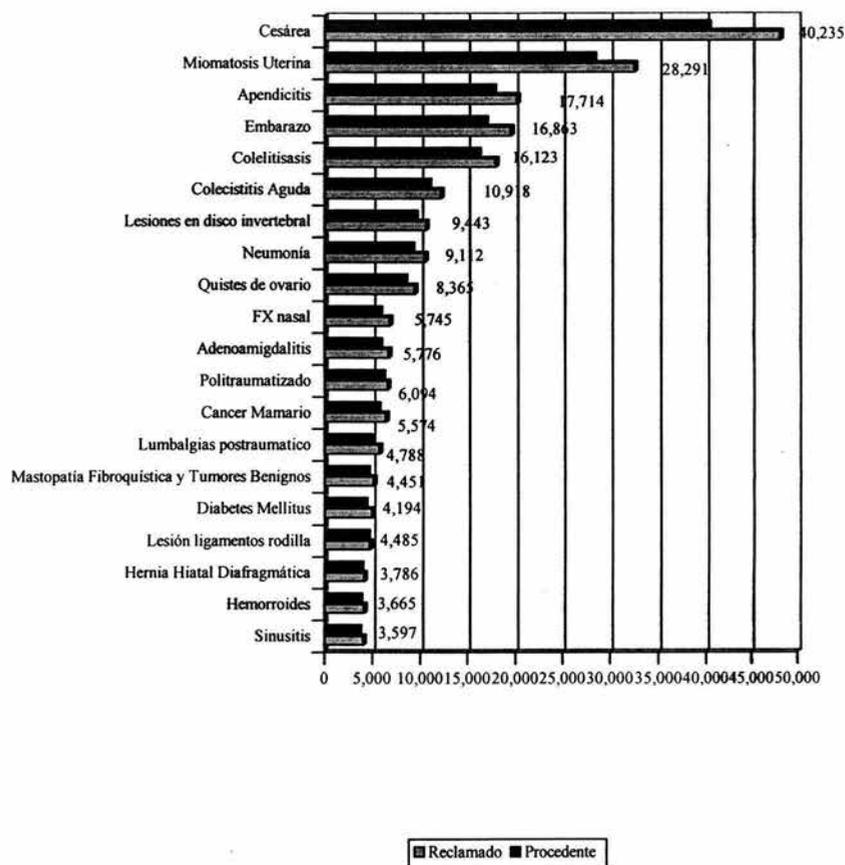
No. de Siniestros Promedio Mujeres 1997-1999



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 Cifras en miles, cifras procedentes presentadas.

Las enfermedades de las mujeres con mayor monto son:

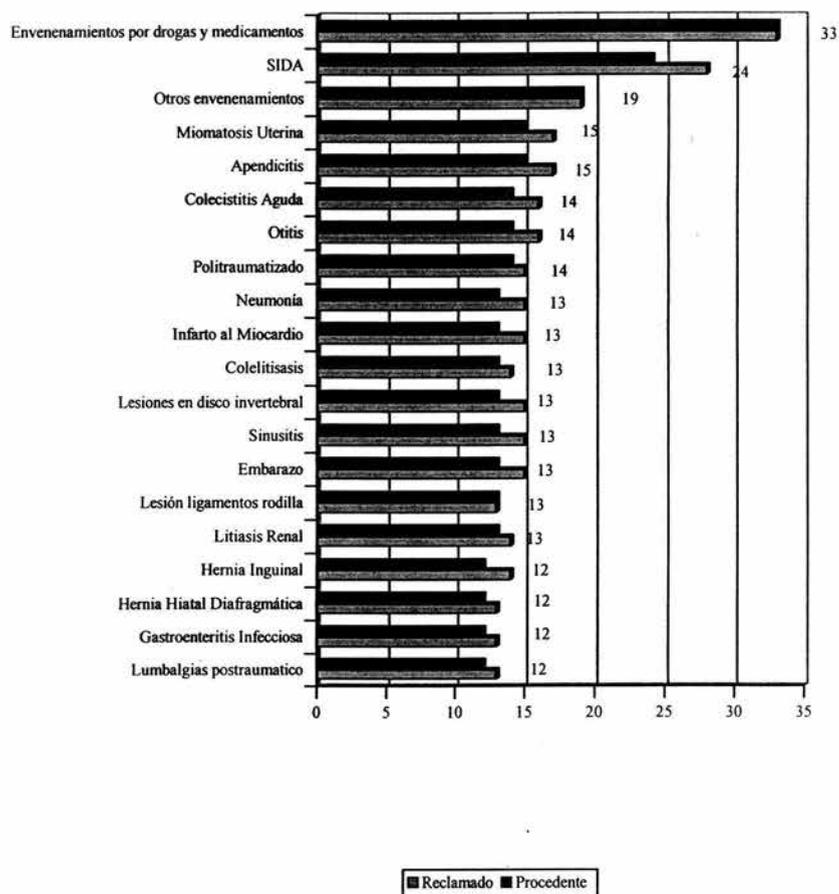
Monto de Siniestros Promedio Mujeres 1997-1999



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 cifras en miles de pesos, cifras procedentes presentadas.

De la EstadisticAmis las reclamaciones con mayor severidad son:

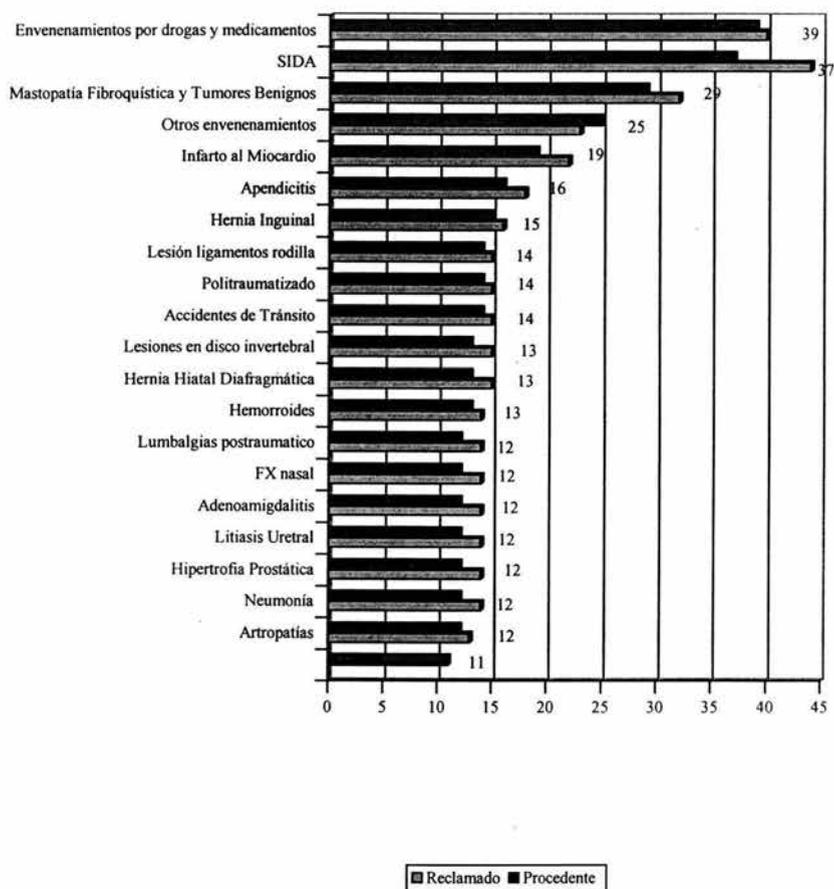
Reclamaciones con mayor severidad 1997-1999



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 Cifras en miles de pesos, cifras procedentes presentadas.

Las reclamaciones más severas en los hombres son:

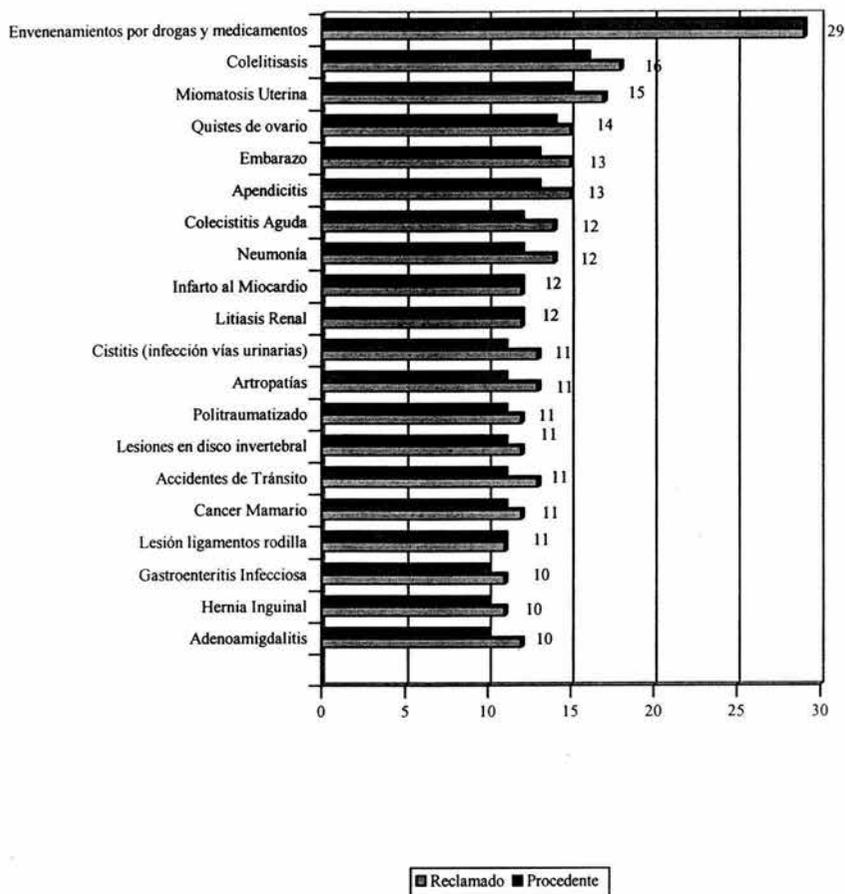
Reclamaciones más severas en los hombres 1997-1999



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 Cifras en miles de pesos, cifras procedentes presentadas.

Las reclamaciones más severas en las mujeres son:

Reclamaciones más severas en las mujeres 1997-1999



Fuente: EstadisticAmis 1997,1998,1999 cifras en miles de pesos, cifras procedentes presentadas.

ANEXO I. PRODUCTO INTERNO BRUTO

Año/year	PIB real/real GDP (M\$ de 1993)	Var. % real
1981	1029482	8.5
1982	1024120	-0.5
1983	988415	-3.5
1984	1022128	3.4
1985	1044489	2.2
1986	1012330	-3.1
1987	1029767	1.7
1988	1042066	1.3
1989	1085815	4.2
1990	1140848	5.1
1991	1189017	4.2
1992	1232162	3.6
1993	1256196	2.0
1994	1311661	4.4
1995	1230771	-6.2
1996	1294197	5.2
1997	1381839	6.8
1998	1451351	5.0
1999	1503930	3.6
2000	1602543	6.6
2001	1599787	-0.2
2002	1611667	0.9

Fuente/Source: Elaborado por la Dirección General de Planeación Hacendaria, con base en cifras del INEGI.
NOTA: De 1981 a 1987 y para 2002 comprende cálculos trimestrales del PIB, y de 1988 a 2001 el cálculo es anual.