



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

*ANÁLISIS DEL SEGURO DE ACCIDENTES Y
ENFERMEDADES EN MÉXICO*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIA

P R E S E N T A:

JAZMÍN SOTO ABRAHAM

DIRECTORA DE TESIS: ACT. BENIGNA CUEVAS PINZÓN



FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM

2006



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.

Hoja de Datos del Jurado

1. Datos del alumno.

Soto
Abraham
Jazmín
56-56-36-30
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Carrera: Actuaría
08835945-6

2. Datos del tutor.

Act.
Benigna
Cuevas
Pinzón

3. Datos del sinodal 1

Act.
Laura Miriam
Querol
Gonzalez

4. Datos del sinodal 2

Act.
Mónica
Ravelo
Gonzalez

5. Datos del sinodal 3

Act.
Alejandro
Carrillo
Nolazco

6. Datos del sinodal 4

Act.
Hortensia
Cano
Granados

3. Datos del trabajo escrito.

Análisis del seguro de Accidentes y Enfermedades en México

93 páginas

2006

Agradecimientos

A mis Padres: Por su apoyo incondicional y amor que me brindaron siempre

A mi Esposo: Gracias por tu motivación, amor y entusiasmo para lograr terminar este trabajo.

A mis hermanos

A mis Amigos

A mi Directora de Tesis: Gracias por tus asesorías en la realización de este trabajo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
<i>I. Desarrollo histórico</i>	7
1.1 Del seguro	7
1.2 Del seguro de accidentes y enfermedades	11
<i>II. Características Generales de los Seguros de Accidentes y Enfermedades</i>	14
Objeto de la cobertura del seguro de Accidentes y Enfermedades	14
2.1 Seguro de Accidentes Personales	16
2.1.1 Definición	16
2.1.2 Principales Planes	16
2.1.2.1 Accidentes Personales	16
2.1.2.2 Accidentes a corto plazo	16
2.1.2.3 Accidentes Escolares	16
2.1.3 Definición de Coberturas	16
2.1.3.1 Muerte Accidental	16
2.1.3.2 Pérdidas de orgánicas	17
2.1.3.3 Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial por Accidente	18
2.1.3.4 Reembolso de Gastos médicos por Accidente	18
2.2 Seguro de gastos médicos mayores	19
2.2.1 Definición	19
2.2.2 Características Generales	19
2.2.2.1 Contrato	19
2.2.2.2 Vigencia	20
2.2.2.3 Cobertura Básica y Coberturas Adicionales o Anexos	20
2.2.2.4 Suma Asegurada o Beneficio Máximo	20

2.2.2.5 Modalidades del Deducible	21
2.2.2.6 Modalidades del Coaseguro	21
2.2.2.7 Territorialidad	22
2.2.2.8 Edades de Aceptación	22
2.2.2.9 Opciones de Contratación	22
2.2.2.10 Periodo de Espera	24
2.2.3 Principales Gastos Cubiertos	24
2.2.4 Principales Gastos no Cubiertos o Exclusiones	26
2.2.5 Gastos Cubiertos con límites distintos a la suma asegurada	27
2.2.6 Cobertura de Urgencia Médica en el Extranjero	28
2.2.7 Cobertura de Ambulancia Terrestre y Aérea	28
2.2.8 Cobertura en el Extranjero	29
2.2.9 Diferencia en Condiciones de Cobertura entre Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar y Grupo	30
2.2.2.10 Aspectos que son importantes conocer de una póliza de Gastos Médicos Mayores.	32
2.3 Seguro de Salud	34
2.3.1 Definición	34
2.3.2 Formas de Aplicación	35
2.3.3 Tipos de Coberturas de Salud	35
2.3.4 Principales Gastos Cubiertos	36
2.3.5 Principales Gastos no Cubiertos o Exclusiones	38

III. Normas y Políticas de Suscripción, selección de riesgos, Cotización y pago de siniestros

3.1 Normas y Políticas de Suscripción, selección de riesgos y cotización	40
3.1.1 Introducción	40
3.1.2 Definición de Selección de Riesgos	41
3.1.3 Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar	41
3.1.3.1 Suscripción de Riesgos	41
3.1.3.2 Cotización	42
3.1.4 Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo	43
3.1.4.1 Definición y Clasificación de Grupo y Colectivo	43
3.1.4.2 Cotizaciones	45
3.1.4.3 Dividendos o Participación de Utilidades.	46
3.1.4.4 Negocios de Cash – Flow	47
3.1.4.5 Negocios con Esquema de Prima Mínima.	49
3.1.5 Accidentes Personales	49
3.1.5.1 Suscripción de Riesgos	49
3.1.5.2 Cotización	52

3.2 Pago de Siniestros	52
3.2.1 Sistemas de pago	52
3.2.1.1 Sistemas de pago Directo o crédito Hospitalario	52
3.2.1.2 Sistemas de pago por Reembolso	52
3.2.2 Red de prestadores de servicios (médicos y hospitales en Convenio)	54
3.2.3 Tabla o Catálogo de honorarios quirúrgicos	54

IV. Comportamiento financiero y Estadísticas del seguro de accidentes y enfermedades en las cías de seguros 57

4.1.1 El mercado de Gastos Médicos Mayores en México.	57
4.1.2. Análisis de la problemática del seguro de Gastos Médicos Mayores en México.	60
4.2.1. Estadística por población por entidad federativa	65
4.2.2. Estadística por comportamiento del Seguro de Accidentes y Enfermedades	66
4.2.3. Estadística por su penetración por entidad federativa	67

V. Bases de cálculo – Desarrollo de los productos de Accidentes y Enfermedades 69

5.1 Desarrollo de los productos de Gastos Médicos Mayores y Salud	69
5.1.1 Metodologías más comunes al desarrollar un producto	69
5.1.1.1 Tarificación Ajustada por edad y sexo (Adjusted Community Rating)	69
5.1.1.2 Tarificación General (Standard Community Rating)	78
5.1.1.3 Tarificación General (Experiencie Rating)	81
5.2 Siniestros Ocurredos no reportados (IBNR)	83
5.2.1 Definición de IBNR	83
5.2.2 Cuáles son los beneficios del establecimiento de IBNR'S	83

CONCLUSIONES	85
---------------------	----

<i>Glosario</i>	87
------------------------	----

- 1 Accidente
- 2 Enfermedad
- 3 Deducible
- 4 Coaseguro
- 5 Suma Asegurada
- 6 Prima

<i>Bibliografías</i>	89
-----------------------------	----

INTRODUCCION

Uno de los riesgos que tiene un mayor impacto económico en el individuo es la pérdida de la salud, ya que lo afecta tanto física como financieramente, la situación que pone de manifiesto la necesidad de contar con mecanismo que absorban en parte tales repercusiones.

Para cubrir tal eventualidad existen en nuestro país los servicios de salud, que son proporcionados a través de instituciones públicas y privadas, las primeras representadas por la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal; las instituciones de Seguridad Social integradas por el I. M. S.S. y el I. S. S. S. T. E., los servicios que prestan PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y por lo que se refiere al sector privado encontramos los Centros Hospitalarios.

La posibilidad por optar por instituciones públicas o privadas, permite cubrir la atención médica a través de recursos propios, sin embargo esta última elección representa un costo que suele ser elevado, lo que limita su utilización a sectores específicos de la población. Ante esta situación surge la necesidad de un instrumento que permita cubrir el acceso a los servicios médicos privados, que permita cubrir los gastos que podría incurrir en caso de algún padecimiento en su salud, lo que da lugar al surgimiento del Seguro de Accidentes y Enfermedades. Cuyo origen se basa en la creación de un mecanismo que permita a la población hacer frente a los gastos en salud, mediante el pago de primas a entidades aseguradoras para la provisión de asistencia médica, a través de instituciones de servicios médicos privados y cuya operación está prevista en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En el sector asegurador mexicano este tipo de seguro se conoce como seguro de gastos médicos Mayores y Accidentes Personales, en la actualidad son ofrecidos a través de 28 compañías, que representan el 65% del total de instituciones aseguradoras en nuestro país.

En la presente tesis se realiza un Análisis del Seguro de Accidentes y Enfermedades dado su importancia actualmente en México.

La Tesis se desarrolla en cinco capítulos:

En el capítulo I se describe el Desarrollo Histórico del seguro de Accidentes y Enfermedades desde su inicio en China hasta nuestros días, el cual surge como un mecanismo que permite a la población hacer frente a los gastos de salud, mediante el pago de primas a entidades aseguradoras para la provisión de asistencia médica, a través de instituciones de servicios médicos privados.

En el capítulo II se detalla todas las Características Generales del seguro de Accidentes y Enfermedades, como principales características, planes, coberturas, gastos cubiertos, gastos no cubiertos, etc.

En el capítulo III se describen las políticas Suscripción, selección de riesgos, cotización y pago de siniestros, en donde las compañías de seguros deben realizar una correcta Suscripción y Selección de Riesgos de los seguros de Accidentes y Enfermedades para evitar una mala siniestralidad en los mismos.

En el capítulo IV se describe el comportamiento financiero y las estadísticas de los seguros accidentes y enfermedades en la compañía de seguros, como el crecimiento en primas, la problemática de la siniestralidad del ramo, etc.

En el capítulo V se desarrollan las bases del cálculo de los productos de Accidentes y Enfermedades como las metodologías más comunes y los cálculos para obtener la IBRN.

I. DESARROLLO HISTÓRICO

1.1 DEL SEGURO

La historia del seguro está vinculada a la evolución del ser humano, de ahí que pueda subdividirse en prehistoria, edad antigua, edad media, edad moderna y edad contemporánea. A continuación se citan algunos aspectos relevantes en cada etapa.

Prehistoria

Desde tiempos remotos, el hombre empezó a percatarse de la necesidad de protección, de algún modo, contra los riesgos que implican los acontecimientos de su vida cotidiana.

Surge el principio de ayuda mutua entre los clanes y tribus, después de que el hombre se vuelve sedentario y busca protegerse de los peligros que le presentan los fenómenos naturales.

Surgen los beneficiarios al ocurrir la muerte de aquél que fungía como sostén económico de la familia, a través de la ayuda en especie por parte de la comunidad.

Edad Antigua

El pueblo asirio mantenía la práctica de recaudación fiscal con fines caritativos para huérfanos y viudas.

En Babilonia se practicaban contratos como medio de proteger o salvaguardar el bienestar personal o el de las propiedades. El código de Hammurabi contenía los principios del seguro de repartir riesgos y contribuir a subsanar las pérdidas.

En Palestina se generaba una forma de seguro de ganado ya que se asociaban varios ganaderos y cuando alguno de los animales se enfermaba o fallecía se prestaba un ejemplar similar o se daba una pequeña indemnización.

En la India existía una especie de seguro del viajero, ya que dependiendo de qué lugares recorriera se le cobraba un porcentaje diferente (mayor si el lugar era desértico) sobre la mercancía que transportaba para venderla (Código de Manu).

La ley marítima de Rodas, por ejemplo, formulaba en el año 900 a. C., establecía disposiciones de ayuda mutua entre los comerciantes marítimos de la isla de Rodas y los fenicios. Si un barco era atrapado en una tormenta y se veía obligado el capitán a arrojar al mar su cargamento o parte de él, siempre y cuando se rompiera el palo mayor, el mástil, la caña del timón y su ancla, los asociados y propietarios de la mercancía transportada contribuían con la recuperación del valor del barco y el de las mercancías perdidas en el mar a causa de la tormenta. Este riesgo se conoce hoy en día como echazón.

En Grecia, si un embarque no llegaba a su destino y éste había sido amparado con alguna sociedad de navegantes a la que se contribuía en el momento del siniestro con alguna especie de prima, el dueño de la mercancía obtenía lo suficiente para reponerla. Actualmente se incluye en el seguro de transportes de mercancías.

Asimismo, los griegos, vendedores de esclavos, acostumbraban pagar al comprobar una cantidad en caso de que el esclavo falleciera.

En Roma se cubrían los gastos funerarios de los guerreros; existían gremios cuyos miembros pagaban tributo y al fallecer alguno de ellos, su familia recibía la cantidad acumulada.

Los colegios romanos funcionaban haciendo que una persona que ingresaba a él, pagara una cantidad mensual de dinero y otra cantidad en especie, principalmente vino, a cambio de tener una contribución para el pago de su funeral. Estos colegios dieron origen a las “hermandades”, que funcionarían bajo el principio de la ayuda a todos sus miembros.

Entre los hebreos, según el Talmud, se practicaba el seguro en forma rudimentaria, protegiendo a los viajeros y a sus caravanas de animales. Cuando alguien perdía alguna vaca o borrico, “sin haber falta o negligencia de su parte”, se le reparaba el daño sufrido, entregándole otro animal a cargo de las personas que integraban la comunidad.

Edad Media

Se inicia con la toma de Constantinopla por los turcos, en 476 d. C.

Dentro de los feudos existían sociedades mutualistas para proteger los riesgos marítimos, terrestres y de muerte de los señores feudales y su familia (Gildas).

Al final de esta etapa, se genera una reacción en contra de la total represión en que vivía el pueblo y se generan distintas protecciones sobre los individuos pero manejadas con fines caritativos.

Edad Moderna

Se inicia en 1453 y llega hasta 1789 en que se llevó a cabo la revolución francesa.

En Holanda se establece una Ley Marítima con carácter obligatorio.

Se funda la primera aseguradora.

Se establece la renta vitalicia (hoy pensión) que se da al jubilado hasta que muera.

Se aseguraba a los individuos contra pestes o epidemias.

El incendio ocurrido el 2 de septiembre de 1666 en Londres fue un hecho significativo que dio gran impulso a los seguros de daños.

Se funda la compañía aseguradora más fuerte: Lloyd's de Londres, como el primer centro oficialmente reconocido sobre negocios de seguros.

Dada la importancia mundial que tiene esta empresa se hace una breve referencia a su creación: En la mitad del siglo XVII existía en Londres un salón de café ubicado en Tower Street, cuyo dueño era el Sr. Edward Lloyd, que al darse cuenta de que su clientela estaba compuesta principalmente de personas interesadas en asuntos marítimos, incluyendo a banqueros, comerciantes, capitanes de barcos y “aseguradores”, llegó a proporcionar informes, tinta y papel a estas personas para difundir información. Esto último llegó a tal grado que en el año de 1696 la publicó denominándola Lloyd’s News, precursora de la Lloyd’s List and Shipping Gazette, en circulación hasta nuestros días.

Al morir el Sr. Edward Lloyd, este café se convirtió en una especie de club privado que restringió la entrada a personas con actividades de aseguramiento o navieras. En 1774 se cambió el local a la Royal Exchange que en 1783 expidió la primera póliza de vida, la cual no tuvo mucho auge debido a los pocos adelantos en el terreno del cálculo de probabilidades.

En 1871, Lloyd’s fue constituida por disposición del Parlamento como sociedad, cuyos miembros (“underwriting members”, pueden aceptar o rechazar por propia cuenta un riesgo) están agrupados por sindicatos, representados en Lloyd’s por agentes.

Esta empresa aseguradora está reconocida por el gobierno británico a través de una legislación especial que data de 1958, en la que se establece que los fondos de los suscriptores se mantiene en Londres, invertidos en valores de fácil realización y que pueden ser transferidos a cualquier parte del mundo en caso necesario, inclusive cuenta con el apoyo del gobierno quien pone a su disposición las divisas extranjeras necesarias para que cumpla sus compromisos.

La importancia de esta compañía en la actualidad está en el grado de seguridad y confianza que ha sabido captar cumpliendo cabalmente todos sus compromisos.

En Estados Unidos, se tiene noticias sobre seguros desde el año de 1682, pero no es sino hasta 1794 que nace la primera aseguradora americana: Insurance Company of North America”.

Edad Contemporánea

Abarca de 1189 hasta nuestros días.

Se da la reglamentación del seguro.

Se construyen las primeras tablas de mortalidad.

Surgen los agentes y corredores de seguros.

Se fundamenta matemáticamente la determinación de primas, con base en la probabilidad, procesos estocásticos y estadística.

Se incrementa el número de ramos de daños, atendiendo al progreso tecnológico de la humanidad.

Los seguros de vida adquieren la variante de permitir la inversión, además de la protección por muerte.

El sector asegurador es de gran importancia para el producto interno bruto del país donde se desarrolla pues está directamente relacionado con la función de ahorro.

El Seguro en México

En México-Tenochtitlan, se daba protección a los huehuetèques o ancianos y a los guerreros notables que lograban sobrevivir al combate. Unos y otros recibían honores, alojamiento y alimentos para disfrutar una vida apacible en calidad de jubilados hasta su muerte.

En el siglo XIX el seguro lo practicaban representantes de aseguradoras extranjeras, sobre todo inglesas, canadienses y estadounidenses. Es en ese marco que 17 agentes de firmas del exterior, que operaban el seguro de incendio, crearon en 1897 la Asociación Mexicana de Agentes de Seguros. Transcurrido el tiempo, en 1909 cambiaría su denominación por: Asociación Mexicana de Representantes de Compañías de Seguros contra incendio.

El seguro se instituyó en forma oficial hasta 1910. Antes de esa fecha se contaba únicamente con disposiciones que garantizaban los intereses de los asegurados, como por ejemplo, el Código de Comercio de 1884. Sin embargo se empezaron a organizar aseguradores importantes, fundándose entre 1895 y 1910 las siguientes:

- Compañía General de Seguros Anglo Mexicana en el ramo de daños (1897).
- La Nacional en el ramo de vida. (1901).
- La Latinoamericana en el ramo de vida (1906).
- La Veracruzana en los ramos de incendio y transportes (1908).

Al triunfo de la revolución y al consolidarse los gobiernos mexicanos, se empezó una revisión completa de toda la legislación.

Se reformaron los Códigos Civil y de Comercio; se promulgaron las Leyes de Trabajo, de Comunicaciones y Transportes, y otras que regularon la vida social, económica y política de la nación.

El 26 de agosto de 1935, se promulgaron y entraron en vigor las dos leyes que han sido fundamentales para el desarrollo del auténtico seguro mexicano:

- Ley General de Instituciones de Seguros.
- Ley del Contrato sobre Seguros.

Después de esto, se generó la creación de numerosas aseguradoras, que de inmediato se fortalecieron, mientras, las extranjeras se retiraban del país.

El 9 de agosto de 1940, la Asociación Mexicana de Representantes de Compañías de Seguros contra Incendio operaba casi todos los seguros de daños y se transformó en Asociación Mexicana de Seguros de Daños. Por fin, al incluir a las compañías de Vida, en 1946 ese organismo cambió a Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) todavía vigente. Hoy en día, la AMIS es un órgano de representación de las empresas aseguradoras del mercado y de las reaseguradoras mexicanas. Su objeto fundamental es el promover el desarrollo firme y sano de la institución del seguro en México.

A partir del 1983, en México se tienen empresas de seguros en tres ámbitos: iniciativa privada, gobierno y sector social. Es el sector privado el que tiene un mayor número de

empresas de seguros y la AMIS las clasifica como compañías grandes, medianas grandes, medianas chicas y chicas. Todas ellas trabajan para ampliar su mercado.

Las paraestatales avanzan no sólo porque se esfuerzan por diseñar productos que satisfagan las necesidades de las vidas insertas en la administración pública federal, sino porque desde 1981 existe la obligatoriedad para que recursos humanos y materiales de ese ámbito sean cubiertos.

La actuación del seguro en 1986 se consideraba satisfactoria, con una demanda total de primas durante ese lapso de 826,976 millones de pesos (390,880 millones más que un año antes).

Los siniestros totales se incrementaron en 33%, en valor absoluto; pero como el de las primas fue mayor, dio como resultado una cifra de 59.6%. El ramo de vida y el de incendio registraron un crecimiento en el volumen de primas.

1.2 DEL SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Una de las primeras formas del Seguro de Accidentes y Enfermedades ha sido, probablemente la costumbre difundida en la antigua China, según la cual, el médico se pagaba durante los períodos de buena salud. Tan pronto como el individuo enfermaba o tenía un accidente, sus contribuciones terminaban automáticamente.

En el Medioevo, eran las corporaciones y cofradías, quienes ayudaban a la familia a ocuparse de las necesidades de los enfermos, muchas de ellas siguieron en su actividad hasta el siglo XIX. La aparición de la industrialización aumentó el sentido de solidaridad en caso de un accidente o enfermedad, surgieron así, en la primera mitad del siglo XIX, una gran cantidad de “Cajas de enfermedades”, instituciones de tipo mutualista, que ayudaban atenuar las consecuencias financieras del accidente o enfermedad.

El seguro contra accidentes y enfermedades tiene alrededor de 150 años, pero la gran variedad de cobertura y los tipo de beneficio ahora disponibles son de origen comparativamente reciente. Los primeros contratos cubrían sólo accidentes. Su introducción fue debida al gran número de accidentes de ferrocarriles, debido al atraso que tenía la tecnología de los ferrocarriles, un viaje por ferrocarril se consideraba muy peligroso. De hecho los primeros contratos, tanto en la Gran Bretaña (1848) como en los Estados Unidos unos pocos años después, cubrían sólo dichos accidentes de “viaje” y eran válidos sólo, generalmente, para un solo viaje. Esto era similar al seguro contra accidentes que ahora está disponible en los aeropuertos y que cubren un solo vuelo de avión.

Un factor decisivo fue, sin duda, la ley promulgada en 1883 en Alemania, que obligaba a todos los obreros (y poco más tarde también a los trabajadores agrícolas y de comercio) a tener un seguro de accidente y enfermedad. Esta ley puede considerarse como el origen del Seguro Social, tuvo además en gran impacto sobre el seguro privado.

Los seguros sociales aparecen como una adaptación del seguro tradicional o de mutualidad, son obligatorios y la repartición de la carga financiera obedece a nuevos principios. Este último aspecto revoluciona el fundamento clásico de aseguramiento y mutualidad, en vez de ser calculadas las cotizaciones, en función de valor de la cosa asegurada y de las probabilidades del evento contra el cual es asegurada, dichas cotizaciones son proporcionales al salario de los afiliados (a este tipo de sistemas de aseguramiento se les conoce como de “costo conocidos y beneficio variable”). Además, esta cotización es compartida, según modalidades variables, entre el asegurado y sus empleados.

Hasta donde se tiene conocimiento, la primera cobertura de enfermedad, otorgada por el seguro privado fue la indemnización diaria, en el cual se acoplaban al accidente o enfermedad y la invalidez. La primera póliza apareció en Inglaterra en 1885 (Century Insurance Company de Edimburgo).

A los pocos años las pólizas se desarrollaron extendiendo la cobertura a todo tipo de accidentes, y en los Estados Unidos aproximadamente en 1900 había unas 50 compañías que ofrecían seguro contra accidentes cubriendo una amplia gama. La amplitud de la cobertura y los diferentes tipos de beneficios se fueron extendiendo gradualmente, tanto en cuanto a las rentas como los gastos, y aproximadamente en 1915 los últimos incluían pagos para cubrir el costo de hospital, cirugía, médicos, y cuidado de enfermeras, similares en naturaleza a los actualmente disponibles.

El seguro contra enfermedades, en los Estados Unidos, comenzó en los alrededores de 1890, cuando las pólizas que proveían beneficios de renta en caso de incapacidad proveniente de una enfermedad específica fueron ofrecidos primero.

La contribución a los gastos de tratamiento apareció en 1910, la forma original fue aumentar en un 50% ó 100% el monto de la indemnización diaria, mientras el asegurado se encontraba hospitalizado. Inicialmente, esta indemnización adicional esta limitada a periodos relativamente cortos como 60 y máximo 90 días.

Coberturas que reembolsaban, parcial o totalmente, los gastos de tratamiento realmente incurridos comenzaron a difundirse con la crisis económica de los años 30, y de una manera más firme después de la segunda guerra mundial. En primer término, sólo se indemnizaban los gastos de hospital (cuarto y comida), posteriormente se añadieron los gastos de intervención quirúrgica y, progresivamente, los demás gastos de hospitalización, hasta los gastos ambulatorios.

La primera póliza de Gastos Médicos Mayores (Liberty Mutual Insurance, Company, de EE. UU) es de 1949 y complementaba los planes básicos ofrecidos por Blue Cross / Blue Shield.

Con el tiempo, el éxito de estas coberturas fue muy grande, en Estados Unidos para el año de 1940, el número de asegurados bajo pólizas de seguro de accidente y enfermedad individual para gastos de hospital era apenas más de un millón, para gastos de intervenciones quirúrgicas no alcanzaba ni esta cifra, y coberturas más amplias no existían. En 1991 más de 37 millones de personas tenían coberturas individuales.

El desarrollo histórico y la práctica corriente en la cobertura de accidente o enfermedad varían de un país a otro, por consiguiente, la gama de productos ofrecidos es sumamente diferenciada.

A nivel mundial, se ha pasado de las coberturas relativamente sencillas (indemnización diaria por accidente o enfermedad, indemnización diaria por hospitalización, gastos de intervenciones quirúrgicas) a productos cada vez más amplios, que tienden a cubrir todos los gastos en los que el asegurado podrá incurrir en relación con su salud.

Por otra parte, el encarecimiento de los sistemas de salud en el mundo, producto del avance tecnológico en el campo de la medicina, aunado a un mayor acceso a los servicios de salud, como consecuencia del desarrollo en las comunicaciones y el mejoramiento de la calidad de vida, ha traído como contraparte la búsqueda de nuevas formas de administración de los recursos destinados a la salud, que conducen a una mayor eficiencia.

El seguro de accidentes y enfermedades surge como un mecanismo que permite a la población hacer frente a los gastos de salud, mediante el pago de primas a entidades aseguradoras para la provisión de asistencia médica, a través de instituciones de servicios médicos privados.

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

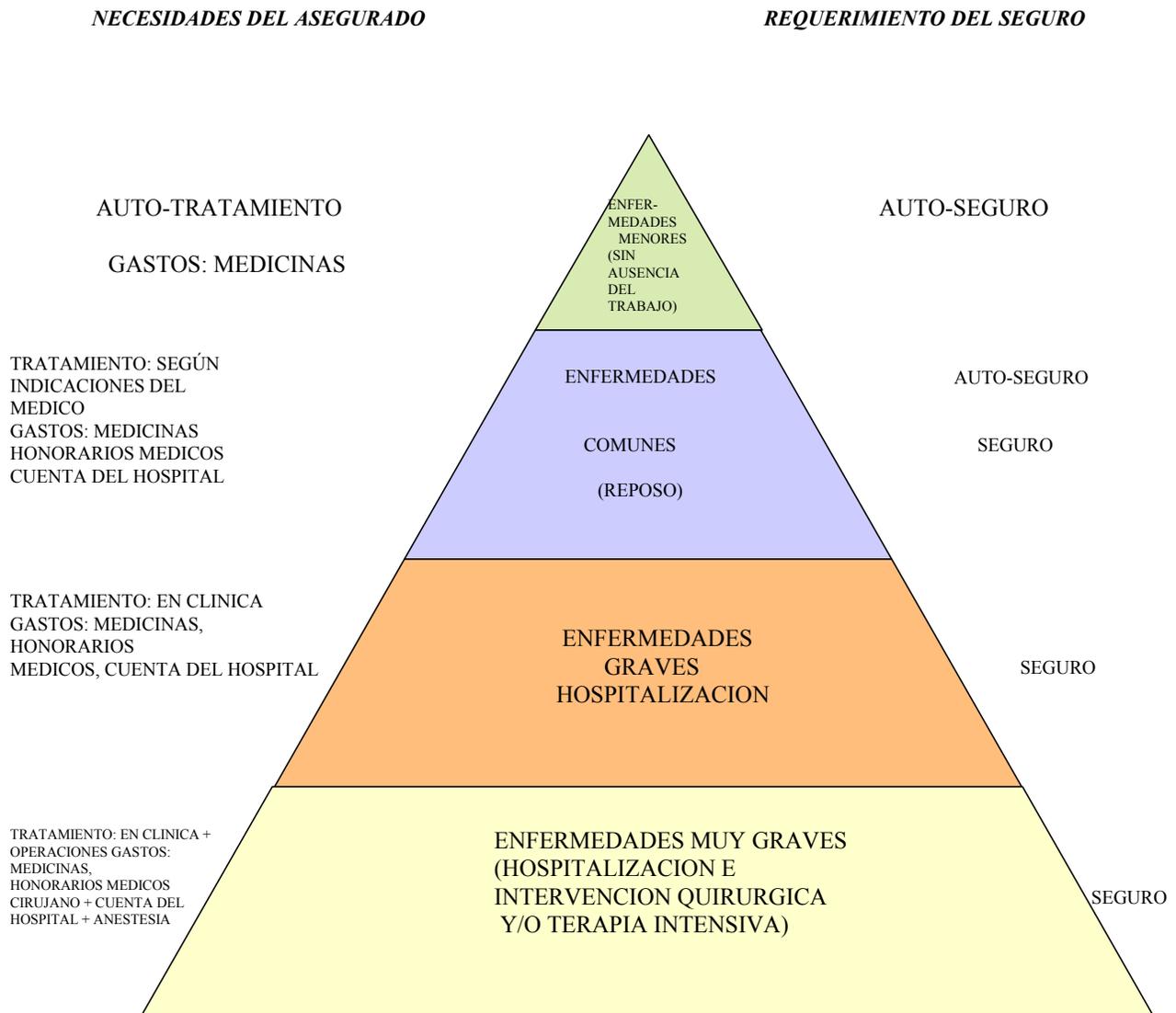
Objeto de la cobertura del Seguro de Accidentes y Enfermedades

La incidencia de accidentes y enfermedades es mucho mayor de lo que se piensa. Muchos de ellos son de un carácter menor, causando sólo un corto periodo(o ninguno) de incapacidad, y gastos poco importantes, por lo que sin ser tales como para requerir protección de seguro; pero un número importante de estos son graves, involucrando gastos y pérdidas importantes.

Al presentarse un accidente o enfermedad, el costo de tratamiento médico puede ser muy elevado y crear a una familia dificultades financieras o bien causar una incapacidad permanente o total, que en un caso extremo sería el fallecimiento del individuo encargado de su sostén económico. Ante tal eventualidad los seguros de accidentes y enfermedades no es la proveer el reembolso de muchos de los costos triviales como consecuencia de accidentes y enfermedades de poca importancia, ni de la de compensar por la pérdida de unos pocos días de trabajo, sino la verdadera función de este seguro es el de proveer protección económica contra pérdidas graves o catastróficas que aunque no son muy frecuentes puede sufrir cualquiera.

En la gráfica 1 se muestra la relación entre las necesidades del asegurado y el requerimiento del seguro, dependiendo de la intensidad de la enfermedad; por una parte se observa la posibilidad de impacto financiero y por la otra, la forma de asumir dicho costo, que puede convertirse en una transferencia, vía el seguro de Accidentes y Enfermedades.

GRÁFICA 1



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

2.1 SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

2.1.1 DEFINICION

Es un Seguro de los ramos de Accidentes individual y Colectivo con cobertura a un año o períodos menores, pudiéndose renovar por períodos iguales de tiempo e indefinidamente. En Accidentes Individual se asegura únicamente a una persona y en Accidentes Colectivo es para colectividades o grupo de personas de no menos de 5 participantes con un vínculo en común, que por su ocupación requieren de esta protección.

Las primas del seguro de Accidentes Personales son muy económicas. Las coberturas se pueden ofrecer a los comerciantes, industriales, profesionales, empleados, etc. La protección del seguro de accidentes también se puede ofrecer a los patrones que deseen una cobertura más amplia que las previstas por las Leyes, Federal del Trabajo y Seguro Social.

Los cuales tienen las siguientes modalidades:

2.1.2 PRINCIPALES PLANES

2.1.2.1 Accidentes Personales: Este plan es temporal a un año el cuál es el plan básico a partir del que se desprenden los dos planes que se mencionan a continuación.

2.1.2.2 Accidentes a Corto Plazo: Este plan para cubrir plazo de seguro menor a un año como un seguro para cubrir accidentes en un viaje programado.

2.1.2.3 Accidentes Escolares Colectivo: Este plan tiene por objetivo principal el cubrir a los alumnos de una escuela en sus actividades escolares, ofreciendo la posibilidad de incluir en la misma póliza al personal administrativo y docente del plantel dentro de un segundo subgrupo, este plan únicamente se comercializa en Accidentes Colectivo.

2.1.3 DEFINICIÓN DE COBERTURAS

Cobertura Básica:

2.1.3.1 Muerte Accidental: Es la cobertura básica que debe existir en toda póliza y debe ser contratada obligatoriamente, que en caso de que el asegurado perdiese la vida por accidente en el período de cobertura, se pagará por la compañía Aseguradora la suma asegurada especificada en la póliza a los beneficiarios designados previamente por el asegurado.

Beneficios Adicionales: Se podrá contratar uno o más beneficios adicionales. Estos se podrán contratar de manera opcional para todos los integrantes o para una parte definida de la colectividad en caso de Accidentes Colectivo.

2.1.3.2 Pérdidas Orgánicas: Cuando el asegurado que sufra un Accidente sobreviva a éste pero como efecto directo sufra una Pérdida Orgánica, la compañía Aseguradora pagará el porcentaje de Suma Asegurada que de acuerdo a la escala contratada corresponda a tal pérdida. Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza, en uno o en varios accidentes, la compañía Aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para esta cobertura. Existen dos escalas de indemnización de Pérdidas Orgánicas “A” y “B”, las cuales se detallan a continuación:

ESCALA “A” DE INDEMNIZACIONES

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Se entiende por pérdida de la mano su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de dos falanges completas en cada dedo.

ESCALA “B” DE INDEMNIZACIONES

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente la vista con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, incluyendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar ni el índice	25%

La audición total e irreversible, en ambos oídos	25%
El pulgar y otro dedo, de la misma mano, que no sea el índice	25%
El índice y otro dedo de la misma mano, que no sea el pulgar	20%
Acortamiento de por lo menos 5 centímetros, de un miembro inferior	15%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%

Se entenderá por pérdida de las manos o de los pies, la mutilación o anquilosis total de estos órganos, en cuanto a los ojos la pérdida completa o irreparable de la vista; por lo que se refiere a los dedos la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, arriba de la misma.

2.1.3.3 Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial por Accidente:

- Incapacidad Total: Si como consecuencia directa de un accidente e independiente de cualesquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital, o en su domicilio, la Compañía Aseguradora pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria contratada para esta cobertura, por un período que no excederá de 1,460 días.
- Incapacidad Parcial: Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaron directa e independientemente de cualesquiera otras causas una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la compañía Aseguradora pagará, durante el período de la incapacidad el 40% de la indemnización contratada por la incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad, total o parcial, cubierta según se establece en los dos párrafos anteriores, y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas; la Compañía Aseguradora pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

2.1.3.4 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquier otras causas, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado o someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, la Compañía Aseguradora reembolsará, además de las otras

indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa comprobación.

2.2 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

2.2.1 DEFINICION

Los seguros de Gastos Médicos Mayores, como su nombre lo indica, están destinados a cubrir o resarcir en forma oportuna el desequilibrio económico que representan los gastos “Mayores” erogados por los asegurados al presentarse un accidente o enfermedad no previstos. Su principal objetivo es el acceder a tratamientos “Médicamente Necesarios” (razonables, terapéuticos, necesarios, excluyendo cualquier tipo de cirugía cosmética o estética y medicina preventiva) destinados a **“Recuperar o restaurar la Salud”**, es decir entran en vigor una vez que el asegurado presenta un problema específico de cierta gravedad.

Cubren los gastos relacionados con una hospitalización, cirugía o con tratamiento médico que no necesite cirugía no hospitalización. Este seguro cubre los gastos erogados por el asegurado a partir de una cantidad monetaria específica definida a la contratación del mismo denominada “deducible”. No cubre gastos médicos cuyo monto erogado sea inferior al deducible mencionado.

2.2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

2.2.2.1 Contrato.

Por medio de éste, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Forman parte del Contrato de Seguros:

- **Solicitud del Seguro**. Datos generales del contratante, selección del producto deseado, cuestionario médico. La solicitud contiene la firma del mismo que ha declarado personalmente los datos verídicos para la correcta apreciación del riesgo y declara estar enterado de las condiciones de cobertura de su seguro.
- **Póliza**. La conforman, la carátula de la póliza también conocida como cédula de especificaciones, la cual contiene información general del asegurado, fecha de inicio y vencimiento de la cobertura de su seguro, datos generales del producto contratado, costo o prima del plan, etc., detalle de asegurados cubiertos y los endosos anexos.
- **Condiciones Generales**. Clausulado que define lo cubierto y excluido del producto en general, definiciones legalmente autorizadas para explicar la manera de operar de los distintos conceptos que intervienen en el contrato.
- **Catálogo de Honorarios Quirúrgicos**. Cuando aplica, indica el monto máximo a cubrir por concepto de honorarios del cirujano.

- **Cláusulas Adicionales o Anexo.** Beneficios de contratación opcional, con un costo extra.
- **Endosos.** Documento que modifica las condiciones del contrato y forma parte de éste (aclaración con relación a alguna exclusión particular de un asegurado o de la población cubierta).

2.2.2.2 Vigencia.

La vigencia de este tipo de productos es anual, definiéndose una fecha a partir de la cual la compañía de seguros se considera en riesgo de acuerdo a lo cubierto por la póliza.

En caso de que algún asegurado ingrese a la póliza en fecha posterior a la indicada como inicio de cobertura en la carátula de la póliza o cédula de especificaciones, la compañía deberá cobrar la parte no devengada de la prima (el tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso a la póliza y la fecha de vencimiento de la misma).

En caso de cancelación a voluntad del asegurado, la compañía en algunas ocasiones reembolsar el importe de la parte no devengada, descontado los gastos ya hechos por la compañía de seguros. Algunas compañías regresan entre el 60%, 70% o 75% de la prima pagada no devengada por el asegurado.

2.2.2.3 Cobertura Básica y Coberturas Adicionales o Anexos.

El conjunto de coberturas que conforman el seguro de Gastos Médicos Mayores, salvo mención de lo contrario, se denominan parte de la “Cobertura Básica”.

Las coberturas adicionales o anexos a la Cobertura Básica, tienen la finalidad de complementar la protección ofrecida al asegurado, cómo por ejemplo: una Suma Asegurada en caso de muerte de manera accidental al viajar, ayuda internacional durante el viaje (ayuda de localización de equipaje, repatriación en caso de fallecimiento, ayuda hospitalaria de urgencia, etc.), cobertura internacional para procedimientos de alto costo o ruinosos (transplante de órganos, cáncer, quemaduras graves, accidentes cerebro vasculares, cirugías cardíacas, etc.), gastos funerarios, etc.

2.2.2.4 Suma Asegurada o Beneficio Máximo

“Límite máximo de responsabilidad” por cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, la cual constituye la suma de todas las erogaciones que se realicen por concepto de los gastos médicos cubiertos. La cual quedará fija a partir de que se efectúe la primera erogación, en caso de que ésta no sea en moneda nacional.

Modalidades:

- Suma Asegurada sin límite.
- Suma Asegurada con límite por accidente o enfermedad (por evento).
- Suma Asegurada con límite por año/Suma Asegurada con límite de por vida.

- Suma Asegurada reinstalable cada año póliza, inclusive para el mismo padecimiento.
- Reinstalación de Suma Asegurada para la misma enfermedad o accidente, siempre y cuando durante los siguientes dos años contados a partir de la fecha en que se realizó el último gasto, el asegurado continúe con su póliza, no requiera tratamiento alguno por la atención que le originó el agotamiento de la suma asegurada y haya reanudado su ocupación habitual durante un periodo mínimo y continuo de dos semanas.

Puede estar definida en Moneda Local o Moneda nacional, Dólares, Salarios Mínimos Generales Mensuales, indexadas a algún indicador financiero, etc.

2.2.2.5 Modalidades del Deducible

- Deducible por accidente o enfermedad (por evento), este se aplica una solo vez por cada padecimiento.
- Deducible reinstalable cada año póliza, inclusive para el mismo padecimiento.

Puede estar definido en Moneda Local o Moneda nacional, Dólares, Salarios Mínimos Generales Mensuales, indexadas a algún indicador financiero, etc.

Algunas compañías acostumbran el limitar el deducible a una determinada cantidad en el caso de que en una misma familia asegurada en el mismo año póliza se presenten varias reclamaciones por la misma familia, por ejemplo como máximo hasta 2 deducibles por familia asegurada.

2.2.2.6 Modalidades del Coaseguro

- Coaseguro por accidente o enfermedad (aplicable para cada gasto correspondiente del evento cubierto o precedente).
- Coaseguro reinstalable cada año póliza, inclusive para el mismo padecimiento
- Coaseguro definido para una cantidad monetaria específica y exento para los gastos restantes a partir de dicha cantidad (Ejemplo: La compañía reembolsará el 80% de los primeros \$5,000 USD y el 100% de los gastos restantes; o 90% de los primeros \$10,000 USD y 100% del resto).

El coaseguro es definido en porcentaje.

Algunas compañías acostumbran establecer un tope máximo para el coaseguro, es decir limitarlo a una cantidad máxima, por ejemplo: el coaseguro contratado es de 10%, con un máximo por año póliza de \$2,000 USD o \$2,000 USD por evento o padecimiento.

La cuantía del reembolso se determina de la siguiente manera:

- a) Se suman todos los gastos médicos cubiertos por la póliza, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza o cédula de especificaciones y/o condiciones especiales y/o endosos específicos.

- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el deducible y después la cantidad por concepto de coaseguro de acuerdo al porcentaje elegido a la contratación de la póliza.

2.2.2.7 Territorialidad.

Ámbito de cobertura del producto. Se pueden dar los casos siguientes:

Productos con cobertura mundial, productos con cobertura únicamente en territorio nacional, con opción a contratar de manera adicional la cobertura en el extranjero.

La suma asegurada, deducible y coaseguro se definen comúnmente de la siguiente forma:

- ✓ Suma Asegurada igual para la cobertura nacional y para la cobertura en el extranjero.
- ✓ Suma Asegurada para la cobertura nacional y menor para el extranjero.
- ✓ Cuando se trata de cobertura Internacional, el deducible y coaseguro por lo general son mayores en caso de que el asegurado decida atenderse en el extranjero (Ejemplo: Deducible \$500 USD Nacional, \$1,000 USD Extranjero; Coaseguro nacional 10%, Internacional 20%).
- ✓ Reembolso de los gastos erogados en el extranjero, a los tabuladores comúnmente utilizados en el país.

2.2.2.8 Edades de aceptación

Comúnmente las edades de aceptación y de permanencia de los productos de Gastos Médicos Mayores, se manejan de la siguiente forma:

- ✓ Contratación inicial desde el 1er día de nacidos hasta 64 años y renovación o permanencia en el plan hasta los 69 años o de manera vitalicia, algunas compañías aceptan para sus productos personas de nuevo ingreso incluso hasta la edad de 74 años. Para los recién nacidos la cobertura desde le primer día, está sujeta a que la madre asegurada tenga 10 meses o más en la póliza.
- ✓ Contratación para los recién nacidos a partir de los 30 días de vida o 1 año de vida.
- ✓ Para dependientes económicos, la permanencia en el plan por lo general se da hasta la edad de 25 años, siempre y cuando sean solteros y no reciban ingresos por trabajo personal, también existen compañías que limitan esta edad a 18 o 21 años.

2.2.2.9 Opciones de Contratación.

Existen productos que por lo general ofrecen a sus asegurados flexibilidad en las opciones de contratación, esto es:

- ✓ Deducible desde \$50 USD o menos hasta \$10,000 USD o \$20,000 USD o más.
- ✓ Coaseguro desde 5% hasta 25% o 40%.
- ✓ Suma asegurada desde \$50,000 USD o menos y hasta \$100,000 USD, siendo la más común \$1,000,000 USD o sumas asegurada ilimitadas.

La flexibilidad en las opciones de contratación repercutirá directamente en el costo del producto, de la forma siguiente:

- ✓ Entre mayor sea el deducible, la compañía entrará más tarde a los gastos médicos erogados por el asegurado por lo que el costo del producto será menor.
- ✓ En el caso del coaseguro, sucede de manera similar entre mayor sea éste, la participación del asegurado en el riesgo aumentará, por lo que el costo del producto será menor.

Otro punto importante a considerar es que algunas compañías también suelen tarificar sus productos con base a la experiencia particular de cada región de un mismo país, es común que en las grandes ciudades donde se concentra el mayor volumen de población, se encuentren los mayores adelantos tecnológicos relacionados con la medicina, lo cual deberá repercutir en los costos de los productos, así mismo por ejemplo en las zonas fronterizas como el ejemplo de México, dada la alta influencia y cercanía del EEUU, los costos de los planes también se incrementa.

Otras opciones de Contratación.

- a) **Planes cuyos costos se basan en el nivel de hospitales al cual desea asistir el asegurado.**- Por lo general se ofrecen 3 esquemas de productos a elegir, hospitales de alto costo, de costo medio y de costo bajo (lo cual repercutirá en el costo de la prima). Existe una penalización en caso de que algún asegurado asista a hospitales de mayor jerarquía a los que tiene derecho de acuerdo al plan contratado, dichos recargos incrementan el coaseguro del producto desde un 5% hasta un 20%. También algunas compañías en este tipo de productos establecen un coaseguro adicional al contratado en caso de que el asegurado se atienda en determinado hospital que ha provocado a la compañía de seguros un incremento importante en la siniestralidad, ejemplo: aumento de coaseguro contratado en 20 puntos porcentuales sobre la factura del hospital, en caso de que el asegurado se atienda en el hospital X.
- b) **Planes que varían de acuerdo al pago de los honorarios médicos-quirúrgicos.**- Las compañías de seguros, por lo general tiene convenios con los hospitales y negociados ciertos paquetes médicos para padecimientos con alta incidencia, por lo que se ofrecen productos en los que topan los honorarios de médico-quirúrgicos, para evitar que el gasto se incremente, pues algunos médicos abusan en sus honorarios al saber que la persona tiene una póliza de Gastos Médicos Mayores.
- c) **Planes Cerrados.**- Donde los asegurados únicamente pueden asistir con médicos y hospitales en convenio (red de prestadores de servicios), en caso de asistir a prestadores fuera de los establecidos por la compañía aseguradora, el servicio médico no es cubierto (salvo el caso de urgencia o emergencia médica o si el tratamiento médico – quirúrgico del padecimiento no se tiene contemplado en la red médica).
- d) **Planes Libres.**- Donde los asegurados pueden elegir el asistir a hospitales y médicos en convenio o al prestador de servicio que deseen (lo único que se controla en estos casos, son los honorarios médicos y en algunos productos motivan al asegurado a

asistir a médicos y hospitales en convenio, reduciendo o eliminado el deducible y el coaseguro).

2.2.2.10 Período de Espera.

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del asegurado o fecha de inicio de cobertura, a fin de que los padecimientos expresamente indicados puedan ser cubiertos. La finalidad del periodo de espera es evitar la antiselección.

Para los casos de maternidad (parto natural, cesárea, complicaciones del embarazo, parto o puerperio), las compañías fijan un periodo de espera de 10 meses a partir de la alta de la asegurada titular o cónyuge.

También algunas compañías para cubrir complicaciones el embarazo, incluyen en sus condiciones generales un periodo de espera de 4 meses de cobertura continua, para poder cubrir padecimientos tales como, embarazo extrauterino, embarazo molar, abortos no provocados, estados de fiebre puerperal, eclampsia y toxicosis gravídica, placenta acreta, placenta previa y atonía uterina.

Los padecimientos que más comúnmente se les aplica un periodo de espera, son:

Amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, padecimientos ginecológicos, padecimientos anorrectales (hemorroides, fistulas rectales o prolapsos del recto), padecimientos prostáticos, rodilla, varices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, nariz y/o senos paranasales, SIDA (si no se excluye expresamente de la póliza), circuncisión (cuando se cubre), etc.

En caso de accidentes, éstos quedarán cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia estipulada en la carátula de la póliza, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en las condiciones generales de la póliza.

Modalidades:

- ✓ Periodos de espera de 1 año, 2 años y hasta 4 años.
- ✓ Algunas compañías en caso de enfermedad inician la cobertura a partir de 180 días del alta del asegurado, incluyendo también algunos padecimientos con periodo de espera de 1 o 2 años.

2.2.3 PRINCIPALES GASTOS CUBIERTOS.

1. Honorarios Quirúrgicos (cirujano, primer ayudante 20% de los honorarios del cirujano, segundo ayudante 10% de los honorarios del cirujano, consultas postoperatorias, visitas hospitalarias).
2. Honorarios por consultas médicas.
3. Gastos dentro del hospital (habitación privada estándar, alimentos del paciente, medicamentos, laboratorio, gabinete, atención general de enfermeras, salas de operaciones o de curaciones y terapia intensiva).

4. Equipo de anestesia y material médico.
5. Honorarios de enfermeras para la convalecencia domiciliaria por necesidad médica (30 días como máximo).
6. Honorarios de anestesista, hasta el 30% de los honorarios quirúrgicos por el cirujano.
7. Costo de cama extra para el acompañante.
8. Tratamientos de radioterapia, quimioterapia, hidroterapias, fisioterapia, inhaloterapia y otros semejantes.
9. Renta de quipo tipo hospital, por prescripción médica para la convalecencia domiciliaria.
10. Honorarios médicos por atención hospitalaria sin intervención quirúrgica.
11. Medicamentos consumidos en el hospital o sanatorio, durante la hospitalización o fuera de él.
12. Estudios de laboratorios o gabinete.
13. Cobertura del recién nacido (padecimientos congénitos y adquiridos) desde el primer días, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de asegurada, se haya notificado a la compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento.
14. Parto natural, cesárea (el parto natural y la cesárea se cubren hasta el límite establecido en la carátula de la póliza o en la cédula de especificaciones). Algunas compañías cubren únicamente el primer parto o cesárea en la vida de la asegurada y otras cubren todos, mientras la póliza esté vigente.
15. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (embarazo extrauterino, estados de fiebre puerperal, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, los estados de eclampsia y toxicosis gravídica, embarazo molar, placenta previa y placenta acreta).
16. Ambulancia terrestre, ambulancia terrestre u aérea especializada para emergencia médica (cobertura nacional, solo cuando en el lugar no existan los recursos médicos necesarios para la atención).
17. Circuncisión, con un periodo de espera de 2 años a partir del alta del asegurado afectado.
18. Nariz y/o senos paranasales por accidentes o enfermedad, con un periodo de espera de 2 años.
19. SIDA, con un periodo de espera de 4 años (en territorio nacional).
20. Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma y suero, así como los gastos de los donadores.
21. Honorarios de médicos quiroprácticos, que cuenten con cédula profesional.
22. Cirugía reconstructiva a consecuencia de accidente.
23. Consumo de oxígeno.
24. Gastos originados por la compra o la renta de aparatos ortopédicos y prótesis, hasta el límite establecido en la carátula de la póliza o cédula de especificaciones.

25. Gastos de trasplante de órganos y su donante.

2.2.4 PRINCIPALES GASTOS NO CUBIERTOS O EXCLUSIONES.

1. Enfermedades preexistentes.
2. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos y sus derivados.
3. Afecciones propias del embarazo, abortos, partos prematuros o partos normales o anormales. Legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio salvo lo consignado en el punto 14 y 15 de gastos médicos cubiertos.
4. Tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
6. Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso o esterilidad.
7. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo.
9. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la fertilidad, natalidad o sus complicaciones.
10. Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital, excepto cama extra.
11. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, intento de suicidio, aún cuando se cometa en caso de enajenación mental.
12. Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del asegurado o si el asegurado este bajo la influencia de bebidas alcohólicas.
13. Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
14. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de vehículo de carreras.
15. Práctica de: box, lucha grecorromana, lucha libre, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, cacería, alpinismo, paracaidismo, deportes hípicas, espeleología y rapel.
16. La práctica profesional de cualquier deporte.
17. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial.
18. Tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidos de este contrato.
19. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quemaciones.

20. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a excepción de accidentes.
21. Curas de reposo o descanso.
22. Reposición de aparatos o prótesis.
23. Tratamientos en vías de experimentación o honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas o vegetarianos.
24. Enfermedades congénitas, salvo lo mencionado en el punto 13 de Gastos Cubiertos.
25. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.
26. También son exclusiones aquellas que figuren en las condiciones especiales y endosos anexo a la póliza.

2.2.5 GASTOS CUBIERTOS CON LÍMITES DISTINTOS A LA SUMA ASEGURADA.

Algunas compañías ofrecen cobertura para los padecimientos enunciados a continuación con límites distintos a la Suma Asegurada contratada, tales como:

1. Parto normal, cesárea (limitada a \$1,000 USD o \$2,500 USD, limitada a la primera en la vida de la asegurada o por cada una de ellas) y complicaciones del embarazo, parto o puerperio (algunas compañías lo limitan desde \$2,500 USD hasta \$20,000 USD o más).
2. Transplantes de órganos (limitado a una cantidad máximo incluyendo toda la atención médica, por ejemplo: \$250,000 USD o \$300,000 USD).
3. Enfermedades congénitas o cobertura del recién nacido (por ejemplo \$30,000 USD o incluso hasta \$250,000 USD).
4. SIDA, cuando se ofrece es limitado de entre \$25,000 USD a \$100,000 USD.

También es importante mencionar, que las compañías también limitan algunos conceptos como:

1. Cuarto o habitación (normal o en cuidados intensivos) – Es limitada a una determinada cantidad diaria o a un tipo estándar (también es común limitarla a un máximo de días consecutivos de utilización, como ejemplo: máximo 120, 180 días o 240 días consecutivos por causa o evento o enfermedad).
2. Honorarios médicos – quirúrgicos, anestesiólogo y ayudantías (en algunos casos se limita a un máximo por cirugía ambulatoria y gasto usual y acostumbrado GUA ** para los demás tratamientos).
3. Enfermera – Para la convalecencia domiciliaria lo común es limitarla a 30 días como máximo.

4. Medicamentos – Algunas compañías limitan el cubrir los medicamentos únicamente cuando hubo una hospitalización o cirugía ambulatoria, pero éstos siempre deben estar condicionados a que el médico tratante los prescriba, aún cuando se cubran sin necesidad de que haya una hospitalización.
5. Consultas médicas (médicos, especialista y cuando se cubren tratamientos psicológicos o psiquiátricos, los limitan a un número determinado de consultas por persona por año).
6. Aparatos ortopédicos, prótesis (reemplazo de miembros, marcapasos, etc.) limitados al gasto usual y acostumbrado GUA **.
7. Transportación de Emergencia (ambulancia aérea limitada a \$25,000 USD, y ambulancia terrestre).

**** Nota:** El concepto gastos usual y acostumbrado GUA, se explica en el rubro de Tabla o Catálogo de Honorarios Quirúrgicos mencionado más adelante.

Algunas compañías reducen la suma asegurada contratada por el asegurado al 50% de la misma al cumplir determinada edad, por ejemplo: la suma asegurada se reduce al 50% al cumplir los asegurados inscritos en la póliza 70 años de edad.

Existen algunos padecimientos o eventos cubiertos, donde explícitamente la compañía establece que para ellos no opera el deducible y el coaseguro, tales como: parto normal, cesárea, etc.

2.2.6 COBERTURA DE URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

Algunas compañías ofrecen este tipo de protección a sus asegurados, como parte de la cobertura básica y otras de manera adicional con un costo extra, para aquellos asegurados con residencia permanente en territorio nacional, pero que tengan cobertura al viajar al extranjero (como máximo 3 meses), en caso de sufrir una emergencia o urgencia médica real.

Entendiéndose por Urgencia:

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

La Suma Asegurada para este beneficio establecida comúnmente es, de \$50,000 USD y con un deducible de \$50 USD, sin coaseguro.

2.2.7 COBERTURA DE AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA.

También para casos de urgencia, las compañías ofrecen los beneficios de ambulancia terrestre para el traslado del asegurado de su casa al hospital o viceversa.

Las compañías ofrecen los servicios de ambulancia aérea (por lo general en territorio nacional) cuando a consecuencia de emergencia médica el asegurado requiera atención hospitalaria y no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención, en el lugar donde se presentó dicha emergencia. Para este tipo de servicios se aplica un coaseguro sobre el importe de la factura de vuelo, diferente al contratado por la póliza original.

2.2.8 COBERTURA EN EL EXTRANJERO.

Las compañías de seguro ofrecen la cobertura en el extranjero a sus pólizas de Gastos Médicos Mayores con alguna precaución, pues el gasto erogado por los asegurados puede llegar a elevarse considerablemente si no hay seguimiento a detalle del caso, por lo cual la manera de cubrirlo varía de entre las siguientes alternativas:

1. Cuando el asegurado se atiende fuera de territorio nacional, tiene que notificar a la compañía de seguros para la coordinación del caso, si es que desea pago directo del mismo. En caso de urgencias o emergencia médica, deberá notificar dentro de los primeros días de ocurridos el accidente para monitorear el caso, en caso de no notificar a la compañía de seguros los gastos erogados, éstos se realizarán vía reembolso.
2. El deducible y el coaseguro se incrementan para los casos atendidos fuera del territorio nacional.
3. No cubren tratamientos relacionados con maternidad (parto natural, cesárea y complicaciones del embarazo parto y puerperio), por lo general sólo es cubierto en territorio nacional.
4. Cubren a los recién nacidos en territorio nacional desde el 1er día y en el extranjero a partir de los 30 días de nacido (los costos más impactantes erogados por padecimientos congénitos por lo general se dan dentro de los primeros días de vida del nuevo asegurado).
5. La cobertura de SIDA cuando se cubre, se acostumbra sea sólo en territorio nacional.
6. Algunas compañías sólo ofrecen esta cobertura, siempre y cuando los asegurados se atiendan con su red de médicos y hospitales en convenio fuera del país, en caso de no atenderse en su red el caso no será cubierto (sin considerar urgencias o emergencias médicas).
7. Otras compañías no ofrecen pago directo para casos atendidos fuera del país, la devolución del gasto erogado por el asegurado deberá realizarse a través del sistema de reembolso.

Las compañías contratan empresas que se dedican al Controlar los Costos de los Casos en el extranjero (principalmente en EEUU) es decir se dedican al “Manager Care”.

Un mismo asegurado, para una misma enfermedad o evento, puede presentar gastos tanto en territorio nacional, cómo en el extranjero, por lo general técnicamente la prima contempla un costo para la parte nacional y otro para la parte en el extranjero, por lo que es común que se tengan dos sumas aseguradas independientes en algunas planes, pero existen otros que sólo cuentan con una suma asegurada única para ambos casos.

2.2.9 DIFERENCIA EN CONDICIONES DE COBERTURA ENTRE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL/FAMILIAR Y GRUPO.

Las pólizas de Gastos Médicos mayores Individual/Familiares como su nombre lo indica están dirigidas a la contratación de los asegurados de manera individual o de la familia completa. Estas presentan un costo fijo por edad y sexo, es decir las tarifas están previamente definidas y no se ofrecen descuentos especiales por contratación familiar, buena condición de salud o no fumador como en los seguros de vida. Las primas de éste tipo de seguros son mayores en comparación a las aplicadas a grupo o colectivos, pues puede presentarse frecuentemente el que los asegurados contraten su póliza cuando éstos tengan un problema de salud que desean sea cubierto por su seguro, es decir existe la “antiselección” o “selección adversa”.

Los seguros de Gastos Médicos Mayores Grupo, también conocidos como beneficios para empleados, son ofrecidos como prestación por los patrones a sus empleados o en algunos pocos casos con la participación de ambos. El costo de las primas es menor que las de una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar por la inclusión al seguro de todos los miembros del grupo, es decir por el mayor volumen poblacional, lo cual hace que el riesgo se disperse entre un mayor número de participantes y así considerar la estabilidad que permite aplicar la ley de los grandes números, adicionalmente algunas empresas previa la contratación de la persona verifican su estado de salud, pues conveniente para ellas contratar gente sana, lo cual les generará una mayor productividad, es decir existe una previa selección de los empleados de la misma.

Asimismo, no es voluntaria la participación del empleado en este programa de seguro, ni su decisión el tipo de plan a contratar, su inclusión es obligatoria para todos los participantes del mismo, por lo cual se reduce considerablemente la antiselección o selección adversa.

Por último los seguros Colectivos, son los más delicados de categorizar, pues la compañía de seguro deberá asegurarse que la colectividad sea auténtica, es decir, tratar de evitar la antiselección que puede presentarse al conjuntarse un grupo de personas que no laboren en la misma empresa, pero que quizá tengan en común entre ellos el participar en algún club deportivo o en alguna actividad social bien definida y que deciden comprar un seguro de Gastos Médicos Mayores y pagarlo ellos mismo, lo cual puede presentar un alto grado de antiselección.

Estos seguros fueron creados, pensando que por el volumen sean más económicos que un seguro individual, pero más costosos que un seguro de grupo, pues incluyen menos participantes. Los casos más típicos de ejemplos de este tipo de seguro son: empresas bien definidas con pocos empleados (en los cuales el patrón paga la prima del seguro). Por ejemplo, un despacho de abogados, una notaría, etc. (empresas con 10 a 25 titulares).

Las empresas, uniones, asociaciones, escuelas, etc., cuya participación en el seguro sea voluntaria, deberán rarificarse como pólizas individuales.

Diferencias en condiciones de cobertura entre Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar, Grupo:

- ✓ Periodos de Espera – Las pólizas de grupo por lo general no presentan periodos de espera, salvo para maternidad, mientras que las pólizas individuales o colectivas si los incluyen.
- ✓ Tarifas más bajas, que en las Colectivas o Individuales/Familiares.
- ✓ Algunas compañías en caso de accidente, no aplican los conceptos de deducible y coaseguro (los eliminan) para Grupo y Colectivo.
- ✓ Condiciones más ventajosas, pues si el grupo es grande (el riesgo se reparte entre más personas), los seguros de gastos médicos mayores grupo, en algunos casos cubren padecimientos preexistentes, cobertura o tratamientos dentales, mediante un costo adicional. Estas coberturas generalmente presentan antiselección, por lo que es conveniente ofrecerlo únicamente cuando el grupo es grande.
- ✓ La renovación de la póliza para los seguros de Grupo y Colectivo comúnmente termina cuando algún asegurado cumple 70 años de edad, mientras que para las pólizas individuales/familiares, se ofrecen de manera vitalicia en algunas compañías y en otras de manera vitalicia garantizada.
- ✓ Los límites de Suma Asegurada para las pólizas de Grupo y Colectivo son menores al ofrecido por las pólizas individuales, debido a que las condiciones de contratación para las pólizas de Grupo son como un traje hecho a la medida, por lo cual como medida de control de costos es común no ofrecer sumas aseguradas elevadas, adicionalmente para que no se incremente considerablemente el costo para el contratante.
- ✓ Algunas compañías para pólizas de Grupo principalmente ofrecen opciones de coaseguro de 0% y cuando en Individual/Familiar lo común es ofrecer hasta un coaseguro del 25%, las pólizas de grupo ofrecen coaseguro hasta 40% (debido a que serán más económicas para las compañías que desean ofrecer dichos beneficios a sus empleados y ofrecer mayor flexibilidad en las opciones de contratación, pero por lo general no tiene mayor demanda).
- ✓ Otras compañías en sus pólizas de grupo y colectivo, cubren el parto normal, cesárea y las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, para la asegurada titular, cónyuge e hija, mientras que en los seguros individuales generalmente, solo se cubre a la asegurada titular o cónyuge.
- ✓ En los seguros de Gastos Médicos Mayores Grupo se reducen a un mínimo las formalidades de suscripción, no se aplican solicitudes individuales que incluyen cuestionarios médicos, siendo obligatorios para todos los participantes (incluyendo dependientes económicos) en los seguros Individuales/Familiares y Colectivos (para planes de Gastos Médicos Mayores Grupo con cobertura Internacional, también es obligatoria la aplicación de la solicitud-cuestionario médico por cada participante).
- ✓ La administración es simplificada, pues el pago de la prima se lleva a cabo en forma global, el representante del grupo hace entrega de la información del personal a la compañía de seguros a través de listados de nómina, por lo que se elimina el contacto directo con cada uno de los asegurados, lo que implica que los costos de administración sean menores.

- ✓ Generalmente en los seguros de gastos médicos mayores grupo, las coberturas de maternidad, urgencia médica en el extranjero, ambulancia aérea, etc., se contratan de manera opcional, mientras que en Individual/Familiar en algunos casos, se incluyen en la cobertura básica.
- ✓ Los gastos de adquisición o comisiones, por lo general son más elevados en la medida en que las primas de los negocios son pequeñas, es por ello que los pólizas de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar son más altas, a las ofrecidas en Grupo y Colectivo (donde existen negocios con un volumen muy elevado).

2.2.10 ASPECTOS QUE SON IMPORTANTES CONOCER DE UNA PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

- ✓ **Cobertura del Contrato o Periodo de Gracia** – Los asegurados inscritos en la póliza quedan cubiertos en caso de accidente amparado, a partir de la fecha de inicio de vigencia estipulada en la carátula de la póliza o cédula de especificaciones, si se trata de un enfermedad, está quedará cubierta luego de transcurrir 30 días a partir de la fecha mencionada anteriormente (plazo que tiene el asegurado para pagar la totalidad de la prima o la fracción previamente pactada). En el caso de que un asegurado se cambie de una compañía a otra de manera ininterrumpida y le reconozcan su antigüedad en la póliza anterior con la finalidad de eliminar o reducir los periodos de espera, este lapso mencionado como periodo de gracia no tendrá lugar. Algunas compañías no cubren los servicios de pago directo para accidentes ocurridos durante dicho periodo.
- ✓ **Pago de Beneficio o de Reembolso** – La compañía reembolsará los gastos erogados por el asegurado para un padecimiento cubierto (sin que aplique un periodo máximo de tiempo para estos pagos), siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y hasta el límite de la Suma Asegurada contratada, es decir con la terminación de la póliza termina la obligación de la compañía para con el asegurado.
- ✓ **Cancelación** – Algunas compañías mencionan en sus condiciones generales que en caso de cancelación o la no-renovación de la póliza quedan sin responsabilidad posterior en el pago de siniestros iniciales y/o complementarios. En caso de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar algunas compañías continúan pagando el siniestro por un periodo máximo de 365 días o 730 días, contados a partir de la fecha de primer gasto o erogación. Otras no cubren los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, pero si el asegurado está recibiendo atención médica al momento de finalizar su vigencia o cancelar su póliza, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, o por 30 días a partir de la fecha de terminación o cancelación, lo que ocurra primero.
- ✓ **Preexistencia** – Es quizá uno de los conceptos que causa mayor confusión y la mayor causa de rechazo de pago por parte de las compañías aseguradoras. La preexistencia en palabras simple significa que la compañía no cubrirá ningún padecimiento que haya iniciado con anterioridad a la contratación del seguro de gastos médicos mayores, siempre y cuando haya tenido conocimiento de él, por algún diagnóstico previo o haya realizado algún gasto médico para dicha enfermedad.

La razón principal de esta condición es evitar la antiselección o selección adversa, es decir, que las personas contraten su seguro una vez que tienen diagnosticado un padecimiento, evitar el “Dolo”.

Algunas compañías cubren los padecimientos preexistentes para las pólizas Individuales/Familiares de la siguiente forma:

Se cubren los padecimientos preexistentes que se declaren al momento de solicitar la póliza, entendiéndose por preexistentes a aquellos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta de cada asegurado en la póliza. Estos padecimientos se cubrirán después de 2 años, 3 años o 5 años de cobertura continua ininterrumpida de este seguro, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el periodo de espera mencionado anteriormente. Esta condición no aplica para padecimientos específicamente excluidos de la póliza o endosos correspondientes.

- ✓ **Prestadores de servicio e incentivos al utilizar la red de médicos y hospitales en convenio** – Es importante conocer a los prestadores de servicios médicos a los cuales puede asistir y saber si existe algún incentivo en el producto al acudir con la red médica, como la eliminación o reducción del deducible y el coaseguro y conocer la penalización por no hacerlo, como no estar cubierto.
- ✓ **Padecimientos congénitos o hereditarios** – En general las pólizas excluyen expresamente los padecimientos congénitos, entendiéndose como tales a la enfermedad con la que se nace o malformación física u orgánica que existe desde el nacimiento o antes del mismo, no adquirida.
- ✓ **Cobertura del recién nacido** – Los padecimientos congénitos están cubiertos para los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre tenga 10 o más meses de asegurada y reporte a la compañía dentro de los primeros 30 días, el nacimiento del nuevo asegurado.
- ✓ **Reconocimiento de antigüedad** – Es común confundir los términos de reconocimiento de antigüedad con preexistencia, algunas personas creen erróneamente que por reconocer la antigüedad que tienen con otra póliza emitida por otra compañía, le será cubierto algún padecimiento preexistente (el reconocimiento de antigüedad no implica la aceptación de cubrir padecimiento preexistentes). El reconocimiento de antigüedad, tiene el único objetivo, de reducir o eliminar los periodos de espera definidos en las condiciones generales. En el caso de que un asegurado se cambie de una compañía a otra de manera ininterrumpida, le será reconocida su antigüedad en la póliza anterior, el lapso mencionado como periodo de gracia o cobertura del contrato no tendrá lugar, como ya se mencionó anteriormente.
- ✓ **Exclusiones** – Es importante conocer detalladamente las exclusiones o gastos no cubiertos de los seguros de gastos médicos mayores, las cuales pueden englobarse en los siguientes grupos:

- a) No son médicamente necesarias para la recuperación de la salud (Servicio o pago de gastos de acompañantes, gestión administrativa en hospitales, peluquería, etc.).
- b) Presentan una alta incidencia, lo cual provoca la exclusión de las mismas (dietéticos o de obesidad, check-ups, adquisición de lentes, tratamientos dentales, consultas médicas aisladas, gastos médicos menores por abajo del deducible contratado, etc.).
- c) No son reconocidos por la práctica médica científica o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente (Fraudes que se pueden presentar cuando el médico que atiende directamente al asegurado es un familiar directo o el mismo asegurado, trastornos de conducta, estados de depresión, medicina alternativa, etc.).
- d) Ya lo padecía el asegurado antes de la contratación de la póliza (padecimientos preexistentes, padecimientos congénitos).

2.3 SEGURO DE SALUD

2.3.1 DEFINICION

Son las pólizas diseñadas para ofrecer a sus asegurados una “Cobertura Integral” (cubre los gastos médicos menores, así como los gastos médicos mayores) y permite el “Mantenimiento de la Salud (prevención y restauración)”, no sólo el recuperar la salud pérdida, sino el promover la salud, ofrecer esquemas de medicina preventiva, la atención curativa de las enfermedades, la prescripción de medicamentos y en los casos necesarios rehabilitación, es decir contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población.

También es conocida con el nombre de “Gastos Médicos Totales” o “Medicina Prepagada”, este último es interpretado como un servicio pagado con anterioridad a la utilización del mismo.

La parte más importante de éste tipo de seguros, es que contemplan servicios preventivos de salud, a diferencia de los seguros tradicionales, con la finalidad de reducir los gastos médicos futuros, mediante el incremento de este tipo de medidas, ejemplo: vacunas, check up anual, etc.

Los servicios brindados para estos productos son generalmente, a través de redes de prestadores de servicios médicos y hospitalarios.

2.3.2 FORMAS DE APLICACIÓN

Es un producto destinado principalmente para cubrir grupos, aunque también se ofrece de manera Individual, y lo común es cotizar de acuerdo a la experiencia siniestral de grupo, tarifando primero por edad y sexo ya que la incidencia difiere, así como se deberá considerar la red médica al cual desean asistir (hospitales de alto costo o costo medio), en caso de que no cuenten con experiencia siniestral proveniente de un plan de Gastos Médicos Totales o Medicina Prepagada, se utilizará la experiencia de la cartera de las compañía de seguros para rarificar, obteniendo finalmente un costo fijo por mes por cada asegurado afiliado.

En caso de no contar con experiencia de una cartera con este tipo de cobertura, algunas compañías se basan en sus costos de Gastos Médicos Mayores y con el tiempo van ajustándolos de acuerdo a la experiencia que vayan adquiriendo con este tipo de negocios, aunque es importante mencionar que la experiencia es muy diferente.

2.3.3 TIPOS DE COBERTURA DE SALUD

El seguro de Salud, puede ofrecer cubrir a los asegurados de las formas siguientes, entre otras:

- ✓ Sin límite de suma asegurada y con exclusiones mínimas como tratamientos o procedimientos quirúrgicos con fines de embellecimiento o estéticos, legrado por aborto provocado voluntariamente, estudios y/o tratamientos para corregir trastornos de sueño, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, etc. (similar a la cobertura ofrecida por la Seguridad Social).
- ✓ Con límite de Suma Asegurada y con las exclusiones normales de una póliza de Gastos Médicos Mayores, tales como, preexistencias, deportistas profesionales, tratamientos de esterilidad, tratamientos dentales, vacunas, etc., cubriendo gastos médicos menores con la aplicación de copagos.
- ✓ Productos similares al mencionado en el rubro anterior, pero limitando los gastos médicos menores a un determinado número de consultas para los recién nacidos, consultas para la mujer embarazada y consultas médicas en general, ofreciendo a todos los participantes de la póliza una revisión anual preventiva
- ✓ Productos de Gastos Médicos Mayores, con una cobertura adicional o anexo que brinde servicios Integrales de Salud, es decir que cubra Gastos Médicos Menores.

Copago- Participación económica a cargo del cliente al utilizar los servicios, la cual puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija.

Deducible – Primeros gastos a cargo del asegurado, comúnmente se maneja de manera anual y se establece un límite máximo por familia.

Coaseguro- Cantidad a cargo del asegurado sobre cada reclamación presentada.

2.3.4 PRINCIPALES GASTOS CUBIERTOS

Los servicios que ofrecen generalmente este tipo de seguro son:

- ✓ **Consultas Médico General o de 1er contacto**- Es la atención proporcionada por el médico, el cual es seleccionado por el cliente para ser responsable del control y seguimiento de su salud. A través de esta consulta se pretende detectar oportunamente cualquier alteración de la salud, solucionar cualquier malestar y en caso de ser necesario, direccional al asegurado al especialista adecuado.
- ✓ **Los médicos de 1er contacto, son:**
 1. El médico familiar o general brinda atención para adolescentes y adultos.
 2. Pediatras (la edad límite para la atención es por lo general de 16 años, después de los 12 años el menor puede ser atendido también por el médico familiar o general).
 3. El médico gineco-obstetra, la atención de mujeres mayores de 14 años, las cuales también puede asistir con el médico familiar o general.
 4. El médico odontólogo.
- ✓ **Consulta de especialidad o de segundo contacto**- El asegurado puede elegir al especialista con quien desea acudir, sin embargo esta consulta necesariamente deberá ser canalizada por medio del médico de 1er contacto o bien por otro especialista
- ✓ **Urgencias Médicas**- También se ofrece atención en caso de urgencia médica, ejemplo: paro cardíaco, paro respiratorio, quemaduras de tercer grado, fractura expuesta, ingestión de sustancias tóxicas, etc. En caso de no poder acudir con el médico u hospital parte de la red médica de la compañía, debiendo reportar dicha urgencia a más tardar al siguiente día hábil de haber ocurrido el accidente o enfermedad que dio origen a la Urgencia Médica.
- ✓ **Estudios de laboratorio y/o gabinete e imagenología** – otorgados al cliente que sirvan como apoyo para la determinación del diagnóstico. El servicio deberá ser ordenado por el médico tratante o el médico especialista o de segundo contacto, practicados en los laboratorios o gabinetes autorizados. Las compañías frecuentemente limitan a 5 días de hacer válidos los estudios correspondientes, a partir de la expedición de la orden.
- ✓ **Medicamentos**- Están cubiertos los gastos por medicamentos siempre y cuando éstos hayan sido prescritos por el médico tratante o el especialista, comúnmente existe una lista de los medicamentos genéricos (algunas compañías acostumbra limitar a un determinado monto total de la receta y la obtención de los medicamentos en las farmacias autorizadas dentro de los 5 días siguientes a la fecha de expedición de la receta médica).

- ✓ **Otros servicios ambulatorios-** Apoyo para facilitar la recuperación o rehabilitación del cliente indicados por el médico tratante, tales como terapias de rehabilitación, fisioterapia, servicios de ambulancia para traslado, cuidados en el hogar, suministro de oxígeno, suministro de aparatos de prótesis u ortopedia (algunas compañías limitan los aparatos de prótesis, ortopedia y la rehabilitación psicoterapéutica y foniátrica únicamente para el titular).
- ✓ **Cirugía ambulatoria-** Se entenderá a toda intervención quirúrgica la cual a consideración del médico tratante no requiere hospitalización mayor de 12 o 24 horas. Teniendo derecho a los servicios de: atención médica incluyendo servicios de enfermería, atención quirúrgica, quirófano, anestesiólogo, sala de terapia y recuperación, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos.
- ✓ **Cirugía hospitalaria-** Se entenderá a toda intervención quirúrgica que tenga como consecuencia una hospitalización mayor a 12 o 24 horas. El cliente podrá hacer uso de este servicio cuando a juicio del médico tratante se requiera de la cirugía para restablecer o prevenir cualquier alteración de la salud. Los servicios hospitalarios a los que se tiene derecho, adicionales a los cubiertos para la cirugía ambulatoria son: Gastos de estancia en habitación estándar, alimentos del cliente durante el internamiento.
- ✓ **Hospitalización sin cirugía-** La hospitalización podrá ser por la naturaleza del padecimiento que se presente, para la realización de un tratamiento, por urgencia o emergencia médica.
- ✓ **Atención Ginecológica y Obstétrica-** Se proporciona toda la asistencia obstétrica que se requiera, así como la atención al recién nacido mientras éste no haya egresado del hospital. Esta atención deberá ser referida por el ginecólogo. Los servicios a lo que se tiene derecho son: consulta prenatal, atención quirúrgica, atención médica incluyendo servicios de enfermería, derecho de quirófano, anestesiólogo, sala de terapia y sala de recuperación, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos, atención obstétrica incluyendo servicios de cuna, gastos de estancia en habitación estándar, circuncisión para el recién nacido.

En algunos planes sujetan la cobertura de maternidad a que la madre tenga 10 o más meses de asegurada, también en algunos casos se limita la cobertura a la asegurada titular, esposa o concubina.
- ✓ **Servicios de Enfermería-** Si por enfermedad o accidente cubierto el asegurado requiere de servicios de enfermería en su domicilio, este será cubierto, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante (algunas compañías acostumbran limitar este servicio a un número determinado de días).
- ✓ **Renta de equipo tipo hospital-** Se cubrirá la renta de equipo tipo hospital, tales como muletas, silla de ruedas, etc., siempre y cuando sea indicado por el médico tratante.
- ✓ **Consulta y tratamiento odontológico o servicio dental de 1er nivel-** Es la atención por parte de médicos odontólogos especialistas para recibir el diagnóstico y tratamiento preventivo y/o curativo de los problemas dentales que el cliente presente, a través de los siguientes procedimientos: limpieza anual, restauraciones

dentales con materiales como amalgamas, silicatos y resinas, extracciones dentales, estudios radiológicos dentales, medicamentos, endodoncia.

- ✓ **Anteojos o Lentes-** La cobertura de anteojos (armazón y/o cristales) están amparados en algunos casos exclusivamente para el asegurado titular, siempre que sean prescritos por el médico oftalmólogo. Algunas compañías los limitan a cada dos años a partir de su primer otorgamiento, sin embargo los cristales se autorizan en cada cambio de graduación y también se limita en algunos casos a un determinado monto.
- ✓ **Tratamientos Psicológicos-** Algunas compañías lo cubren cuando a juicio del médico tratante el asegurado requiere tratamiento psicológico.
- ✓ **Atención de servicios médicos no contemplados dentro de la red médica-** El asegurado deberá solicitar autorización por parte de la compañía a fin de que dichos tratamientos o procedimientos sean realizados fuera de la misma.
- ✓ **Medicina Preventiva-** Los programas de atención de medicina preventiva para los asegurados por lo general cubren: Salud Infantil (orientado a mejorar la salud de los menores), Salud Reproductiva (brinda servicios de información y para el mejoramiento de la vida sexual y procreativa), Salud Geriátrica (orientado a elevar la calidad de vida de la población adulta), Higiene Bucodental y Vacunación.

2.3.5 PRINCIPALES GASTOS NO CUBIERTOS O EXCLUSIONES

1. Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico tratante.
2. Cama adicional, alimentos extras, tipo de habitación difiere a la convenida, llamadas de larga distancia, alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal, etc.
3. Prematuréz, malformaciones y padecimientos congénitos de los clientes nacidos fuera de la vigencia de la póliza, así como los nacidos antes de que la madre tenga 10 meses con el plan.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de esterilidad o de fertilidad, así como embarazos y sus complicaciones derivados de dichos tratamientos.
5. Tratamientos médicos o quirúrgicos ya sean estéticos, dietéticos de obesidad, calvicie, toxicomanía y alcoholismo.
6. Gastos por mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos de prótesis y ortopedia.
7. Legrado por aborto provocado voluntariamente.
8. Arreglos ortopédicos, muletas de metal, taloneras y cabestrillos.
9. Tobilleras, rodilleras y coderas elásticas.
10. Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones de sueño, trastornos de la conducta o del aprendizaje, enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, etc. Tampoco se cubren tratamientos psicológicos o psiquiátricos independientemente de su causa o complicación.

11. Curas de reposo o exámenes médicos, estudios de cualquier naturaleza para la aprobación del estado de la salud o check-up, salvo lo expresamente cubierto por el contrato.
12. Anteojos, lentes de contacto, siempre y cuando no estén expresamente incluidos en la póliza.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados por personas sin cédula profesional.
14. Padecimientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
15. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
16. Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de peleas en que el asegurado haya participado.

Algunas compañías ofrecen adicionalmente la cobertura de urgencia médica en el extranjero, similar a la que se define en Gastos Médicos Mayores y mediante un costo adicional.

Las condiciones generales del producto son similares a las de una póliza de Gastos Médicos Mayores salvo en los casos siguientes:

Reembolso.- Únicamente se pagarán por reembolso los servicios otorgados al cliente a consecuencia de una urgencia cubierta en el contrato o mediante servicios no contemplados en la red médica, en ningún otro caso se pagará por reembolso.

Estos productos se comercializan de manera similar a los de una póliza de Gastos Médicos Mayores, mediante la fuerza de ventas.

III. NORMAS Y POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN, SELECCIÓN DE RIESGOS, COTIZACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS

3.1 NORMAS Y POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN, SELECCIÓN DE RIESGOS Y COTIZACIÓN

3.1.1 INTRODUCCIÓN

Actualmente en México existen alrededor de 60 compañías de seguros, 25 de los cuales operan en el ramo de Gastos Médicos Mayores. Cuatro de éstas últimas cuentan con el 70% de participación en el mercado mexicano en el ramo que nos ocupa, con un total de prima de alrededor de 850 millones de dólares (a diciembre de 2000). Ocho de estas compañías a partir de 1995 iniciaron su incursión en el área de Salud.

Los conceptos que a continuación se mencionan, se refieren a conceptos, procedimientos, etc., de la manera de operar en el Mercado Asegurador Mexicano.

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

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

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

3.1.2 DEFINICION DE SELECCIÓN DE RIESGOS

Selección es el término usado para describir la consideración que se da a una solicitud de seguro para determinar si la póliza debe o no ser emitida. El propósito del proceso de selección de riesgos incluye separar a los solicitantes en grupo homogéneos, cada uno de los cuales tiene determinado en forma objetiva algún factor de riesgo y dentro de cada grupo los individuos no difieren del promedio.

3.1.3 GASTOS MEDICOS MAYORES INDIVIDUAL/FAMILIAR

3.1.3.1 Suscripción de Riesgos

Para la suscripción de riesgos de Gastos Médicos Mayores Individual/ Familiar, las compañías de seguros, en la solicitud del seguro incluyen un cuestionario médico detallado, mismo que permite la evaluación del riesgo particular para todos y cada uno de los integrantes inscritos en la póliza.

Mediante las respuestas a dicho cuestionario, los suscriptores de las aseguradoras, evalúan el riesgo, él cual si se realiza de manera correcta, puede evitar incrementos importantes en la siniestralidad, pudiendo llegar a impactar de manera severa los resultados técnicos de la compañía, por lo que la suscripción de este tipo de riesgos debe tener un peso importante en la organización de una compañía de seguros.

El suscriptor de riesgos verifica principalmente los aspectos siguientes:

- ✓ Que la solicitud esté completamente requisitada, sin tachaduras o enmendaduras.
- ✓ Se verifica que el cuestionario médico no indique alguna enfermedad o padecimiento, para poder detectar condiciones preexistentes a la contratación del seguro.
- ✓ Se revisan las preguntas correspondientes al estilo de vida (fumar, beber, pasatiempos o deportes peligrosos).
- ✓ Se verifican las edades de los asegurados.
- ✓ En algunos casos se verifican los ingresos del contratante, con la finalidad de relacionar las características del seguro solicitado con su estatus social.
- ✓ Si la póliza no presenta ningún antecedente o impedimento se procede a emitir, en caso contrario se solicita información adicional.

En caso de que el suscriptor encuentre que el asegurado presenta un riesgo agravado, lo más común es lo siguiente:

- a) Extraprimar a la persona que presenta el riesgo agravado.
- b) Emitir carta rechazo de la persona que presenta el riesgo agravado no ofreciendo cobertura para la misma.
- c) Emitir un endoso de exclusión de determinadas enfermedades y las posibles complicaciones derivadas de dicho procedimiento.

Es fundamental que el área de normatividad de la aseguradora, regule y defina políticas claras para la suscripción y selección de una póliza, es que los Promotores y Agentes, se comprometan a revisar que las solicitudes de sus asegurados, estén bien llenadas y pongan un indicativo en la solicitud denominado “Sello de Calidad” que indica que el documento ha sido revisado, lo cual disminuye considerablemente los tiempos de emisión de una compañía de seguros.

3.1.3.2 Cotización

Las compañías de seguros pueden presentar los costos de sus productos de manera concreta esto es, la suma asegurada, deducible y coaseguro y sus tarifas respectivas por edad y sexo (cuando las opciones de contratación, por lo cual la manera de presentarlos y calcular la prima correspondiente para dichos productos, es la siguiente:

Ejemplo:

Factores de Coaseguro	
5%	1.06
10%	1.00
15%	0.94
20%	0.89
25%	0.83

Factores de Deducible	
250	1.0000
300	0.9678
350	0.9135
400	0.8720
450	0.8245
500	0.7689
550	0.7325
600	0.7067

Factores de Suma Asegurada	
200,000	0.7589
400,000	0.8162
600,000	0.8810
800,000	0.9476
1,000,000	1.0000
2,000,000	1.2476

Tarifa Plan Base

Rangos de Edad	Plan Alto	
	Hombres	Mujeres
0-19	200.00	200.00
20-24	250.00	330.00
25-29	280.00	390.00
30-34	320.00	470.00

Plan Medio	
Hombres	Mujeres
160.00	160.00
220.00	290.00
250.00	340.00
280.00	390.00

Plan Bajo	
Hombres	Mujeres
110.00	110.00
170.00	220.00
190.00	250.00
210.00	290.00

Cifras expresadas en dólares

Familia Tipo.

- ✓ Plan Medio
- ✓ Suma Asegurada: \$2,000,000 USD
- ✓ Deducible: \$500.00 USD
- ✓ Coaseguro: 10%

	Tarifa Base	Factor Deducible	Factor Coaseguro	Factor Suma Asegurada	Costo o Prima
Hombre 30-34	280.00				
Mujer 25-29	340.00				
Hijo 0-19	160.00				
Total	780.00	0.7689	1.00	1.2476	\$748.24

Cifras expresadas en dólares

La fórmula se muestra a continuación:

$$\text{Prima Total} = (\text{Tarifa Base Total}) * (\text{Fac. Ded.}) * (\text{Fac. Coa.}) * (\text{Fac. S.A.})$$

3.1.4 GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO Y COLECTIVO

3.1.4.1 Definición y Clasificación de Grupo y Colectivo

Definición

Los seguros de Gastos Médicos Mayores Grupo o Colectivo, también son conocidos como planes de beneficios para empleados. Estos planes surgen principalmente por la necesidad de la empresa de proteger a su fuerza de trabajo, en algunos países dictaminado por la seguridad social y en otros como complemento a la misma. Además el ofrecer dichos beneficios como prestaciones laborales para los empleados, ofrecen algunas ventajas para la empresa como la reducción de los índices de rotación, prestigio de la empresa dando una imagen de mayor profesionalismo, entre otros, teniendo también ventajas para los trabajadores, liberándolos en parte de la incertidumbre del su futuro y de él de su familia ante la posibilidad de sufrir alguna enfermedad costosa, motivación del personal, ahorro económico, etc.

Frecuentemente este tipo de seguros se prestan a una competencia importante entre diversas aseguradoras, por lo que en muchos casos, éstos seguros son marginalmente lucrativos. Muchas veces los negocios grandes van de una compañía de seguros a otra, pues es difícil el negociar el aumento de primas necesario para ajustarlos a la inflación médica y en algunos casos el esperar hacer el negocio rentable

Grupos Asegurables

El personal de empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, que estén legalmente constituidos, se considera un grupo asegurable. El contratante de la póliza deberá ser el patrón o empresa, una persona moral, o el gobierno federal, el gobierno de los estados, etc. Aquellos grupos que se hayan unido con el único fin de obtener el seguro no se consideran grupos asegurables (por ejemplo grupos que hayan sido constituidos por un broker con el fin primordial de comprar un seguro barato).

Es siempre necesario el definir o determinar un número mínimo de personas para aceptar a grupos o colectividades para que se justifique el descuento que presentan este tipo de seguros en comparación con los seguros individuales, y se justifique el ahorro de gastos relacionados con este tipo de seguros.

Los grupos Asegurables se clasifican siguiendo dos criterios:

- ✓ **Grupos.**- Empleados del mismo patrón. Podrán adquirir el seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo cuando:

Cómo mínimo sean 25 titulares y obligatorio para todos los participantes (grupos con menos de 25 titulares deberán ser catalogados como colectivos).

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

- a) Existen varios asegurados bajo un mismo contrato.
 - b) Ningún asegurado puede elegir libremente la cobertura de su seguro, sino que ésta es determinada por el patrón o representante del grupo el cual lleva a cabo la negociación con la compañía de seguros, sin que tenga que involucrar directamente a los empleados.
- ✓ **Colectivos.**- Sociedades de carácter voluntario creados con un fin diferente al de contratar el seguro. Podrán adquirir el seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo todos aquellos sectores bien definidos de grupos asegurables que cumplan con:
- a) Ser el 100% de los miembros del sector.
 - b) Ser al menos el 75% del grupo total asegurable.
 - c) Ser al menos 10 titulares.

Negocios que no podrán ser cotizados con el esquema de Grupo y/o Colectivo.

Aquellos grupos que se hayan unido con el fin de la contratación del seguro, sin otra característica que lo conforme como grupo asegurable y que no cumplan con las normas establecidas de ser un grupo asegurable deberán cotizarse como negocios individuales. Por lo tanto no podrán cotizarse aquellos negocios que no cumplan con:

- ✓ Características de grupos asegurables.
- ✓ Número mínimo de titulares
- ✓ Porcentaje mínimo de miembros del sector a asegurar.

Es importante el clasificar los negocios que se contraten de manera correcta, ya sean como grupo o colectivo, pues de ello dependerá también el resultado técnico de la compañía.

Solicitud – Cuestionario Médico.

Por lo general en los seguros de Gastos Médicos Mayores Grupo, debido al gran volumen de personas que lo conforman (titulares y dependientes económicos), es prácticamente imposible aplicar una solicitud – cuestionario médico de manera individual con la finalidad de hacer una suscripción y selección de los participantes del mismo, por lo que no es obligatoria su aplicación.

Para los seguros de grupos con cobertura internacional y para los seguros colectivos, es obligatoria la aplicación de solicitud – cuestionario médico.

3.1.4.2 Cotizaciones

Experiencia Propia o Individual

Los negocios que se tarifican bajo este esquema son aquellos que se cotizan de acuerdo a la experiencia en siniestralidad que hayan presentado en años anteriores y únicamente se ofrece a los grupos asegurables que cumplan con lo siguiente:

- ✓ Grupos Mayores a 200 o 500 participantes (titular más dependientes).
- ✓ Grupos cuya siniestralidad del año anterior sea representativa, por ejemplo mayor a un determinado número de siniestros para asegurar una incidencia promedio.
- ✓ Grupos con una prima anula promedio mayor a un monto preestablecido mínimo, por ejemplo: 160 USD o 180 USD.

Aquellos grupos que no cuenten con antecedentes de su experiencia no podrán ser tarificados con este esquema, por lo que deberán cotizarse con las tarifas de experiencia global o general vigentes al momento de la emisión de la póliza.

Si la póliza por renovar tuviese coberturas especiales, fuera de las que se tienen contempladas en la estructura de la tarifa global, entonces se aplicarán los siguientes criterios:

- ✓ Se eliminarían este tipo de coberturas
- ✓ Se cotizaría también con experiencia propia y se aplicaría la prima más alta.
- ✓ Se cotizaría con tarifa global por la parte “normal” y las coberturas extraordinarias se cotizarían bajo experiencia global.

La tarifa que se aplicará en estos negocios depende de la siniestralidad propia en el año póliza anterior. La fórmula que se aplica a la siniestralidad de la vigencia anterior es la siguiente:

$$\begin{aligned} Prima &= ((Sin.Ajus.)*(1+Inf.)*(1+IBNR)/(1-(M+GA+GAD)) \\ Sin.Ajus. &= (SAA-SM.)*(1+ \% Reas.) \end{aligned}$$

Donde:

Sin.Ajus. = Monto de Siniestralidad Ajustada de la vigencia anterior.

Prima = Monto de Prima de la vigencia anterior (sin considerar recargo por pago fraccionado e I. V. A.)

Inf. = Porcentaje de Inflación del sector salud.

M = Margen de Utilidad.

GA = Gastos de Administración y Utilidad.

GAD = Gastos de Adquisición.

SAA = Siniestros completos del año anterior (se deberá incluir complementos)

SM = Suma de siniestros mayores a US \$10,000 de siniestros del año anterior.

%Reas. = % a aplicar por eliminación de Siniestros por Severidad, debido a que son amparados por la cobertura de reaseguro (6%).

Coberturas Adicionales con costo por Convenio Expreso

- ✓ **Cobertura de Padecimientos Preexistentes** – El costo que comúnmente se ofrece es de entre un 20% a un 30% sobre la prima neta anual.
- ✓ **Cobertura de Deportes Peligrosos** – El costo común es del 5% sobre la prima neta anual.
- ✓ **Cobertura de Ambulancia Aérea** – El costo es del 5% sobre la prima neta anual.

Nota: Para el cálculo de la prima de renovación, faltaría agregarle el recargo por pago fraccionado en caso de que el contratante haya elegido forma de pago distinta a anual (semestral, trimestral y mensual), el derecho de póliza (costo de acuerdo al volumen de prima que tiene la finalidad incluir una parte de los gastos administrativos del negocio) y el impuesto federal o gubernamental.

En caso de contar con información de siniestralidad menor a un año, se deberá proyectar el monto de siniestros de tal forma que corresponda a un periodo completo de un año.

La prima de renovación que se otorgue, parte de la base de un perfil de población similar en la siguiente vigencia y sobre condiciones de cobertura similares a las manejadas en la vigencia anterior.

La distribución de la prima total cobrada deberá distribuirse de acuerdo a la pirámide de población del negocio cotizado (incluyendo titulares y dependientes), por lo que lo más común es hacer la distribución en porcentajes de acuerdo a las tarifas globales de la compañía por edad y sexo, para obtener el costo individual por asegurados, un subtotal por todas las personas integrantes en los diferentes rangos de edad y sexo, incluyendo el total general el cual deberá coincidir con la prima de renovación para el total del negocio y de esta manera considera la prima que se les cobrará a los nuevos asegurados que se integren al grupo.

Experiencia Global o General

Esta se determina en función de la experiencia que hayan presentado todas las pólizas que conforman la cartera de la compañía, es decir, de acuerdo a la experiencia en siniestralidad (siniestros promedio por rangos de edad y sexo), incidencias o tasas de morbilidad, se determina una tarifa general a aplicarse a todos los negocios que no cumplan con las características enumeradas anteriormente para poderse cotizar de acuerdo a su experiencia propia. Para negocio nuevos, aún con un alto número de titulares (500 o más) que no tengan experiencia siniestral del año anterior, se deberán cotizar con las tarifas vigentes de experiencia general al momento de la emisión de la póliza.

3.1.4.3 Dividendos o Participación de Utilidades

Son aquellos negocios que de acuerdo a su experiencia propia o individual, recibirán participación en las utilidades de la o las pólizas que pertenezcan al mismo contratante

(Pool), a través de dividendos. Los dividendos o participación de utilidades sólo se otorgan para pólizas de grupo.

Lo más común y recomendable es hacerlo para pólizas o pools con primas mayores a un determinado monto preestablecido y establecer de acuerdo al monto que se haya determinado la fórmula máxima a otorgar, el margen mínimo (el cual se reducirá conforme aumente el monto de la prima) y la periodicidad del pago del dividendo que podrá ser anual, semestral o trimestral.

La periodicidad con que se lleva a cabo el pago de los dividendos puede variar dependiendo del volumen de prima, entre mayor sea ésta, el pago del dividendo puede negociarse el realizarse de acuerdo a plazos menores, por ejemplo, trimestrales.

Cuando la fórmula es asignada para un conjunto de pólizas pertenecientes al mismo contratante, deben tener la misma fecha de inicio de vigencia. El cálculo de los dividendos se determina de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$\mathbf{Div. = (P. Dev. * F.) - Sin. - Div. Pag.}$$

Donde:

Div. = Dividendos

P.Dev. = Prima Devengada

F. = Fórmula de Dividendos Otorgada

Sin. = Siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza (incluyendo pagos complementarios de siniestros ocurridos en vigencias anteriores pero pagados en el año de vigencia de la póliza).

Div.Pag. = Dividendos Pagados en el período.

Se sugiere ofrecer fórmula de dividendos, a petición específica del cliente o para ganar un negocio que pueda dejar resultados técnicos positivos. Es aconsejable no ofrecer fórmulas de dividendos mayores al 80%. El porcentaje que reste entre la fórmula de dividendos otorgada y el 100% se considera los gastos de administración, adquisición y margen de utilidad del negocio.

3.1.4.4 Negocios de Cash – Flow.

El sistema de Cash-Flow, consiste en un contrato de administración de siniestros, en el cual el contratante hace aportaciones a la aseguradora con el fin de formar un fondo que sirva para el pago de las reclamaciones por concepto de Gastos Médicos Mayores que cumplan con lo establecido en las condiciones del plan.

El Contratante cuenta con un auto-seguro, pues él asume enteramente todo el riesgo y la función de las compañías de seguros o de otras entidades es exclusivamente el trámite y la administración de los siniestros. Algunas veces se convienen algunas exclusiones al plan entre el contratante y la compañía de seguros.

En este sistema el contratante corre con el riesgo de los siniestros ocurridos durante la vigencia del plan y la aseguradora únicamente se encarga de la administración del plan y de dar el servicio de pago directo o reembolso a los asegurados participantes.

La prima teórica anual del plan se deberá calcular basándose en la experiencia de la siniestralidad del último año presentada por el grupo. En caso de tratarse de un grupo sin experiencia, se deberá calcular la prima neta anual que le correspondería pagar al contratante utilizando las tarifas de grupo vigentes, considerándose ésta como la prima teórica anual.

Para iniciar la administración del plan, se deberá exigir al cliente por lo menos una primera aportación anticipada llamada fondo a prima de depósito, el cual será equivalente a 3 meses de la prima teórica anual calculada y así poder llevar a cabo el pago de los siniestros que ocurran a partir de que se cuente con el fondo o prima de depósito.

Es aconsejable realizar mensualmente el corte de los siniestros pagados durante el mes inmediatamente anterior y realizar el cobro por el importe de los mismos más los gastos de administración, los cuales deberán incluir el margen de la aseguradora y la comisión del agente, en caso de que el negocio no sea directo.

En caso de que se agotara el fondo de depósito antes de terminar el mes, se deberá suspender el pago de los siniestros que se tengan pendiente de pago hasta recuperar el fondo o prima de depósito, por lo que se deberá hacer la recuperación del mismo oportunamente para evitar la suspensión de pago de siniestros a los asegurados.

Al final de la vigencia, si existe un saldo a favor del cliente, se podrá utilizar para el siguiente ejercicio o en caso de cancelación del plan, se devolverá el monto del fondo, dando por terminado el compromiso de pago de cualquier siniestro posterior, independientemente de tratarse de algún complemento de siniestros previamente presentados.

Este sistema requiere de una administración muy detallada, por lo que es aconsejable proporcionarlo únicamente para negocios con un número importante de participantes y al mismo tiempo limitar la prima teórica anual mínima, es decir aceptar negocios con un determinado número alto de participantes y con primas superiores a un determinado monto preestablecido, pues la administración del negocio implica gran trabajo.

Los márgenes a utilizar para los gastos de administración y los gastos de adquisición o comisión al agente no deberán ser menores al 10 o 12%.

Por lo general en los negocios de cash-flow, las compañías de seguros actúan únicamente como administradoras de los siniestros y no asumen ningún tipo de riesgo. Pero como la finalidad del seguro es la transferencia del riesgo del contratante a la compañía aseguradora, para esquemas de este tipo, se puede ofrecer dos tipos de cobertura en exceso, que son las siguientes:

- ✓ **Exceso Individual.**
- ✓ **Exceso Stop Loss.**

El exceso individual, empezará a funcionar cuando para una persona rebase el límite individual establecido con anterioridad, esta cobertura ampara la severidad de cada uno de los casos.

El exceso Stop Loss, ampara la siniestralidad de toda la cuenta, una vez que para ésta se haya excedido el límite establecido, esta cobertura amparada tanto la frecuencia de los casos, como la severidad de los mismos (si la compañía aseguradora ya cubrió el importe individual para el exceso de algún asegurado que rebasó el límite establecido, este importe no se considerará para la cobertura Stop Loss, la cual presentará un límite cubierto por cada individuo).

Cuando operan este tipo de coberturas, se consideran las exclusiones o gastos no cubiertos detallados en las Condiciones Generales de Grupo.

3.1.4.5 Negocios con Esquema de Prima Mínima.

Este esquema consiste en otorgar al cliente el beneficio de pagar sólo un porcentaje acordado de la prima (hasta en 2 o 3 fracciones), siempre y cuando la siniestralidad de la cuenta se mantenga por debajo de un porcentaje sobre la prima devengada, el cual es aconsejable no determinarlo por abajo del 70%. Una vez que la siniestralidad sobre prima devengada sea superior a dicho nivel establecido, se cobrará el resto de la prima o la fracción que se haya determinado y así sucesivamente hasta la tercera fracción si ésta existe. El riesgo de la compañía de seguros iniciará una vez que la prima se ha pagado manera total.

Se sugiere sólo aceptar negocios con este esquema, siempre y cuando su prima anual sea mayor a determinado monto y cuyo comportamiento de siniestralidad haga suponer que se presentaron movimientos atípicos de frecuencia y/o severidad, los cuales muy probablemente no se repetirán. También puede aplicar para negocios que presenten diferencias importantes en sus condiciones de contratación respecto a las anteriores (las comisiones se deberán pagar de acuerdo a la periodicidad de pago pactado).

3.1.5 ACCIDENTES PERSONALES

3.1.5.1 Suscripción de Riesgos

Se pueden asegurar personas activas de las siguientes edades, de acuerdo a la cobertura a contratar:

Cobertura	Edad
Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas	12 a 69 años.
Indemnización Diaria por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos	16 a 69 años.

Dichas coberturas pueden ser contratadas dentro de pólizas:

- ❖ Individuales o Familiares.
- ❖ Con vigencia Anual o Corto Plazo.

Unidades de Riesgo. Para la determinación de la prima objeto de este seguro, es necesario contar con todo los datos que permitan identificar a los Asegurados.

Análisis al Asegurado(s) (Unidad de Riesgo):

- Individuo:
 1. Nombre
 2. Fecha de Nacimiento
 3. Sexo
 4. Estado Civil
 5. Estatura y peso
- Clasificación de su actividad (Identificación del riesgo):
 1. Ocupación o actividad (Catálogo de ocupaciones)
 2. Deportes o pasatiempos (Catálogo de deportes)
 3. Ingresos del solicitante
- Características no asegurables (enfermedades y riesgos especiales)

Factores de Riesgo

- 1) **EDAD.** Como edad del Asegurado se considerará los años cumplidos a la fecha de vigencia del seguro o en su caso a la fecha de renovación.
- 2) **ESTATURA Y PESO.** La relación peso-estatura, determina la obesidad o raquitismo de las personas.
- 3) **OCUPACION.** Se cuenta con un catálogo de ocupaciones que se clasifican por su grado de riesgo de la “A” a la “J”, a continuación se da una breve explicación de cada tipo de riesgo.

✓ **Riesgo A**

Personas que trabajan tiempo completo en lugares no peligrosos tales como oficinas, tiendas, locales, despachos, etc., cuya ocupación no representa peligro especial.

✓ **Riesgo B**

1. Personas cuya ocupación se desempeña principalmente en la calle sin exposición de riesgos calificados.
2. Personas que realizan trabajos manuales ligeros utilizando material y herramienta poco peligrosa.

✓ **Riesgo C**

1. Personas que necesiten viajar constantemente para el desempeño de su ocupación habitual, sin exposición de riesgos calificados.

2. Personas que supervisan procesos de manufactura y operaciones de construcción.

✓ **Riesgo D**

1. Personas que manejan vehículos urbanos de reparto y transportadores de carga ligera.

2. Personas que supervisan trabajos en fábricas con productos o sustancias que presentan ciertos peligros.

✓ **Riesgo E**

1. Personas que efectúan trabajos manuales ligeros pero cuyas herramientas, materiales o medio en el que el trabajo se desempeña, representan peligro.

2. Chofer de autobuses foráneos de pasajeros.

✓ **Riesgo F**

1. Personas que efectúan trabajos manuales sin manejar maquinaria, pero cuya actividad es por sí misma peligrosa dado el medio en que se desempeña.

2. Chofer de ambulancia de carga pesada, transportadores de material explosivo o peligroso sean urbanos o foráneos.

✓ **Riesgo G**

1. Personas que manejan maquinaria pesada.

2. Personas que se sirven de motocicletas o motonetas para el desarrollo de su trabajo.

✓ **Riesgo H**

Personas que desempeñan una ocupación cuya propia naturaleza representa un riesgo peligroso y constante.

✓ **Riesgo I**

Personas con ocupaciones sumamente peligrosas pero que a juicio de selector podrían asegurarse.

✓ **Riesgo J**

Personas que por su ocupación comúnmente no son asegurables. En caso de ser aceptados, la prima mínima será la correspondiente a este riesgo.

- 4) **DEPORTES Y AFICIONES.** Debe de analizarse los riesgos de aficiones peligrosas y profesionalismo en deportes a través de convenio expreso.
- 5) **RIESGOS SUBNORMALES.** La preexistencia de enfermedades o deformidades físicas congénitas debe ser anotada en la solicitud del seguro.
- 6) **RESIDENCIA.** Tabla de categorías que clasifican la frecuencia de accidentes por Ciudad.
- 7) **MEDIO DE TRANSPORTE.** Clasifica el tipo de riesgo al que se está expuesto, dependiendo el medio de transporte utilizado, como puede ser sea público o particular, taxi, entre otros.
- 8) **REVISION MÉDICA FRECUENTE.** Este atributo considera la experiencia en cuanto a la prevención de salud y bienestar físico por acudir a revisión y atención médica frecuente.
- 9) **UBICACIÓN LABORAL.** Determina de manera aproximada el riesgo al que ésta expuesto el asegurado, dependiendo la distancia que recorre de su casa a su trabajo.
- 10) **DESPLAZAMIENTO SEMANAL.** Se establece de acuerdo a la periodicidad de salidas mayores a 50 kms. Del lugar de residencia del asegurado.

3.1.5.2 Cotización

La prima de tarifa anual es por millar de suma asegurada, para las edades entre 12 y 59 años de edad.

Para calcular las primas de tarifa para los riesgos “B” a “J” se aplica a la prima de tarifa de riesgo “A”, aplicándole factores de agravación de menor a mayor respectivamente.

Cabe aclarar que para todas las secciones, tratándose de edades de 60 a 64 años inclusive, las primas serán recargadas en un 25% y para las edades de 65 a 69 años inclusive, en un 50%.

Las coberturas serán canceladas a partir de la fecha en el que los asegurados alcancen la edad de 70 años.

3.2 PAGO DE SINIESTROS

3.2.1 SISTEMAS DE PAGO

3.2.1.1 Sistema de Pago Directo o Crédito Hospitalario.

Funciona por lo general para hospitalizaciones mayores a 24 horas y es el pago por parte de la compañía por los servicios otorgados al asegurado (en caso de accidente o enfermedad cubierto), directamente al prestador de servicios hospitalarios y a los médicos con los que exista un convenio o negociación previa de servicios; funcionará en las hospitalizaciones, cirugías programadas o padecimientos que por sus características así lo requieran. La compañía no está obligada a otorgar dicho servicio (se ofrece como una ventaja adicional, pues existen casos en los que puede haber duda sí el caso procede o no).

También algunas compañías ofrecen el servicio de pago directo en caso de urgencias reales u hospitalizaciones de corta estancia (menores de 24 horas), siempre y cuando el paciente acuda a hospitales y médicos en convenio (en territorio nacional), en caso contrario procederá la reclamación vía reembolso.

Los únicos gastos que quedan a cargo del asegurado, en caso de proceder el pago directo, son aquellos gastos no cubiertos por la póliza, tales como gastos personales, gastos del recién nacido, estacionamiento, etc.

3.2.1.2 Sistema de Pago por Reembolso.

Este sistema aplica cuando el asegurado ya ha pagado directamente a los prestadores de servicio, los gastos originados por un accidente o enfermedad cubiertos por su póliza, aplica principalmente cuando el asegurado se atiende fuera de la red de hospitales y médicos en convenio, o para hospitalizaciones menores de 24 horas en las cuales aunque el asegurado se haya atendido con la red médica, no dio tiempo para ofrecer el servicio directo.

En caso de Urgencia Médica cuando los asegurados se atienden fuera de la red de prestadores de servicio, los gastos erogados cubiertos, efectuados por el asegurado serán reintegrados por la compañía, descontando previamente el importe del deducible y coaseguro contratados (algunas compañías en este caso eliminan el deducible y el coaseguro contratados, siempre y cuando sea catalogado como de emergencia, en común acuerdo entre el médico tratante y la compañía de seguros).

Generalidades.

Una mínima reclamación puede tener ambos sistemas de pago, iniciando con pago directo con médicos y hospitales en convenio y para gastos complementarios cuyo monto es menor al gasto inicial (consultas post-hospitalarias o rehabilitaciones), se tramitan vía reembolso. En caso de que el asegurado requiera una segunda intervención mayor, podrá nuevamente hacerlo vía pago directo.

Es importante el mencionar que algunas compañías para motivar a sus asegurados a asistir con sus médicos y a los hospitales con los que tiene convenio, ofrecen una reducción o eliminación del deducible y coaseguro. Con la finalidad de controlar los costos de los gastos erogados por sus asegurados, lo cual también beneficia a los asegurados, pues no tienen que realizar ningún desembolso económico para cubrir su enfermedad o accidente.

Algunos ejemplos de estas reducciones son:

Nota: El asegurado debe utilizar la red médica completa médicos y hospitales en convenio para que se reduzcan o eliminen los montos del deducible o coaseguro, si únicamente asiste a un hospital de convenio y el médico no es de convenio, se aplicarán las cantidades de acuerdo a lo establecido en el producto seleccionado.

Siempre que el monto de la reclamación sea superior al deducible contratado, cuando en intervenciones quirúrgicas se utilice médico y hospital en convenio a través de pago directo:

- ✓ Se reducen entre 250 USD o 500 USD en el deducible y el total de coaseguro o hasta un 10% del mismo (sí el asegurado contrató opciones de deducible o coaseguro iguales o menores a los mencionados, se le reembolsará de manera completa la cantidad monetaria desde el primer dólar).

Existen casos en los que los médicos no están en convenio con la compañía, pero que aceptan sujetarse a los honorarios que la compañía tiene establecidos, por lo cual se le aplican al asegurado las reducciones en deducible y coaseguro estipuladas en las Condiciones Generales.

Otras veces, los médicos aceptan el pago que la compañía de seguros le ofrece, y el asegurado les reintegra la diferencia, con la finalidad de que el asegurado no pague el deducible y el coaseguro contrato. Pero este tipo de hechos van en deterioro de la

imagen de la compañía de seguros, pues el asegurado en la mayoría de los casos se siente insatisfecho por que no fue totalmente cubierta por su seguro su enfermedad o accidente.

La eliminación o reducción del deducible y del coaseguro, representa un incentivo para el asegurado, también representa un ahorro para las compañías de seguros, ya que existen abusos por parte de los prestadores d servicios y con estos convenios se minimizan considerablemente.

3.2.2 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS (MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO).

Las compañías de seguros con la finalidad de poder controlar los costos, establecen convenios con distintos prestadores de servicios médicos, los cuales les ofrecen costos preferenciales en los servicios que brindan. Este convenio es beneficioso para ambas, para la compañía de seguros como medida de control del gasto y para los prestadores, en algunos casos les asegura un mayor volumen de clientes. Los principales prestadores de servicios son: hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, etc.

Es común que las compañías de seguros publiquen un catálogo con los nombres, direcciones y teléfonos de los prestadores de servicios y tengan una red telefónica con servicio las 24 horas del día los 365 días del año con el fin de direccional a sus asegurados a que se atiendan con su red de prestadores de servicios.

3.2.3 TABLA O CATÁLOGO DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS.

A manera de controlar los gastos erogados por los asegurados al utilizar su póliza de gastos médicos mayores, las compañías de seguros tienden a establecer un control sobre los honorarios médicos-quirúrgicos para evitar abusos de algunos prestadores, por lo cual es común que publique una relación o tabla de intervenciones quirúrgicas e la cual se establecen los montos máximos que pagará la compañía por cada tipo de intervención quirúrgica para cada evento, siendo éstos de:

- ✓ Porcentajes aplicables a una base monetaria especificada con anterioridad para cada intervención (ejemplo apendicitis 40%).
- ✓ Cantidades fijas monetarias para cada intervención (ejemplo apendicitis \$500.00 USD).
- ✓ En productos con esquemas hospitalarios (Alta, Medio y Bajo), en el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos, se establecen 3 columnas con cantidades fijas para cada intervención de acuerdo al tipo de plan contratado (ejemplo apendicitis \$500.00 USD plan alto, \$300.00 USD plan medio y \$200.00 USD plan bajo).

Este catálogo es aplicable cuando el pago al asegurado es por el sistema de reembolso, pues en caso de pago directo cuando el asegurado se atiende con los médicos y

hospitales en convenio, ya existe una negociación de costos definida con anterioridad (por lo general los costos negociados con los médicos y hospitales en convenio son menores a los impresos en el catálogo mencionado).

Algunas compañías que no incluyen en sus productos un catálogo de honorarios quirúrgicos por padecimiento, acostumbran el definir los límites de honorarios médicos-quirúrgicos de acuerdo a gastos razonables y acostumbrados (GRA), también denominado GUA (Gastos Usual y Acostumbrado) o GURA (Gastos Usual Razonable y Acostumbrado). Los cuales se definen como el costo promedio que comúnmente se paga por intervención para determinado hospital, zona, región o ciudad, que se fija convencionalmente entre la compañía de seguros y los prestadores de servicios médicos (sin que éste exceda el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el servicio suministrado), en base a estudios periódicos de los precios regionales, el interés común, la buena práctica médica y el beneficio del paciente (en una misma ciudad, puede variar el costo del procedimiento entre un hospital de alto costo con una mejor tecnología, que otro hospital con tecnología de calidad, pero no con lo último o ala vanguardia de la medicina). También es importante el mencionar que la compañía toma en consideración que el proveedor cobre lo mismo en caso de que no exista el seguro.

En el seguro de Salud la forma de pago a los proveedores de acuerdo a la forma de contratación, por lo general puede ser de las formas siguientes:

- ✓ **Pago por servicio prestado (fee for service)** – Esta forma de contratación supone que el pagador de servicio debe desembolsar una suma fija por cada servicio prestado. El precio que se paga puede ser concertado o no con anterioridad.
- ✓ **Pago por caso-** El servicio que se paga es un tratamiento de un caso completo, como por ejemplo la atención recibida por una apendicitis. Se asume que cada patología tiene en promedio un costo estándar.
- ✓ **Pago por capitación-** Este tipo de contrato se da cuando el pagador del servicio se compromete a pagarle al proveedor un monto fijo por caso paciente cubierto, sin importar el número de veces que el paciente acuda al médico o al cualquier institución contratada.
- ✓ **Pago por presupuesto-** Este tipo de pago se utiliza únicamente en instituciones hospitalarias o ambulatorias de cualquier nivel de atención. Puede ser de dos formas: Por Presupuesto Histórico, toma la experiencia de los gastos que se han producido en el pasado, actualizándolos con algún indicador financiero, Presupuesto Proyectado, el cual se basa en los volúmenes de atención en las patologías esperadas en un período dado de tiempo.
- ✓ **Pago por salario (igualala)-** Pago periódico de una suma fija independientemente del tipo o cantidad de servicios prestados. Predominante utilizado en el pago a los médicos generales o en algunas especialidades básicas.

Los asegurados que utilicen estos servicios por lo general únicamente podrán asistir con los médicos, a los hospitales, farmacias, laboratorios, casas de ortopedia, etc., que formen parte de la red médica (conjunto de proveedores de servicios médicos especializados). En caso de atenderse fuera de la red médica el servicio no será

cubierto, salvo los casos de urgencia o emergencia, previa validación de la compañía de seguros.

IV. COMPORTAMIENTO FINANCIERO DEL SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES EN LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

4.1.1 EL MERCADO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO

En la actualidad del seguro de Gastos Médicos Mayores es ofrecido por un total de 24 compañías, representan el 60% del total de las instituciones de seguros en nuestro país.

En 1992, la producción de primas directas del sector asegurador privado en México, se distribuyó entre las tres operaciones del seguro, como sigue: 34% correspondió a Vida, incluyendo los tipos de seguro individual, grupo y colectivo; 58% a Daños, en la totalidad de sus ramos; y 8% a Accidentes y Enfermedades.

Dentro de la operación de Vida, el 53% de las primas directas correspondió a planes individuales, y el 47% a pólizas empresariales; de éstas últimas, el 57% se suscriben en contratos de seguro de grupo y 43% en pólizas colectivas.

Del total de primas directas de la operación de Accidentes y Enfermedades, el seguro de Gastos Médicos Mayores tuvo una participación del 91% y el de Accidentes Personales del 9%.

En lo que respecta a cada tipo de seguro, las primas directas de pólizas Colectivas significaron el 50%, las de Individual el 37% y las de Grupo el 13%, del total emitido a nivel de mercado en ese mismo año.

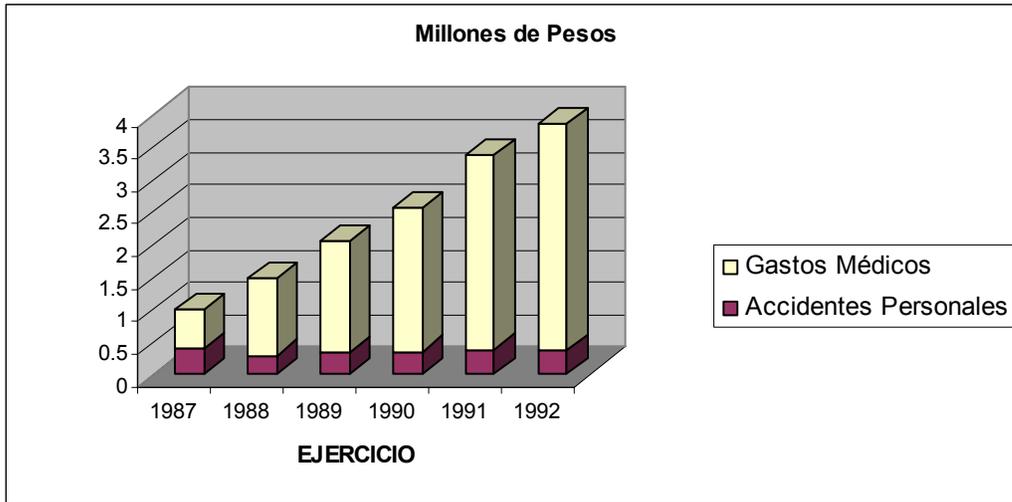
El comportamiento de la prima directa en la operación de Accidentes y Enfermedades, durante el período 1987-1992 se puede observar en la Gráfica 1.

Como es evidente a partir de esta ilustración, la línea de productos que ha logrado dar mayor relevancia a la operación, es la de gastos médicos mayores, cuya prima directa ha sostenido un crecimiento promedio del 55%, durante los últimos seis años, en términos reales.

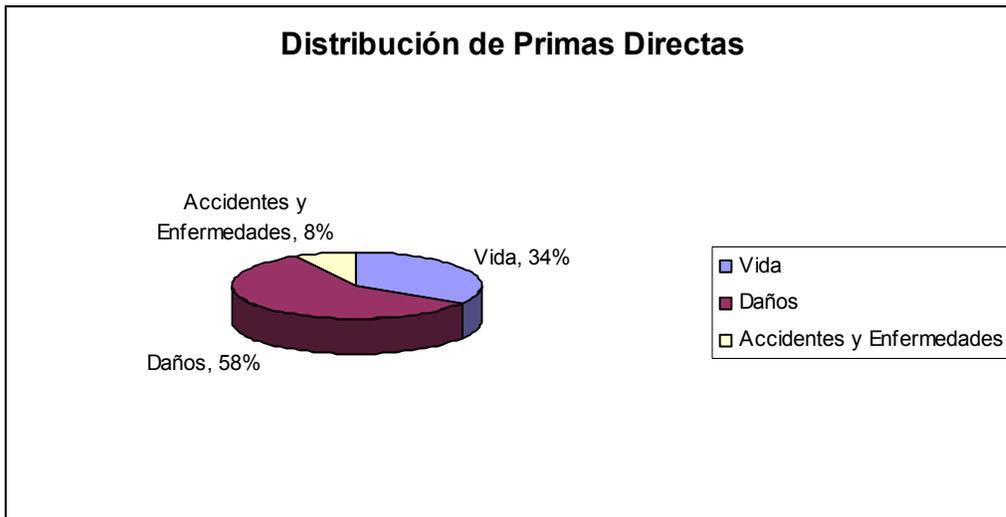
En contraste, se observa que la producción de primas de Accidentes Personales (AP) no muestra un comportamiento creciente en todos los años, logrando en promedio incrementarse en forma moderada.

Nótese también, que en 1987, los niveles de prima de GMM y AP eran prácticamente equivalentes.

GRAFICA 1
Crecimiento de la Operación de Accidentes y Enfermedades
Primas Directas



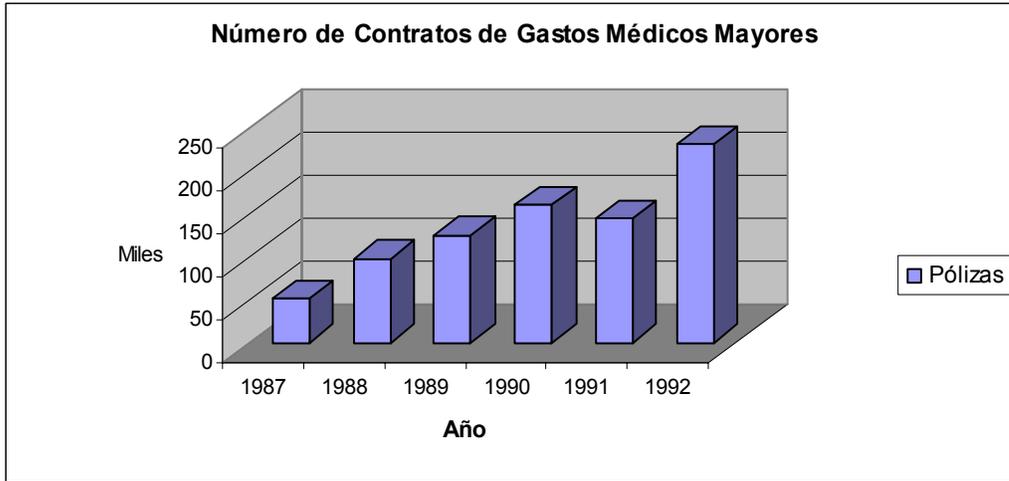
GRAFICA 2



Por otra parte, el número de contratos del seguro de que se trata, incluyendo pólizas individuales, colectivas y de grupo, ha tenido un incremento promedio en el mismo periodo sexenal del 14.5%.

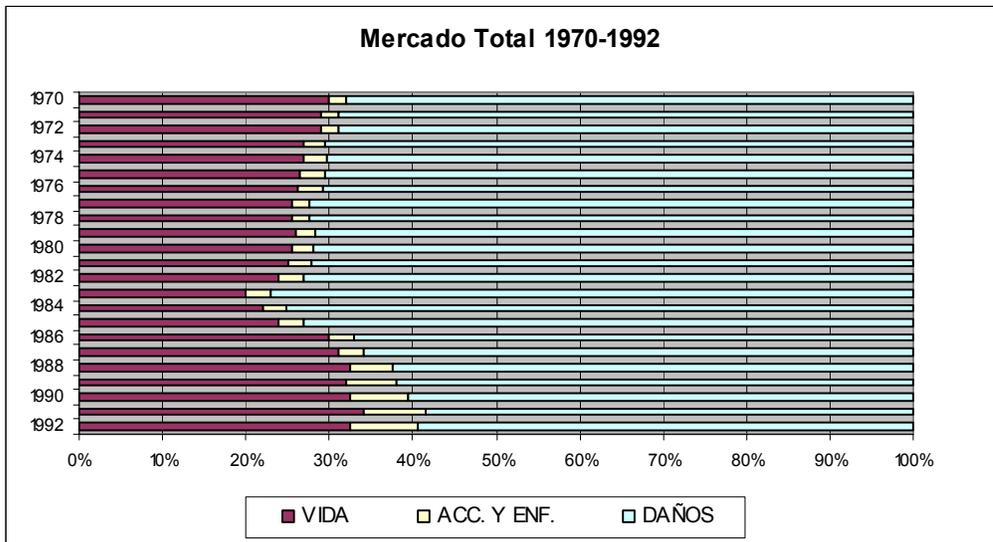
La Gráfica 3 muestra el desarrollo experimentado por el mercado mexicano, en cuanto al volumen de expedición de pólizas de seguro de gastos médicos mayores. Sin hacer distinción por tipo de contrato.

GRAFICA 3



Un seguimiento de la composición de la cartera total del mercado mexicano de seguros, indica cómo la operación de Accidentes y Enfermedades se ha venido abriendo paso en la industria, de manera importante, durante el período 1987-1992.

**GRAFICA 4
COMPOSICION DE CARTERA**



Durante el período que va de 1970 a 1987 la operación de Accidentes y Enfermedades tuvo una participación en la prima directa del mercado total de entre el 2% y 3%; sin embargo, su contribución en la industria ha mostrado un repunte en los últimos cinco años, hasta alcanzar en el ejercicio 1992 una representatividad del 8% de la producción total del sector asegurador.

Para hacer notar aún más el gran dinamismo con el que se ha desarrollado el seguro de Gastos Médicos Mayores en el mercado mexicano, se contrastó la evolución de su desempeño en primas directas con respecto al de otras operaciones de seguros.

El seguro en estudio ha observado un incremento promedio anual, en términos nominales, del 73.1%, mientras que las operaciones de Vida y Daños han experimentado tasas de crecimiento promedio del 15.5% y 10.5%, respectivamente, cada año, en el mismo período, también en términos nominales.

4.1.2 ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS EN MÉXICO

Actualmente el seguro de GMM enfrenta una serie de situaciones que impiden su desarrollo óptimo en nuestro país. Dentro de los retos a vencer en este mercado, podemos distinguir aspectos relacionados con la regulación del sector, así como también factores que son independientes de la misma.

Como parte de la problemática que no está vinculada con la regulación del sector asegurador, se han diagnosticado los siguientes puntos:

- a. Alta siniestralidad, originada por un período de reblandecimiento del mercado de GMM en cuanto a tarifas y coberturas.*

Durante mucho tiempo se consideró a las pólizas de seguro de gastos médicos mayores como un tipo de contrato en el cual la obtención de resultados negativos por parte de las instituciones 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 “ramo de servicio”, para caracterizar al seguro de GMM, como una cobertura complementaria a la venta de pólizas correspondientes a otras operaciones y tipos de seguro.

El mecanismo consistía en ofrecer a un cliente, ya sea persona física o moral, un paquete de seguros que incluyera las coberturas personales de vida y gastos médicos mayores, así como las coberturas patrimoniales de incendio con todos sus endosos, de automóviles, y de responsabilidad civil.

De esta manera, las pérdidas que originaban las coberturas de GMM y de automóviles, eran compensadas por las ganancias derivadas de las coberturas de vida, incendio y responsabilidad civil.

En los negocios empresariales, entre mayor fuese el importe de la prima correspondiente al paquete de seguros, era también mayor el número de condiciones especiales para el asegurado, que solicitaba el agente o corredor en la póliza de gastos médicos mayores.

Así, fueron surgiendo condiciones extraordinarias como las coberturas de cesárea, maternidad, tratamientos dentales, lentes e incluso preexistencia, ésta última con un recargo, por lo general, de 20% adicional al costo de la tarifa ordinaria y disponible sólo para grupos “grandes”.

Por otra parte, 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 general. Asimismo, determinaron que no era adecuado que el seguro de gastos de médicos continuara reportando pérdidas indefinidamente.

Por ello, en el año de 1989, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), aprobó la formación de un comité técnico para la creación de una nota técnica para los seguros de grupo y colectivo de GMM. Un año antes, la siniestralidad de la operación de Accidentes y Enfermedades alcanzó el nivel máximo que se haya registrado, con un 125.18%.

A partir de entonces las instituciones de seguros han previsto diversos mecanismos de control de siniestralidad, que podemos clasificar en cinco categorías, que a continuación se mencionan:

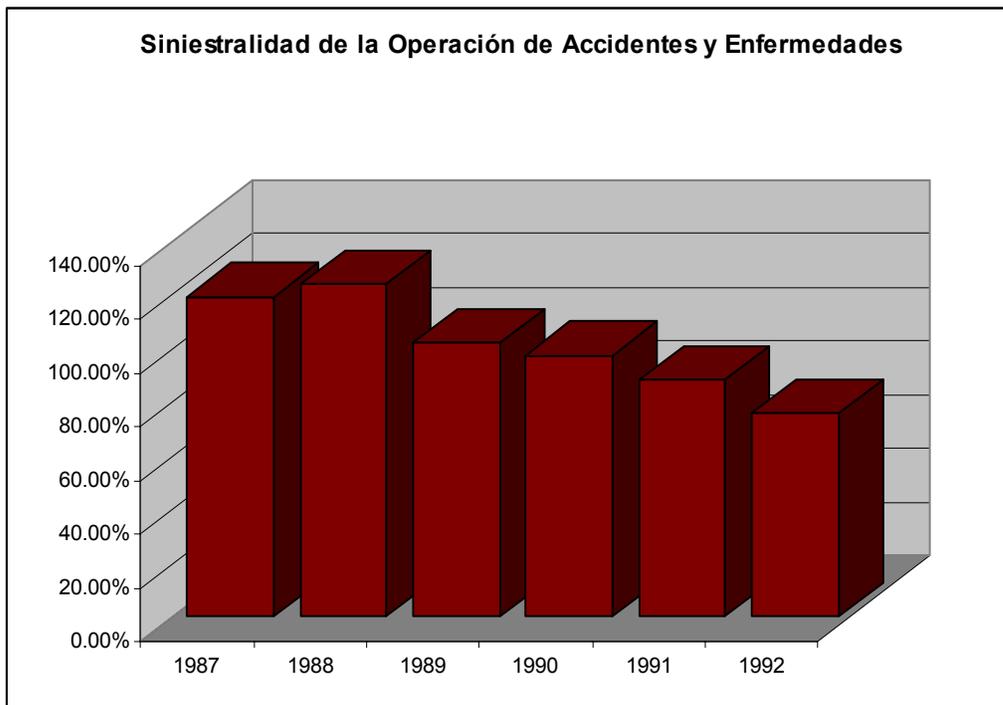
1. *De carácter técnico-estadístico.* Incrementar la tarifa con base en resultados y mantenerla actualizada; continuar diseñando primas diferenciales para grupo y colectivo; aplicar deducibles y coaseguros específicos para algunos padecimientos; elaborar reportes periódicos de siniestralidad y restringir las pólizas abiertas a las ya existentes.
2. *De comunicación con el asegurado.* Explicar la póliza al asegurado a través del agente, dejando muy claras las limitaciones y exclusiones de la misma; realizar pláticas sobre la cobertura de este seguro, para agentes y asegurados de pólizas empresariales; brindar asesoría personalizada al paciente asegurado y redactar una buena definición de preexistencia.
3. *Relacionados con prestadores de servicios médicos y/u hospitalarios.* Que se discuten en el (ii) de esta sección.
4. *Enfocados a la suscripción.* Definir exclusiones de primer año para padecimientos más frecuentes y aplicar períodos de espera estrictos; someter a examen médico a solicitantes de 50 años en adelante, tanto en seguro individual y/o familiar como en colectivo; concienciar al contratante y asegurado de que los abusos en costos de servicios de salud los acaba pagando él mismo por incremento en la tarifa; establecer que en caso de procedimientos de alto costo, alternativos a la cirugía tradicional, se cubrirá hasta el importe correspondiente de ésta y solicitar una carta de certificación de la experiencia de siniestralidad en vigencias de seguros anteriores, cuando se pretenda un cambio de compañía para pólizas con experiencia propia.
5. *Enfocados a la atención del siniestro.* Establecer límites máximos por consulta médica; utilizar un tabulador o catálogo por intervención quirúrgica obligatorio; efectuar el pago de honorarios de los médicos en el hospital, avisando al

asegurado los límites que, en su caso, hayan sido aplicados; utilizar la oficina informadora de impedimentos (O. I. I.) de AMIS, como apoyo para el dictamen de los siniestros; comparar las historias clínicas contra el informe del médico ajustador para determinar la procedencia de la reclamación, revisar con base en el expediente y facturas, que todo el tratamiento practicado vaya acorde con el padecimiento; promover que los asegurados mismos soliciten el pago directo y busquen la atención del médico ajustador de la aseguradora; así como promover en los casos de reembolsos el uso de la “cirugía programada”, mediante descuentos al asegurado.

En la Gráfica 5 se muestra la evolución que ha tenido la siniestralidad de la operación de Accidentes y Enfermedades durante el período de 1987 a 1992, calculada con el cociente de siniestros de retención entre primas devengadas.

Como se puede apreciar, la siniestralidad de la operación de Accidentes y Enfermedades ha disminuido del 118.7% en 1987 al 75.4% en 1992, esto ha sido resultado de la implantación de algunas de las medidas señaladas líneas arriba.

GRAFICA 5



Cabe agregar que hasta ahora no es posible disponer de la información correspondiente al importe neto de los gastos de adquisición y de operación del seguro de GMM, debido a la estructura actual del Sistema de Información Financiera.

Al respecto, existe ya una iniciativa de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para que, a nivel de mercado, las instituciones de seguros desglosen la información financiera que se señala, en lo que corresponde a los seguros de GMM y AP.

Como sabemos, al obtener información agregada de siniestralidad para los seguros de Accidentes Personales y Gastos Médicos Mayores se presenta un efecto de neutralización de resultados, toda vez que mientras el seguro de GMM es de los de más alta siniestralidad, el seguro de AP es uno de los más “nobles”, en el sentido de que presenta índices muy favorables en la variable que se menciona.

No obstante, consideramos que el comportamiento observado puede dar una idea muy aproximada de la siniestralidad del seguro de GMM es de lo de más alta siniestralidad, el seguro de AP es uno de los más “nobles”, en el sentido de que presenta índices muy favorables en la variable que se menciona.

No obstante, consideramos que el comportamiento observado puede dar una idea muy aproximada de la siniestralidad del seguro de GMM, habida cuenta del alto porcentaje con el que éste participa en la operación de Accidentes Escolares.

ii) Ausencia de mecanismos eficientes, que regulen el monto de los honorarios médicos y quirúrgicos.

Este es uno de los aspectos que más preocupan a las instituciones de seguros, ya que el seguro de GMM se ha convertido para los cirujanos, en una oportunidad para incrementar sus ingresos.

Los representantes de las compañías consideran que existen médicos que, al conocer que el paciente cuenta con una póliza de seguro médico, establece un importe mayor para sus honorarios quirúrgicos que los que cobraría para la misma intervención, en caso de que el paciente no contara con dicha cobertura.

Para ello, las aseguradoras han desarrollado diversos mecanismos y se han propuesto implantar algunas medidas más, para el control de los honorarios de los prestadores de servicios médicos, que consisten en:

1. Establecer convenios más claros con médicos reconocidos.
2. Aumentar la red de prestadores de servicios bajo convenio de pago directo.
3. Dar a conocer de antemano a los médicos el catálogo de intervenciones quirúrgicas, e incluso discutir con ellos a priori los límites por procedimiento que éste establece.
4. Crear un cuerpo de médicos ajustadores.
5. Retomar el concepto de “gasto usual” o “costo razonable”, para los honorarios médicos dependiendo de la especialidad y prestigio de cada cirujano.
6. Proporcionar al asegurado una lista de médicos especialistas bajo convenio.
7. Utilizar varios niveles de catálogo de honorarios por intervención quirúrgica.

8. Elaborar un proyecto con las autoridades para regular los honorarios médicos, que permita manejar, a nivel de mercado, una guía de costos por intervención quirúrgica (fee guide), con límites mínimo y máximo, y
9. Establecer comunicación entre las propias instituciones de seguros, para identificar aquellos médicos cuyos honorarios están fuera de los límites del seguro y negociar con ellos, a nivel sectorial, para lograr una reducción de costos.

A la fecha, la mayoría de las empresas del sector ya han puesto en marcha, en mayor o menor medida, los primeros siete puntos de la estrategia que se describe, con resultados positivos.

Podemos señalar, que de acuerdo a la Encuesta al Sector Asegurador citada arriba, el 90% de las aseguradoras con mayor penetración en el seguro de GMM emplean la figura del médico ajustador, el 55% de las mismas promueven el uso de la cirugía programada y un 30% recomiendan a sus asegurados la segunda opción clínica, en casos de duda.

Sin embargo, quedan pendientes aún las últimas dos acciones, cuya realización requiere del trabajo coordinado de todas las aseguradoras que operan el seguro de GMM en nuestro país.

iii) Complejidad de las condiciones generales de la póliza, que dificulta al asegurado una adecuada comprensión de los alcances y limitaciones de este contrato.

Dentro de la problemática que enfrenta en la actualidad el seguro en estudio, los factores que se vinculan directamente con la regulación del propio sector son los siguientes:

i) Falta de estadísticas que permitan una tarificación bajo principios de suficiencia, equidad y consistencia.

Los recursos de información acerca de la siniestralidad del seguro de GMM con que cuentan las instituciones del mercado y que utilizan en la elaboración de las tarifas de sus productos, corresponden en un 60% a la propia experiencia de cada una de dichas aseguradoras; en un 24% de los casos recurren a experiencia de otras compañías o del mercado en general; y un 16% de la información utilizada proviene de la experiencia extranjera.

La situación anterior implica que, en buena medida, el seguro de gastos médicos Mayores opera actualmente en el mercado mexicano con base en tarifas prácticamente experimentales.

ii) 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.

Esto significa 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.

iii) Rotación de negocios de seguro de grupo con experiencia propia, que origina pérdida de cobertura para los asegurados, así como pérdidas para las compañías de seguros.

4.2. ESTADÍSTICAS DE LOS SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

4.2.1. Cuadro I

Seguro de Gastos Médicos Mayores

Por Entidad Federativa
2000-2003

Entidad	Pólizas en Vigor								Número de Asegurados en Vigor							
	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
1 AGUASCALIENTES	457	0.16%	688	0.20%	1,594	0.40%	1,821	0.36%	17,048	0.61%	11,216	0.36%	19,930	0.58%	2,025	0.05%
2 BAJA CALIFORNIA NORTE	6,899	2.36%	7,804	2.27%	9,513	2.37%	11,632	2.29%	38,676	1.39%	52,635	1.70%	57,448	1.66%	62,049	1.63%
3 BAJA CALIFORNIA SUR	79	0.03%	103	0.03%	617	0.15%	403	0.08%	687	0.02%	821	0.03%	2,234	0.06%	2,201	0.06%
4 CAMPECHE	91	0.03%	127	0.04%	470	0.12%	458	0.09%	363	0.01%	582	0.02%	2,092	0.06%	1,716	0.05%
5 COAHUILA	4,565	1.56%	5,111	1.49%	7,118	1.77%	7,934	1.56%	27,255	0.98%	32,390	1.05%	50,539	1.46%	43,483	1.14%
6 COLIMA	393	0.13%	558	0.16%	975	0.24%	1,236	0.24%	1,623	0.06%	2,308	0.07%	3,935	0.11%	4,275	0.11%
7 CHIAPAS	308	0.11%	383	0.11%	1,152	0.29%	581	0.11%	803	0.03%	1,560	0.05%	4,990	0.14%	2,094	0.06%
8 CHIHUAHUA	8,847	3.02%	10,547	3.07%	12,703	3.16%	16,058	3.16%	121,475	4.36%	137,701	4.46%	168,191	4.86%	151,958	4.00%
9 DISTRITO FEDERAL	114,840	39.26%	137,683	40.02%	155,667	38.73%	222,575	43.78%	1,669,973	59.97%	1,790,708	57.97%	1,865,851	53.88%	2,243,837	59.01%
10 DURANGO	335	0.11%	409	0.12%	876	0.22%	720	0.14%	2,393	0.09%	3,665	0.12%	6,102	0.18%	4,847	0.13%
11 GUANAJUATO	5,075	1.73%	5,557	1.62%	6,077	1.51%	9,861	1.94%	23,715	0.85%	32,492	1.05%	52,741	1.52%	46,211	1.22%
12 GUERRERO	389	0.13%	461	0.13%	1,038	0.26%	1,895	0.37%	2,030	0.07%	1,740	0.06%	4,417	0.13%	4,774	0.13%
13 HIDALGO	529	0.18%	607	0.18%	1,215	0.30%	1,140	0.22%	1,512	0.05%	4,123	0.13%	6,151	0.18%	4,459	0.12%
14 JALISCO	27,705	9.47%	32,475	9.44%	36,527	9.09%	46,224	9.09%	150,536	5.41%	151,985	4.92%	193,829	5.60%	217,548	5.72%
15 MEXICO	10,104	3.45%	15,411	4.48%	19,132	4.76%	13,750	2.70%	83,789	3.01%	150,995	4.89%	183,225	5.29%	96,031	2.53%
16 MICHOACÁN	1,405	0.48%	1,900	0.55%	2,765	0.69%	3,894	0.77%	7,669	0.28%	7,229	0.23%	16,234	0.47%	13,038	0.34%
17 MORELOS	1,820	0.62%	2,041	0.59%	2,709	0.67%	2,980	0.59%	12,202	0.44%	18,987	0.61%	15,596	0.45%	14,543	0.38%
18 NAYARIT	378	0.13%	506	0.15%	696	0.17%	845	0.17%	1,527	0.05%	1,550	0.05%	2,428	0.07%	2,405	0.06%
19 NUEVO LEÓN	59,602	20.38%	65,819	19.13%	72,229	17.97%	82,232	16.18%	343,841	12.35%	375,120	12.14%	426,749	12.32%	517,011	13.60%
20 OAXACA	134	0.05%	616	0.18%	536	0.13%	505	0.10%	2,679	0.10%	4,695	0.15%	3,986	0.12%	3,435	0.09%
21 PUEBLA	9,513	3.25%	10,690	3.11%	12,056	3.00%	13,942	2.74%	40,716	1.46%	45,307	1.47%	52,573	1.52%	53,337	1.40%
22 QUERÉTARO	1,987	0.68%	2,697	0.78%	4,373	1.09%	3,708	0.73%	21,446	0.77%	26,309	0.85%	40,826	1.18%	27,795	0.73%
23 QUINTANA ROO	1,519	0.52%	1,888	0.55%	2,596	0.65%	1,920	0.38%	5,294	0.19%	8,503	0.28%	12,005	0.35%	6,458	0.17%
24 SAN LUIS POTOSÍ	1,092	0.37%	1,543	0.45%	2,673	0.67%	3,145	0.62%	13,557	0.49%	11,878	0.38%	16,881	0.49%	15,905	0.42%
25 SINALOA	1,974	0.67%	2,022	0.59%	3,741	0.93%	3,623	0.71%	8,560	0.31%	10,838	0.35%	15,656	0.45%	14,190	0.37%
26 SONORA	16,357	5.59%	18,380	5.34%	20,253	5.04%	25,563	5.03%	90,568	3.25%	94,093	3.05%	92,540	2.67%	89,600	2.36%
27 TABASCO	1,812	0.62%	2,250	0.65%	1,736	0.43%	3,336	0.66%	5,183	0.19%	7,619	0.25%	5,671	0.16%	11,304	0.30%
28 TAMAULIPAS	4,217	1.44%	4,622	1.34%	6,977	1.74%	7,756	1.53%	42,626	1.53%	44,755	1.45%	65,488	1.89%	72,123	1.90%
29 TLAXCALA	62	0.02%	85	0.02%	246	0.06%	306	0.06%	580	0.02%	1,525	0.05%	3,323	0.10%	1,346	0.04%
30 VERACRUZ	2,403	0.82%	2,681	0.78%	4,099	1.02%	6,258	1.23%	8,240	0.30%	11,570	0.37%	21,497	0.62%	19,811	0.52%
31 YUCATAN	7,517	2.57%	8,258	2.40%	9,240	2.30%	11,682	2.30%	33,183	1.19%	37,019	1.20%	41,596	1.20%	43,517	1.14%
32 ZACATECAS	113	0.04%	140	0.04%	306	0.08%	357	0.07%	5,096	0.18%	7,129	0.23%	8,309	0.24%	7,597	0.20%
33 EXTRANJERO	1	0.00%	3	0.00%	17	0.00%	1	0.00%	2	0.00%	11	0.00%	33	0.00%	1,228	0.03%
TOTAL	292,522	100.00%	344,065	100.00%	401,522	100.00%	508,341	100.00%	2,784,827	100.00%	3,089,058	100.00%	3,463,066	100.00%	3,802,151	100.00%

Fuente: Estadística Anual de Accidentes y Enfermedades 2000, 2001, 2002 y 2003

De acuerdo a la información de la estadística anterior las entidades federativas con mayor representatividad en cuanto a la emisión de pólizas son D. F. con el 43.78%, Nuevo León 16.18%, y Jalisco con el 9.09% del total del país en el año 2003, las cuales en conjunto participan en el número de pólizas del mercado total con el 69.05% del total del mercado.

4.2.2. Cuadro II

Seguro de Gastos Médicos Mayores

Por Tipo de plan
2000-2003

Concepto	Pólizas en Vigor				Número de Asegurados en Vigor			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
GASTOS MEDICOS MAYORES	292,522	344,065	401,922	508,341	2,784,827	3,089,058	3,463,066	3,820,151
1.1 INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR	279,605	328,640	385,897	489,396	617,047	721,500	818,377	985,222
1.2 GRUPO	6,155	8,542	9,793	11,468	1,045,985	1,197,061	1,390,134	1,471,148
1.3 COLECTIVO	6,762	6,883	6,232	7,477	1,121,795	1,170,497	1,254,555	1,363,781

Concepto	Número de Sinistros				Suma Asegurada			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
GASTOS MEDICOS MAYORES	264,767	297,562	350,997	329,921	1,786,863,130,126	2,148,028,229,333	1,898,757,512,238	2,881,406,990,690
1.1 INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR	70,507	97,374	122,849	116,391	493,063,550,517	580,197,143,723	691,149,283,547	1,004,490,479,197
1.2 GRUPO	87,870	93,979	111,148	121,312	596,815,702,629	977,796,437,688	662,970,867,258	1,167,234,213,395
1.3 COLECTIVO	106,390	106,209	117,000	92,218	696,983,876,980	590,034,647,922	544,637,361,433	709,682,298,098

Fuente : Estadística Anual de Accidentes y Enfermedades 2000, 2001, 2002 y 2003
Cifras en pesos

De acuerdo a la estadística anterior claramente se ve la importancia que esta tomado los seguros de accidentes y enfermedades en la población mexicana al incrementar en un 74% el número de póliza por plan del año 2000 al 2003.

4.2.3. Cuadro III

Seguro de Gastos Médicos Mayores

**Por rango de edad
2000 - 2003**

Edad	Número de Asegurados				Número de Sinistros Reclamados			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
0 - 4	269,351	287,561	313,520	324,243	21,466	27,898	35,505	35,533
5 - 9	248,902	267,260	302,963	315,930	13,069	14,996	16,400	14,873
10 - 14	210,636	226,815	258,654	273,792	10,323	11,483	13,781	12,753
15 - 19	183,900	210,521	235,101	271,115	13,794	14,511	17,657	17,052
20 - 24	229,538	280,905	308,672	346,142	21,169	23,145	29,998	27,646
25 - 29	335,692	371,912	423,461	425,544	39,703	40,342	46,139	43,950
30 - 34	377,583	403,063	449,031	485,415	42,266	44,306	49,924	48,427
35 - 39	302,982	322,117	372,103	392,392	29,388	31,970	36,658	34,641
40 - 44	216,294	232,644	270,425	305,083	20,836	24,984	26,750	24,128
45 - 49	152,159	195,976	193,849	246,381	15,301	17,498	20,859	19,201
50 - 54	102,768	113,788	130,768	162,058	12,105	14,280	16,393	15,190
55 - 59	66,126	75,327	88,189	117,843	8,886	11,267	14,777	13,561
60 - 64	42,146	48,866	56,430	75,178	6,778	8,743	10,607	9,653
65 - 69	23,073	28,186	31,808	44,915	4,802	6,214	7,906	6,992
70 - 74	9,585	13,147	14,991	21,305	3,044	3,940	5,050	4,192
75 - 79	3,416	4,563	5,961	8,868	1,274	1,556	2,133	1,711
80 y más	10,673	6,407	7,140	3,947	563	429	460	418
Total	2,784,824	3,089,058	3,463,066	3,820,151	264,767	297,562	350,997	329,921

Fuente : Estadística Anual de Accidentes y Enfermedades 2000, 2001, 2002 y 2003

Cuadro IV.**Seguro de Gastos Médicos Mayores****Por causa de siniestralidad reclamada
2000-2003**

Causa	Número de Siniestros			
	2000	2001	2002	2003
1 CIRUGIA ABDOMINAL Y GASTRICA	26,247	27,965	35,301	36,128
1.1 APENDICITIS	5,044	5,337	5,896	5,358
1.2 COLECISTITIS AGUDA	2,106	2,186	4,218	7,058
1.3 HERNIA INGINAL	2,963	3,125	3,958	3,419
1.4 GASTROENTERITIS INFECCIOSA	7,202	7,000	8,180	8,224
1.5 ULCERA GASTRICA	683	836	1,996	2,311
1.6 HERNIA HIATAL DIAFRAGMATICA	1,339	1,713	2,212	1,822
1.7 COLELITIASIS	3,116	3,476	3,497	3,230
1.8 GASTRITIS AGUDA	3,794	4,292	5,344	4,706
2 PROCTOLOGIA	2,659	2,499	3,123	3,036
2.1 HEMORROIDES	2,659	2,499	3,123	3,036
3 ENDOCRINOLOGIA	966	1,031	2,110	2,032
3.1 DIABETES MELLITUS	966	1,031	2,110	2,032
4 NEUMOLOGIA	2,827	2,818	3,960	3,959
4.1 NEUMONIA	2,827	2,818	3,960	3,959
5 UROLOGIA	5,304	5,831	5,674	5,181
5.1 CISTITIS (INFECC. VIAS URINARIAS)	1,515	1,301	1,273	1,183
5.2 HIPERTROFIA PROSTATICA	971	991	1,022	838
5.3 LITIASIS URETRAL	1,860	2,692	2,470	2,330
5.4 LITIASIS RENAL	958	847	909	830
6 CARDIOVASCULAR	1,540	1,533	2,833	2,629
6.1 INFARTO AL MIOCARDIO	1,540	1,533	2,833	2,629
7 OTORRINOLARINGOLOGIA	9,909	10,362	13,916	10,802
7.1 Fx. NASAL	3,189	3,189	5,218	2,539
7.2 ADENOAMIGDALITIS	4,397	4,449	4,611	4,519
7.3 SINUSITIS	1,384	1,647	2,707	2,459
7.4 OTITIS	939	1,077	1,380	1,285
8 ORTOPEDIA Y TRAUMA	24,744	27,297	27,169	27,276
8.1 POLITRUMATIZADO	15,011	14,402	15,309	16,223
8.2 LUMBALGIAS POSTRAUMATICO	2,074	3,381	3,083	2,549
8.3 LESION EN DISCO INTERVERTEBRAL	2,910	2,688	3,138	2,891
8.4 LESION LIGAMENTOS DE RODILLA	3,296	5,059	3,573	3,565
8.5 ARTROPATIAS	1,453	1,767	2,066	2,048
9 GINECOLOGIA	37,991	39,391	46,766	40,803
9.1 MIOMATOSIS UTERINA	3,843	3,400	3,942	3,311
9.2 QUISTES DE OVARIO	1,726	2,090	2,258	2,375
9.3 MASTOPATIA FIBROQUISTIA Y TUM. B.	1,815	1,311	1,176	1,243
9.4 EMBARAZO	8,436	7,686	13,894	13,305
9.5 CESAREA	22,171	24,904	25,496	20,569
10 ONCOLOGIA	989	930	6,468	5,267
10.1 CANCER MAMARIO	573	583	4,771	3,876
10.2 CANCER PROSTATICO	292	235	1,353	1,067
10.3 CANCER PANCREATICO	124	112	344	324
11 SIDA	151	153	463	459
12 OTRAS ENFERMEDADES	118,390	144,437	146,291	136,469
13 ACCIDENTES	33,050	33,330	56,923	55,880
13.1 ACCIDENTES DE TRANSITO	2,150	1,342	991	464
13.2 ENFERMEDADES DE DROGAS Y MED.	95	81	101	134
13.3 OTROS ENVENENAMIENTOS	164	187	414	378
13.4 OTROS ACCIDENTES	30,641	31,720	55,417	54,904
TOTAL	264,767	297,577	350,997	329,921

Fuente : Estadística Anual de Accidentes y Enfermedades 2000, 2001, 2002 y 2003

V. BASES DE CÁLCULO - DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

5.1 DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS DE GASTOS MEDICOS MAYORES Y SALUD

5.1.1 METODOLOGÍAS MÁS COMUNES AL DESARROLLAR UN PRODUCTO

5.1.1.1 Tarificación Ajustada por Edad y Sexo (Adjusted Community Rating)

Obtención de un costo promedio de acuerdo a la edad actual y el sexo, la cual aumenta con la edad, es decir una prima de acuerdo al riesgo específico de la edad y el sexo.

Tasas de Morbilidad Observada:

Con la finalidad de obtener las incidencias o tasas de morbilidad para un producto de Gastos Médicos Mayores, es necesario calcular las incidencias que contemplan las enfermedades o accidentes de acuerdo a la experiencia observada, se aplica la fórmula de probabilidad clásica (casos favorables/casos posibles), a fin de obtener las tasas deseadas:

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

Donde:

$MO(x,x+4)$ = Morbilidad Observada por rangos de edad y sexo.

$NS(x,x+4)$ = Número de Siniestros por rangos de edad y sexo.

$NE(x,x+4)$ = Número de Expuestos por rangos de edad.

El ejemplo se muestra a continuación:

Cuadro 1. Tasas de Morbilidad Observada o Incidencias

Rangos de Edad	No. Siniestros		No. Asegurados		Incidencias	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0-4	3,756	2,720	32,262	29,833	11.64%	9.12%
5-9	2,133	1,667	29,103	27,430	7.33%	6.08%
10-14	1,798	1,345	25,317	24,589	7.10%	5.47%
15-19	1,798	1,581	22,664	21,868	7.93%	7.23%
20-24	1,776	2,448	20,214	22,121	8.79%	11.07%
25-29	2,308	6,123	25,798	32,907	8.95%	18.61%
34-34	2,740	6,760	30,553	33,913	8.97%	19.93%
35-39	2,762	4,373	29,412	29,858	9.39%	14.65%
40-44	2,172	3,126	24,922	25,557	8.72%	12.23%
45-49	1,819	2,634	19,867	20,382	9.16%	12.92%
50-54	1,690	2,316	15,609	16,357	10.83%	14.16%
55-59	1,514	2,052	11,796	12,502	12.83%	16.41%
60-64	1,338	1,830	8,138	9,378	16.44%	19.51%
65-69	1,116	1,185	5,001	5,347	22.32%	22.16%
70-74	600	629	1,584	1,663	37.88%	37.82%
75-79	176	157	399	371	44.11%	42.32%
80 y más	43	22	162	170	26.54%	12.94%
Total	29,539	40,968	302,801	314,246	9.76%	13.04%

Prima Neta sin Ajustar

Posteriormente se calcula la Prima Neta, considerando la morbilidad observada y el monto reclamado promedio observado (el monto reclamado promedio observado se obtiene de dividir el Monto Reclamado promedio entre el número de siniestros). Lo que se describe mediante la fórmula siguiente:

$$MRPO(x,x+4) = MRPO(x,x+4)/NS(x,x+4)$$

$$PNs/Ajus = M(x,x+4) * MRPO(x,x+4)$$

Donde:

$PNs/Ajus$ = Prima Neta sin Ajustar por rangos de edad y sexo.

$MO(x,x+4)$ = Morbilidad Observada por rangos de edad y sexo.

$MRPO(x,x+4)$ = Monto Reclamado Promedio Observado por rangos de edad y sexo.

$NS(x,x+4)$ = Número de Siniestros por rangos de edad y sexo.

Nuevamente, el ejemplo se muestra a continuación, obteniendo primero el monto reclamado promedio observado en el cuadro 2, para llegar a la prima neta sin ajustar.

Cuadro 2. Monto Reclamado Promedio Observado

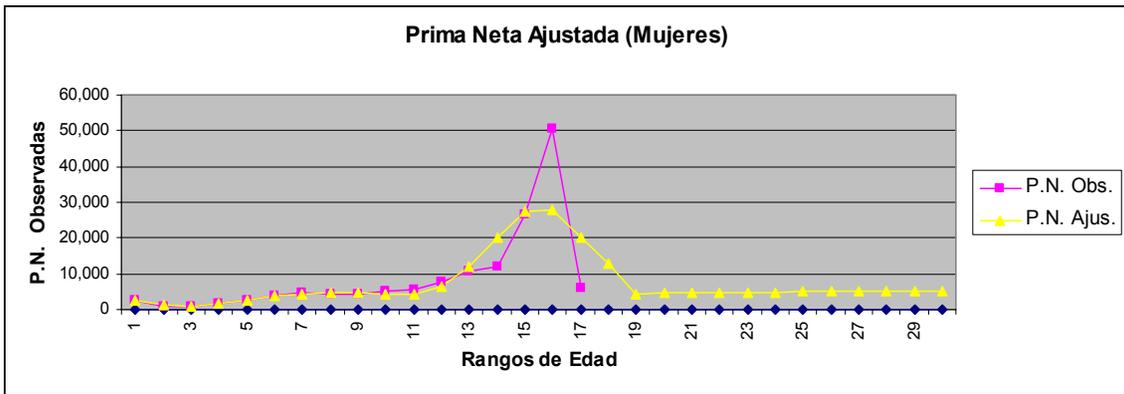
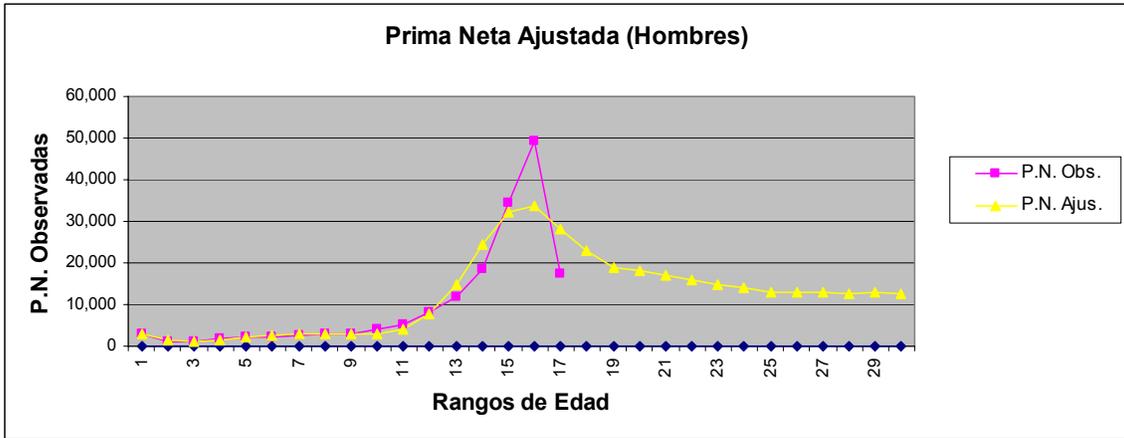
Rangos de Edad	No. Siniestros		Monto Reclamado		Monto Promedio	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0-4	3,756	2,720	95,457,635	82,422,072	25,415	30,302
5-9	2,133	1,667	33,651,645	25,425,621	15,777	15,252
10-14	1,798	1,345	29,451,636	23,153,981	16,380	17,215
15-19	1,798	1,581	38,511,989	38,296,996	21,419	24,223
20-24	1,776	2,448	47,962,252	54,114,159	27,006	22,105
25-29	2,308	6,123	61,998,674	128,156,719	26,863	20,930
34-34	2,740	6,760	74,719,178	155,054,841	27,270	22,937
35-39	2,762	4,373	88,852,598	125,811,378	32,170	28,770
40-44	2,172	3,126	72,634,697	105,408,472	33,441	33,720
45-49	1,819	2,634	79,522,313	101,403,396	43,718	38,498
50-54	1,690	2,316	82,309,444	90,982,149	48,704	39,284
55-59	1,514	2,052	97,683,001	97,745,952	64,520	47,634
60-64	1,338	1,830	97,827,947	98,574,540	73,115	53,866
65-69	1,116	1,185	92,295,148	64,498,920	82,702	54,429
70-74	600	629	54,461,735	44,051,959	90,770	70,035
75-79	176	157	19,583,801	18,733,574	111,272	119,322
80 y más	43	22	2,839,633	1,050,981	66,038	47,772
Total	29,539	40,968	1,069,763,326	1,254,885,710	36,215	30,631

Cuadro 3. Prima Neta sin Ajustar

Rangos de Edad	Incidencias		Monto Promedio		Prima Neta s/Ajus.	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0-4	11.64%	9.12%	25,415	30,302	2,959	2,763
5-9	7.33%	6.08%	15,777	15,252	1,156	927
10-14	7.10%	5.47%	16,380	17,215	1,163	942
15-19	7.93%	7.23%	21,419	24,223	1,699	1,751
20-24	8.79%	11.07%	27,006	22,105	2,373	2,446
25-29	8.95%	18.61%	26,863	20,930	2,403	3,895
34-34	8.97%	19.93%	27,270	22,937	2,446	4,572
35-39	9.39%	14.65%	32,170	28,770	3,021	4,214
40-44	8.72%	12.23%	33,441	33,720	2,914	4,124
45-49	9.16%	12.92%	43,718	38,498	4,003	4,975
50-54	10.83%	14.16%	48,704	39,284	5,273	5,562
55-59	12.83%	16.41%	64,520	47,634	8,281	7,818
60-64	16.44%	19.51%	73,115	53,866	12,021	10,511
65-69	22.32%	22.16%	82,702	54,429	18,455	12,063
70-74	37.88%	37.82%	90,770	70,035	34,382	26,489
75-79	44.11%	42.32%	111,272	119,322	49,082	50,495
80 y más	26.54%	12.94%	66,038	47,772	17,529	6,182
Total	9.76%	13.04%	36,215	30,631	3,533	3,993

Prima Neta Ajustada:

Una vez obtenida la prima neta sin ajustar, se procede a suavizar la tendencia de la misma, a manera que no existan irregularidades importantes entre un rango de edad y otro, lo cual se ejemplifica a continuación:



Los resultados de este ajuste se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro 4. Prima Netas Ajustadas

Rangos de Edad	Prima Neta s/Ajus.		Prima Neta Ajus.	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0-4	2,959	2,763	2,840	2,699
5-9	1,156	927	1,409	1,076
10-14	1,163	942	1,166	892
15-19	1,699	1,751	1,542	1,588
20-24	2,373	2,446	2,084	2,666
25-29	2,403	3,895	2,562	3,731
34-34	2,446	4,572	2,923	4,481
35-39	3,021	4,214	3,112	4,750
40-44	2,914	4,124	3,073	4,548
45-49	4,003	4,975	3,080	4,131
50-54	5,273	5,562	4,077	4,295
55-59	8,281	7,818	7,600	6,498
60-64	12,021	10,511	14,710	12,030
65-69	18,455	12,063	24,283	20,258
70-74	34,382	26,489	32,206	27,288
75-79	49,082	50,495	33,693	27,659
80 y más	17,529	6,182	28,264	20,184

Prima de Tarifa Base:

Con base en los datos obtenidos finales de la Prima Neta Ajustada, se procede a calcular la Prima de Tarifa por edad y sexo, mediante la expresión siguiente:

$$PT(x,x+4) = [PN(x,x+4) * (1+M1) * (1+M2)] / (1-ADQ-ADM-M3-M4)$$

Donde:

PT(x,x+4) = Prima de Tarifa por rango de edad y sexo.

PN(x,x+4) = Prima Neta por rango de edad y sexo.

M1 = Inflación Médica.

M2 = Recargo por Siniestros Ocurridos no reportados.

M3 = Margen de Utilidad.

ADQ = Gastos de Adquisición.

ADM = Gastos de Administración.

M3 = Costo de la Cobertura de Reaseguro (dependiendo de ésta).

Dependiendo de la información estadística que se utilice para tarificar el producto, lo cual varía considerablemente de acuerdo a las necesidades propias de cada compañía, se consideran diferentes hipótesis, para este ejemplo en particular, se consideró que la información estadística utilizada contemplada un plan base promedio con parámetros de suma asegurada o beneficio máximo, así como deducible y coaseguro específicos, los cuales se toman como base para este ejemplo.

Plan Base.

Beneficio Máximo:	\$50,000.00
Deducible:	\$1,000.00
Coaseguro:	10%

Una vez obtenida la prima de tarifa base por rangos de edad y sexo, tomando los parámetros anteriores, se procede a calcular los factores de deducible, suma asegurada o beneficio máximo y coaseguro, mediante las fórmulas siguientes:

Factores de Suma Asegurada o Beneficio Máximo

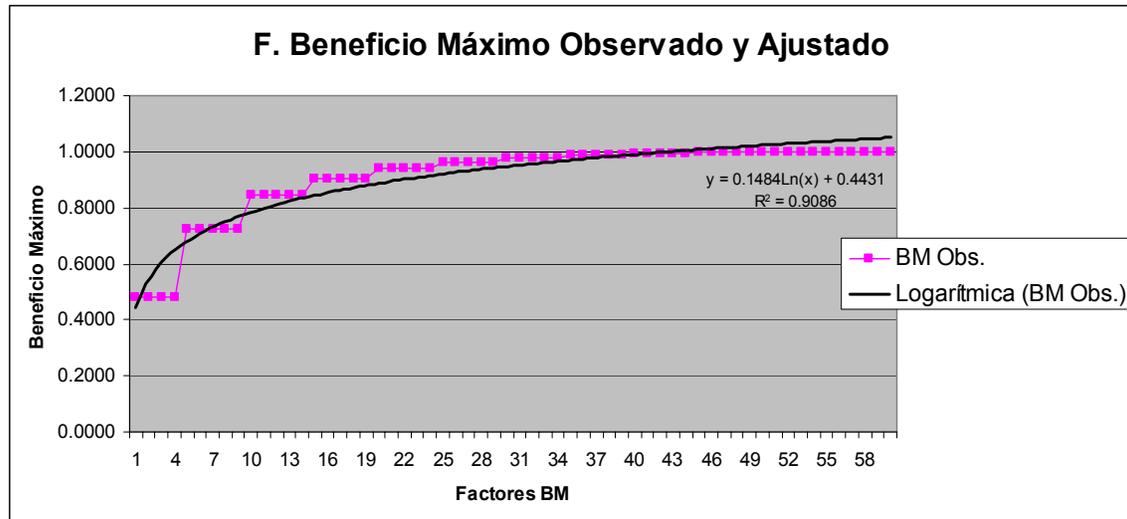
Al monto de siniestros se les asigna un rango de acuerdo al monto observado. Los rangos se determinaron en intervalos de 5,000,000 de pesos. A partir de los rangos observados se obtiene el monto total reclamado y el número de casos presentados por cada uno de ellos, lo cual ayuda a determinar el monto total que se pagaría al modificar la Suma Asegurada o Beneficio Máximo. A partir de cada uno de los rangos utilizados, se obtuvo un factor de descuento por cambio de Suma Asegurada. Dicho factor se obtuvo del cociente entre Monto Pagado con límite de Suma Asegurada X y el monto total reclamado en el período analizado.

Rangos de Siniestros (monto pagado con Suma X)	Casos	Cantidad Reclamada	Promedio	Cantidad Pagada hasta el rango X	Monto Pagado con Suma Aseg. X	Fact. Desc.
0 - 5,000,000	4,396	8,942,720,584	2,034,286	8,942,720,584	3,684	0.4814
5,000,001 - 10,000,000	1,756	12,901,300,044	7,346,982	21,844,020,628	1,928	0.7236
10,000,001 - 15,000,000	975	11,859,405,952	12,163,493	33,703,426,580	953	0.8445
15,000,001 - 20,000,000	433	7,389,256,386	17,065,257	41,092,682,966	520	0.9060
20,000,001 - 25,000,000	208	4,585,793,662	22,047,085	45,678,476,628	312	0.9410
25,000,001 - 30,000,000	111	3,035,969,131	27,351,073	48,714,445,759	201	0.9632
30,000,001 - 35,000,000	75	2,412,769,182	32,170,256	51,127,214,941	126	0.9772
35,000,001 - 40,000,000	47	1,753,222,084	37,302,598	52,880,437,025	79	0.9860
40,000,001 - 45,000,000	19	803,503,823	42,289,675	53,683,940,848	60	0.9921
45,000,001 - 50,000,000	24	1,150,072,113	47,919,671	54,834,012,961	36	0.9965
50,000,001 - 55,000,000	17	899,511,702	52,912,453	55,733,524,663	19	0.9990
55,000,001 - 60,000,000	19	1,100,673,532	57,930,186	56,834,198,195	0	1.0000
Total	8,080	56,834,198,195				

Con la información mostrada en la tabla anterior, se calcularon los factores de beneficio máximo observado o Suma Asegurada, los cuales se resumen en la tabla siguiente:

Límites de Beneficio Máximo o Suma Asegurada	Factores Observados
5,000,000	0.4814
10,000,000	0.7236
15,000,000	0.8445
20,000,000	0.9060
25,000,000	0.9410
30,000,000	0.9632
35,000,000	0.9772
40,000,000	0.9860
45,000,000	0.9921
50,000,000	0.9965
55,000,000	0.9990
60,000,000	1.0000

Posteriormente, se procede a suavizar la curva de los factores de beneficio máximo o Suma Asegurada obtenido, lo cual se muestra en la gráfica siguiente:



Dado que el factor de beneficio máximo del plan tipo es de \$50,000.00, una vez suavizada la información se debe proceder a cambiar la base, expresando los demás factores como tomando como base dicho porcentaje, esto es: $x' = x/0.4450$ y así para todos los descuentos mostrados

Factores de Deducible:

El cálculo de los factores de deducible también se ejemplifican mediante los datos de siniestros por rangos siguientes:

$$TotalPagado(Deducible) = \Sigma Monto Reclamado Total (cada / Rango) - (No. Siniestro * Deducible)$$

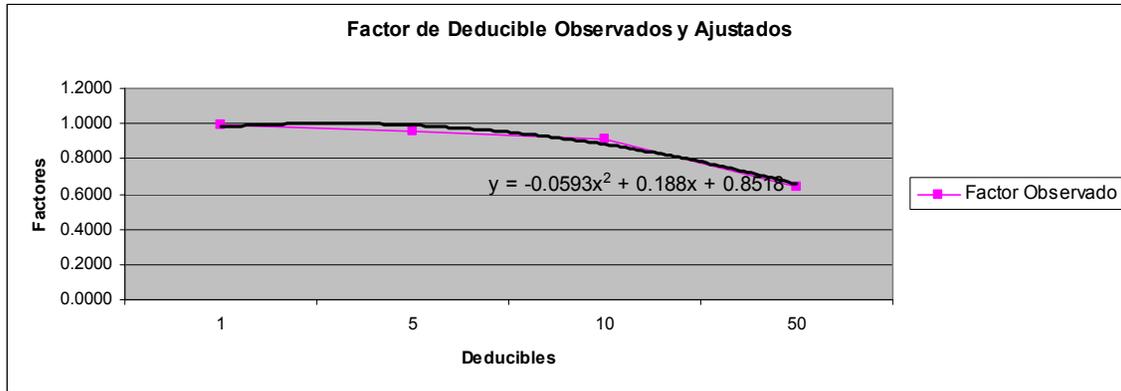
$$Factor = TotalPagadoObservado(Deducible) / Monto Reclamado Total$$

Rangos de Siniestralidad	Monto de Siniestros	No. Sin.	Promedio	1,000	5,000	10,000	50,000
0	25,000	21,594,000	976	22,125	20,618,000	16,714,000	11,834,000
25,001	50,000	33,229,824	768	43,268	32,461,824	29,389,824	25,549,824
50,001	75,000	36,501,850	665	54,890	35,836,850	33,176,850	29,851,850
75,001	100,000	39,572,487	501	78,987	39,071,487	37,067,487	34,562,487
100,001	150,000	23,175,460	220	105,343	22,955,460	22,075,460	20,975,460
150,001	200,000	31,179,600	200	155,898	30,979,600	30,179,600	29,179,600
200,001	250,000	30,134,676	143	210,732	29,991,676	29,419,676	28,704,676
250,001	300,000	33,963,490	121	280,690	33,842,490	33,358,490	32,753,490
300,001	350,000	27,047,812	89	303,908	26,958,812	26,602,812	26,157,812
350,001	400,000	27,131,012	76	356,987	27,055,012	26,751,012	26,371,012
400,001	450,000	19,106,792	43	444,344	19,063,792	18,891,792	18,676,792
450,001	500,000	14,993,760	32	468,555	14,961,760	14,833,760	14,673,760
500,001	600,000	16,976,700	30	565,890	16,946,700	16,826,700	16,676,700
600,001	700,000	15,816,180	23	687,660	15,793,180	15,701,180	15,586,180
700,001	800,000	13,786,020	18	765,890	13,768,020	13,696,020	13,606,020
800,001	900,000	54,840,960	64	856,890	54,776,960	54,520,960	54,200,960
900,001	1,000,000	31,520,000	32	985,000	31,488,000	31,360,000	31,200,000
Total		470,570,623	4,001	117,613	466,569,623	450,565,623	430,560,623
Factores de Deducible				0.9915	0.9575	0.9150	0.6437

El resultado del cálculo de los factores de deducible utilizando la fórmula anterior, se muestran en la siguiente tabla:

Deducible	Factor Observado
1,000	0.9915
5,000	0.9575
10,000	0.9150
50,000	0.6437

Posteriormente, se procede a suavizar la curva de los factores de deducible, lo cual se muestra con un ejemplo a continuación, mediante la gráfica siguiente:



Al igual que los factores de beneficio máximo, se debe proceder a modificar la base de los factores de deducible, considerando el deducible base de la información obtenida para el cálculo de la prima neta y de tarifa, por lo que se deberá dividir cada factor entre el factor base, esto es $x' = x/0.9915$, y así sucesivamente para todos los demás factores.

Factores de Coaseguro:

Dado que el coaseguro se aplicará sobre el monto total procedente, se determinarán los factores para las diferentes opciones, de acuerdo a lo siguiente:

$$F = (1 - COAS.) / (1 - COAS. BASE)$$

Dado que el factor de coaseguro del plan tipo es de 10%, los demás factores fueron expresados tomando como base dicho porcentaje, esto es $x' = x / (1-.10)$.

Donde:

F= Factor de Coaseguro

COAS. = Coaseguro solicitado o resultante (x)

COAS. BASE = Coaseguro del Plan Base (para la tabla siguiente se utilizó 10%)

Por lo que aplicando la fórmula anterior tenemos:

Coaseguro	Factor
0%	1.11
5%	1.06
10%	1.00
15%	0.94
20%	0.89
25%	0.83

5.1.1.2 Tarificación General (Standard Community Rating)

Para calcular el costo de un producto de salud, se procede a obtener las incidencias y monto reclamado promedio para los conceptos que se muestran a continuación:

- ✓ Consultas Medicina Familiar
- ✓ Consultas de Especialidades
- ✓ Urgencias
- ✓ Estudios de Laboratorio y Gabinete
- ✓ Estudios de Radiodiagnóstico
- ✓ Medicamentos (recetas expedidas)
- ✓ Hospitalización y Maternidad

Por lo que la suma del costo de cada uno de estos conceptos, aunados a los respectivos costos administrativos y recargos correspondientes, nos dará como resultado la prima a cobrar para el seguro integral de salud.

Consulta Externa.

Conceptos	Incidencias	Costo Promedio con coaseguro 20% a cargo del asegurado	Prima Neta Consultas
Consulta Medicina Familiar	2.0%	80% * 200	\$320.00
Consulta Especialidades	1.5%	80% * 350	\$420.00
Urgencias	1.0%	80% * 450	\$360.00
Total	4.5%		\$1,100.00

Estudios de Laboratorio y Radiodiagnóstico.

Conceptos	Incidencias	Costo Promedio con coaseguro 20% a cargo del asegurado	Prima Neta Apoyo de Diagnóstico
Laboratorio	2.0%	\$150.00 * 80%	\$240.00
Radiodiagnóstico	25.0%	\$400.00 * 80%	\$80.00
Total			\$320.00

Medicamentos.

Conceptos	Incidencias	Costo Promedio con coaseguro 20% a cargo del asegurado	Prima Neta Medicamentos
Medicamentos	300.0%	\$200.00 * 80%	\$480.00
Total			\$480.00

Hospitalización y Maternidad.

Conceptos	Incidencias	Costo Promedio con coaseguro 20% a cargo del asegurado	Prima Neta Medicamentos
Hospitalización y Maternidad	12.0%	\$30,000.00 * 80%	\$2,880.00
Total			\$2,880.00

Prima Neta Global.

Para obtener la prima neta global, se sumaron los costos obtenidos en los conceptos mencionados anteriormente, los cuales se muestran en la tabla siguiente:

Prima Neta	Prima por concepto
Consulta Externa	\$1,100.00
Estudios de Apoyo para el diagnóstico	\$320.00
Medicamentos	\$480.00
Hospitalización y Maternidad	\$2,880.00
Total	\$4,780.00

Prima de Tarifa Base (Global)

Con base a los datos presentados en la tabla anterior (Prima neta global) se obtiene la prima de tarifa. El cálculo de ésta se realizó de acuerdo a la siguiente expresión:

$$PT = [PN * (1 + MI) * (1 + M2)] / (1 - ADQ - ADM - M3)$$

Donde:

PT = Prima de Tarifa

PN = Prima Neta edad

MI = Inflación Médica

M2 = Recargo por siniestros Ocurridos no reportados

M3 = Margen de Utilidad

ADQ = Gastos de Adquisición

ADM = Gastos de Administración

La información con la que se calculó el producto, considera un beneficio máximo o suma asegurada para el plan básico de:

Plan Base.

Beneficio Máximo	\$1,000,000
-------------------------	--------------------

Si se desea considerar en el producto factores de beneficio máximo o suma asegurada y deducible, se procederá a calcular los mismos, mediante las fórmulas indicadas en Gastos Médicos Mayores.

Factores de distribución por edad y sexo.

Rangos de edad	Hombre	Mujer
0-9	0.44	0.59
10-14	0.52	0.68
15-19	0.61	0.78
20-24	0.72	0.89
25-29	0.85	1.02
30-34	1.00	1.16
35-39	1.18	1.33
40-44	1.38	1.52
45-49	1.63	1.74
50-54	1.92	2.00
55-59	2.26	2.28
60-64	2.66	2.61
*65-69	3.12	2.99
*70-74	3.68	3.42
*75-79	4.33	3.91
*80 y más	5.09	4.48

* solo renovaciones

5.1.1.3 Tarificación General (Experiencie Rating)

Tarificación Global:

$$PNPA = GT / N$$

Donde:

PNPA = Prima Neta Promedio por Asegurado

GT = Siniestralidad o Gasto Total

N = Número de Expuestos

Tarificación desglosada por edad y sexo:

$$PNR = GT(x, x + 4) / N$$

Prima Neta por rango = Siniestralidad o Gasto Total(edad y sexo) / No de Expuestos

Donde:

PNR = Prima Neta por rango de edad y sexo.

GT(x, x+4) = Siniestralidad o Gasto total (edad y sexo)

N = Número de Expuestos

Posteriormente se realizan los ajustes o suavizamiento correspondientes para obtener la Prima de Tarifa, similar a lo mostrado anteriormente.

Cuadro 1.

Gasto Total Erogado	30,000,000.00
No. Asegurados	80,842.00
Prima Neta por persona	371.09
Prima de Tarifa por persona	664.38
Otras Coberturas	0.02
IBNR	0.05
Inflación	0.12
Gastos de Admon.	0.15
Gastos de Adquisición	0.10
Margen de Utilidad	0.05
Reaseguro	0.03
Total Recargos	0.33

Cuadro 2.

Porcentaje de Comisión	Factor	P.T. Base
20%	1.18	780.94
15%	1.08	717.96
10%	1.00	664.38
5%	0.93	618.24
0%	0.87	578.10

A continuación se muestran la prima de tarifa ajustada, de acuerdo a los parámetros antes mostrados:

Cuadro 3. Prima de Tarifa Ajustada

Rangos de Edad	Factores de Distribución		Prima de Tarifa sin Ajustar		Prima de Tarifa Ajustada	
0-9	1.03	0.98	683.40	654.40	373.47	499.61
10-14	0.56	0.58	373.56	386.09	439.47	571.72
15-19	0.70	0.62	464.48	409.11	517.14	654.27
20-24	0.50	0.93	335.12	618.63	608.54	748.66
25-29	0.91	1.58	603.85	1,048.68	716.09	856.72
30-34	1.00	1.70	664.38	1,129.75	842.65	980.37
35-39	1.41	1.53	939.13	1,019.51	991.57	1,121.87
40-44	1.62	1.77	1,074.37	1,175.11	1,168.81	1,283.79
45-49	1.59	2.02	1,057.78	1,341.61	1,373.03	1,469.09
50-54	2.02	2.38	1,341.96	1,578.90	1,615.68	1,681.12
55-59	2.97	2.76	1,970.10	1,832.73	1,901.23	1,923.76
60-64	4.36	3.71	2,895.19	2,462.72	2,237.24	2,201.42
65-69	4.16	3.70	2,767.02	2,456.09	2,632.63	2,519.16
70-74	4.93	4.17	3,272.87	2,768.78	3,097.90	2,882.76
75-79	5.40	5.37	3,590.09	3,567.27	3,645.41	3,298.83
80 y más	4.87	3.61	3,232.97	2,399.56	4,289.67	3,774.96

5.2 SINIESTROS OCURRIDOS NO REPORTADOS (IBNR)

Existen muchas teorías para el cálculo de la reserva de IBNR. No es la intención de este escrito entrar a detalles matemáticos de dichos cálculos, solo se quiere dar una introducción a los conceptos de IBNR y mencionar algunos hechos importantes y prácticos que deben ser referidos al considerar el cálculo de ésta.

En este escrito quisiéramos hacer referencia a los siguientes conceptos solamente:

5.2.1 DEFINICIÓN DE IBNR

Los siniestros ocurridos no reportados (IBNR), son eventos cuya ocurrencia se da durante un intervalo de exposición, pero no son conocidos sino hasta un tiempo después debido a un retraso en el reporte de los mismos.

El IBNR, está constituido por diferentes elementos que son:

- a) Los siniestros ocurridos pero aún no reportados (IBNYR Incurred but not yet reported).
Es aquel evento que ocurre aleatoriamente en algún periodo de exposición e incurre en un retraso antes de ser reportado.
- b) Los siniestros ocurridos pero no reportados completamente (IBNER Incurred but not enough reported), a diferencia de los IBNYR, ya se reportó la ocurrencia del siniestro, pero su costo está incompleto, como es el caso de gastos médicos.

Es decir es una reserva que está directamente relacionada con el proceso del siniestro y busca establecer el valor financiero entre el lapso que transcurre ente “la ocurrencia del siniestro y la fecha en que éste es reportado”.

5.2.2 CUALES SON LOS BENEFICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE IBNR's

La exactitud en la estimación de los gastos que se tienen que pagar por la responsabilidad contraída por la compañía aseguradora, tiene un impacto significativo en su solvencia y estabilidad. La correcta predicción del número total de dichos reclamos y su costo final son de vital importancia para las compañías aseguradoras, ya que éstos son necesarios al elaborar y modificar dicha reserva. Cuando la estimación es incorrecta provoca fluctuaciones en los resultados financieros.

Con el mismo orden de ideas, la fluctuación en los estados financieros de una compañía, al no considerar dicha reserva, provoca que el dinero que se debería reservar para hacerles frente, se transfieran como utilidades, con lo que corresponden de él y en el momento de presentarse algún siniestro de esta clase, se encuentran con el problema de conseguir el dinero para el pago. La compañía aseguradora puede tomar decisiones futuras importantes contando con utilidades ficticias, lo cual puede ir en deterioro de su futuro financiero.

Asimismo, la exactitud es muy importante en el cálculo y estimación de dicha reserva, ya que la aseguradora se compromete al pago de las reclamaciones en caso de siniestros y por lo tanto el precio de los productos debe ser suficiente.

Es decir, costo de la prima debe ser lo más exacto posible considerando que se debe estimar la prima necesaria para crear un fondo para las reclamaciones futuras, además para la obtención de una prima suficiente.

Adicionalmente es importante comentar que dicha reserva va cambiando conforme varía la experiencia, por lo que se debe estar vigilando su desarrollo en cada periodo para comprobar que se tenga la reserva necesaria para poder hacer frente a los compromisos que se lleguen a contraer por parte de la aseguradora.

CONCLUSIONES:

- ✓ En esta investigación se ha presentada una síntesis de los aspectos más relevantes en el proceso de desarrollo técnico, operativo y comercial de los seguros de Accidentes y Enfermedades en México.
- ✓ Aún cuando el seguro de Accidentes y Enfermedades, por el objeto propio de su cobertura se clasifica dentro de los seguros de personas, desde el punto de vista del contratante como un seguro patrimonial.
- ✓ En los seguros de GMM, técnicamente la prima no debe guardar una relación de proporcionalidad con la suma asegurada, debido a que la frecuencia con la cual se presenta un siniestro disminuye en la medida en que su impacto económico es mayor.
- ✓ De acuerdo al diseño actual de los planes de GMM, la participación del asegurado en el monto de siniestro, pactada al tiempo de la celebración del contratado, produce variaciones en sentido inverso al importe de la tarifa.
- ✓ Las posibilidades de desarrollo de padecimientos y erogación de gastos para su atención médica, ya sea en el territorio nacional o en el extranjero, al combinarse, han dado origen a distintas coberturas, con una correspondiente diferenciación de tarifas y condiciones de aseguramiento.
- ✓ Actualmente, salvo ligeras variaciones, existe uniformidad de criterios en cuanto a los conceptos de gastos cubiertos y exclusiones que manejan las distintas instituciones de seguros en los contratos de GMM.
- ✓ El seguro de grupo de gastos médicos mayores se contrata como una prestación de carácter laboral, en la que el asegurado principal no decide si desea tomar el seguro y no contribuye al pago de la prima; como una alternativa surge el seguro colectivo, en el que el asegurado principal toma parte en la decisión de ser asegurado y contribuye al pago de la prima del seguro.
- ✓ Para alcanzar su actual grado de desarrollo, en los últimos seis años el seguro de GMM ha cerrado un ciclo económico, caracterizado por una primera etapa de reblandecimiento de su mercado en cuanto a tarifas y coberturas, seguido de un período de endurecimiento, por el que aún atraviesa.
- ✓ El servicio extracontractual más importe que han incorporado en la última década las instituciones de seguros en los planes de GMM es el concepto de pago directo.
- ✓ En caso de siniestro, las reclamaciones del seguro GMM, en general no se presentan en una sola exhibición. Tomando en cuenta su desarrollo en el tiempo, la dinámica tradicional de indemnización prevee, con independencia de la renovación del negocio, 730 días para el pago de reclamaciones complementarias o el agotamiento de la suma asegurada. Un esquema alternativo reduce el período máximo de indemnización a 365 días en caso de no renovación, a cambio de su extensión hasta el agotamiento de la suma asegurada, si la póliza permanece en vigor.
- ✓ La determinación de un monto máximo indemnizable por período de cobertura en el seguro de gastos médicos mayores, ha motivado la creación del concepto de reinstalación de la suma asegurada.
- ✓ La problemática que enfrenta el seguro de gastos médicos mayores en México, independientemente de la regulación del propio sector, está determinada por: una

- alta siniestralidad en menoscabo de su rentabilidad; ausencia de mecanismos eficientes que regulen el monto de los honorarios médicos y quirúrgicos; complejidad de las condiciones generales de la póliza.
- ✓ Los factores de la problemática que enfrentan en la actualidad el seguro en estudio, vinculados con la regulación del sector, son: falta de estadísticas que permitan una tarificación bajo principios de suficiencia, equidad y consistencia; diferentes criterios de una compañía a otra, para la aplicación del deducible y coaseguro, en combinación con la suma asegurada; y rotación de negocios de seguro de grupo con experiencia propia, que afectan a los asegurados en su cobertura y a las instituciones de seguros en sus utilidades.
 - ✓ Para la solución de cada uno de los aspectos que impiden al desarrollo óptimo de los seguros de Accidentes y Enfermedades, las instituciones de seguros y las autoridades competentes, ya han establecido acciones concretas, con resultados positivos.
 - ✓ Los seguros de Accidentes y Enfermedades han demostrado un gran dinamismo en su desempeño; sin embargo, su complejidad comercial y operativa hace necesario un mayor impulso por parte de las empresas y autoridades del sector.

GLOSARIO

Muchas compañías de seguros, incluyendo las más importantes, suscriben el seguro contra accidentes y enfermedades sobre individuos, o grupos o sobre ambos; además de que se están anexando más compañías a este ramo.

A continuación daré las definiciones que son de mayor utilidad para el desarrollo de esta investigación y para un mejor entendimiento de la misma.

1 ACCIDENTE.

Acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevista, súbita y violenta, que lesiona al asegurado ocasionándole daños corporales. No se considera accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Se consideran como accidentes:

A) La muerte del Asegurado por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.

B) La electrocución involuntaria.

C) La muerte causada por homicidio intencional (atenuado, simple o calificado).

Accidente Deportivo. Cuando una persona practique habitualmente un deporte que no sea de alto riesgo, y durante una de estas prácticas sufra un accidente, a dicho evento se le calificará como *Accidente Deportivo*. Son considerados deportes de alto riesgo aquellos que por su naturaleza implican un mayor peligro para quienes lo practican, tales como montañismo, paracaidismo, motociclismo, velideltismo, automovilismo, tauromaquia, buceo, fútbol americano, artes marciales, etc.

2 ENFERMEDAD

Enfermedad Amparada. Es toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico que no provenga de un “Accidente Amparado” ni de causa expresamente excluida en la Póliza, siempre que tanto su inicio como el primer gasto médico que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la cobertura respectiva.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus

recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un misma Enfermedad Amparada.

3 DEDUCIBLE

Son los **“primeros gastos a cuenta del asegurado”** por accidente o enfermedad. El seguro cubre los gastos procedentes a partir de la suma monetaria contratada como deducible, hasta el límite de suma asegurada seleccionada. La reclamación procederá, siempre y cuando ésta sea superior al monto del deducible contratado.

4 COASEGURO

Cantidad a cargo del asegurado aplicado como porcentaje al total de gastos cubiertos y será aplicado en cada gasto procedente o gasto complementario y se define como la **“participación del asegurado en el riesgo”**, teniendo como finalidad que cuide y esté al tanto de los gastos médicos que ha erogado.

5 SUMA ASEGURADA O BENEFICIO MÁXIMO

Es la responsabilidad máxima de la compañía Aseguradora en el contrato de seguro ante el Asegurado. La Suma Asegurada contratada es por evento, es decir, para cada Accidente o Enfermedad Amparada por la Póliza se tendrá una Suma Asegurada para cada cobertura.

6 PRIMA

Es la responsabilidad del Asegurado en el contrato de seguro ante la compañía Asegurada. Como la vigencia de los seguros de Accidentes y Enfermedades son menores a un año las formas de pago de la prima pueden ser: Pago Único, Anual, Semestral, Trimestral o Mensual con su respectivo recargo para los pagos fraccionados.

BIBLIOGRAFÍAS

- ✓ Bowers, N. L., Actuarial Mathematics, Illinois: Society of Actuaries, 1986.
- ✓ Beltrán Prado M. Aspectos técnicos para la determinación de la prima de riesgo en el seguro de G. M. M., CNSF, 1992.
- ✓ Farrokh, G., A Probabilistic model for IBRN Claims.
- ✓ Mejía Tapia P., Aspectos relevantes del seguro de gastos médicos mayores en México, CNSF, 1993.
- ✓ Solís Soberón F., Competencia Depredatoria en el Seguro de Grupo de Gastos Médicos Mayores Experiencia Propia, CNSF, 1993.
- ✓ Joseph B. Maclean, El seguro de Vida, 1985.
- ✓ AMIS, Estadísticas Anuales de Accidentes y Enfermedades, 2000, 2001, 2002 y 2003.