



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**DESARROLLO DE NOTA TECNICA EN EL RAMO DE SALUD  
PARA UN MICROSEGURO DENTAL INDIVIDUAL**

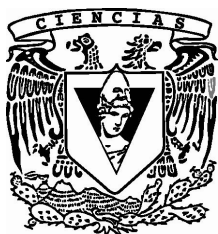
**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**ACTUARIA**

**P R E S E N T A:**

**VERONICA REYES LAVADORES**



**DIRECTOR DE TESIS:  
ACT. JOSE ANTONIO VILLEGAS LARA**

**2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# INDÍCE

Objetivo de la tesis.....	4
Introducción.....	5
<b>CAPITULO 1. BASES DEL MICROSEGURO.....</b>	<b>7</b>
1.1 ¿Qué es el microseguro?.....	7
1.2 Antecedentes del microseguro.....	8
1.3 ¿Cuál es el objetivo del microseguro?.....	8
1.4 ¿Cómo funciona el microseguro?.....	9
1.5 Características del microseguro.....	12
1.6 Microseguro de salud.....	16
1.6.1 Características del microseguro de salud.....	16
1.6.2 Diseño del microseguro de salud.....	17
1.6.3 El material de ventas.....	20
<b>CAPITULO 2. MICROSEGURO EN MEXICO.....</b>	<b>22</b>
2.1 Tipos de microseguro.....	24
2.1.1 Microseguro de daños.....	24
2.1.2 Microseguro de vida.....	24
2.1.3 Microseguro vida-pronafim.....	25
2.1.4 El seguro popular.....	26
2.1.5 Otros tipos de microseguro.....	27
2.2 El mercado del microseguro.....	27
2.3 Canales de distribución del microseguro.....	28
2.4 El microseguro en la actualidad.....	29
2.5 Microseguro dental.....	31
2.5.1 ¿Por qué un microseguro dental?.....	31
2.5.2 Acciones del gobierno federal.....	33
<b>CAPITULO 3. BASES TÉCNICAS.....</b>	<b>35</b>
3.1 Conceptos básicos de seguros.....	35
3.2 Normatividad.....	40
3.2.1 Regulación de los microseguro.....	40

CAPITULO 4. METODOLOGÍA.....	44
4.1 Elaboración y desarrollo de la nota técnica.....	44
4.1.1 Características generales del plan.....	44
4.1.2 Característica especial.....	44
4.1.3 Mercado y canales de distribución.....	45
4.1.4 Moneda.....	45
4.1.5 Territorialidad.....	45
4.1.6 Edades de admisión.....	45
4.1.7 Cobertura.....	45
4.1.8 Preexistencia.....	46
4.1.9 Exclusiones.....	47
4.1.10 Hipótesis demográficas.....	47
4.1.11 Frecuencia.....	47
4.1.12 Suma asegurada.....	47
4.1.13 Gastos.....	49
4.1.14 Participación del asegurado.....	49
4.1.15 Inflación.....	49
4.1.16 Tasa de interés.....	50
4.1.17 Factor de margen de seguridad.....	50
4.1.18 Prima de riesgo.....	51
4.1.18.1 Prima de riesgo pura.....	51
4.1.18.2 Prima de riesgo.....	52
4.1.18.3 Prima de riesgo final.....	54
4.1.19 Prima de tarifa.....	54
4.1.20 Descuentos.....	55
4.1.21 Reserva de riesgos en curso.....	55
4.1.22 Dividendos.....	55
4.1.23 Bonificaciones.....	55
Apéndices.....	56
Conclusiones generales del estudio.....	61
Anexos Generales.....	62
Bibliografía.....	150

## **OBJETIVO DE LA TESIS:**

Los dientes y la boca, también conocida como cavidad bucal o cavidad oral forman tu sonrisa, que a menudo es lo primero que percibe la gente cuando te mira. Además, la boca es fundamental para hablar.

Sin los dientes, sólo se podría seguir una dieta líquida o de alimentos blandos o triturados. Las partes más duras del cuerpo, los dientes, son necesarias para la masticación, el proceso por el cual se desgarran, corta y muelen los alimentos preparándolos para la deglución<sup>1</sup>. La masticación permite que las enzimas y lubricantes que se segregan en la boca faciliten la digestión, o descomposición de los alimentos. Esto convierte a la boca en uno de los primeros pasos en el proceso digestivo.

Una boca mal cuidada puede sufrir diversas afecciones, desde las más comunes como úlceras, caries, dolor de dientes, enfermedades en las encías, hasta las más complicadas como infecciones. Las consecuencias de estas afecciones generalmente son impedimento para comer además de que producen una imagen poco agradable.

De ahí la importancia de procurar una buena salud bucal; sin embargo, ir al dentista tiende a ser costoso para las personas y aún más para las de bajos ingresos y sus familias, por lo cual, la mayor parte de esta población acude a él cuando ya posee un problema grave que tiene como consecuencia la realización de tratamientos aún más costosos o en el último de los casos termina en la pérdida de los dientes.

El objetivo de esta tesis es desarrollar una nota técnica en el ramo de salud para un producto de microseguro. Con ésta se pretende ofrecer a las personas de bajos ingresos y grupos vulnerables la posibilidad de contratar un microseguro dental a una tarifa accesible para que por medio de este puedan tener acceso al cuidado de sus dientes mediante los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud bucal, además de incentivar una cultura de limpieza y prevención para evitar enfermedades más complejas.

---

<sup>1</sup> Acción y efecto de Deglutir: Tragar los alimentos, y en general, hacer pasar de la boca al estomago cualquier sustancia sólida o líquida ([http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=deglutir](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=deglutir))

## INTRODUCCION:

Como consecuencia de que el mundo está viviendo una época de transición social, política y económica, hoy en día se vive una crisis que se ve reflejada en varios factores, como el aumento en la tasa de desempleo, los impuestos que son cada vez mayores, la elevación en el precio de muchos productos y servicios de alimentación básicos, etc. A consecuencia de esto la sociedad se ha visto afectada física y moralmente lo que ha traído como consecuencia la casi nula participación del seguro de cualquier tipo en sus vidas como una opción para cubrirse del riesgo, esto debido a que lo llegan a considerar en la mayoría de las ocasiones como un gasto o lujo innecesario, tomando en cuenta que para las personas en la actualidad los costos de dichos seguros son consideradas en general altos.

En algunos casos, la gente de menos recursos económicos percibe a los seguros de forma negativa, viéndolos como algo que es solamente para los “ricos” ya que no es accesible o incluso, injusto para la población de bajos ingresos. Basado en sus experiencias o lo que hayan oído, la gente a menudo desconfía de los aseguradores o creen que éstos cobran demasiado por nada a cambio. Debido a todos estos factores y muchos más, las compañías de seguros han tenido que ir evolucionando y adaptándose a la nueva forma de vida, implementaron los llamados “**MICROSEGUROS**”. Esta nueva forma del seguro fue creado por el sector asegurador por dos puntos importantes:

1. No perder el mercado ya cautivo debido a la crisis mundial.
2. El más importante: con este tipo de seguros se tiene acceso a la mayoría de la población, es decir, incluyendo a la gente con bajos ingresos, para que la población pueda seguir utilizando los seguros como una forma de protegerse a sí mismos y a sus familias de ciertos riesgos a los que están expuestos.

En México el concepto de microseguro es relativamente nuevo. Hace apenas unos años, las compañías comenzaron a dedicarse a la creación de este tipo de seguro, sin embargo, hoy en día aún no se cuenta con suficiente información o estadísticas para saber cómo se comporta el mercado mexicano y poder ofrecer productos con bases tan sólidas como las que presentan los seguros que se venden actualmente. Debido a esto, el presente trabajo mostrará el desarrollo de un producto de salud y mostrará cómo es que dicho producto puede ayudar a la población mexicana de bajos recursos económicos a hacer frente a riesgos a los que comúnmente están expuestos mediante un seguro sin tener que verse afectado su patrimonio.

Esta tesis está dividida en 4 partes.

La primera parte, bases del microseguro. Define y detalla que es el microseguro, cómo funciona y cuáles son las características que lo describen.

La segunda parte se enfoca en presentar algunos de los microseguros que existen actualmente en México. Incluye apartados sobre el microseguro de salud, el diseño del producto, los periodos de vigencia, definición de la prima, etcétera.

La tercera parte se enfoca en explicar definiciones que son esenciales para desarrollar de la nota técnica tales como: siniestros, severidad, suma asegurada, etc. Además de términos más complejos como es el caso de la inflación para la obtención de la tarifa.

En la cuarta parte se presenta la metodología y desarrollo de la nota técnica en la cual se explica cómo llegar a la tarificación del microseguro, además de la descripción de los tratamientos y servicios que serán otorgados al asegurado así como todas las características que tendrá este producto dental.

# **CAPITULO 1. BASES DEL MICROSEGURO.**

En este capítulo se definirá la palabra microseguro, además se dará respuesta a las siguientes preguntas: ¿A qué se refiere cuando se habla de este tipo de seguro?, ¿Cómo funciona?, ¿Para qué sirve?, ¿Para quién está diseñado? o ¿A quién va dirigido? También, se abordará como surgió, sus antecedentes y sus principales características, los aspectos que lo hacen diferente al seguro tradicional que se conoce en la actualidad. Se mencionará la incursión de este tipo de seguros en México, los aspectos que se deben tomar en cuenta para realizar un producto de microseguro para que se garantice cubrir las necesidades de la población así como la sustentabilidad del mismo.

## **1.1 ¿QUÉ ES EL MICROSEGURO?**

El microseguro es parecido a los seguros convencionales y funciona de la misma manera, es decir, son el mecanismo de transferencia del riesgo mediante el cual el asegurador acepta un riesgo a favor del asegurado a cambio de una prima, esto aplica para cualquier operación: vida, accidentes y enfermedades o daños. La principal diferencia está en que fue adecuado a las características de los sectores de bajos ingresos o personas que se encuentran en la economía informal. Por eso los riesgos a cubrir son más pequeños y más cotidianos, las primas a pagar son mínimas, con coberturas específicas, limitadas y rápidas de indemnizar, es decir, sin mucho papeleo ni trámites. El microseguro es una protección contra determinados riesgos que pueden afectar el patrimonio de una persona o de familias enteras, principalmente porque se encuentran en zonas fuertemente expuestas.

Entre los riesgos más comunes que enfrentan estos grupos son:

- Accidentes.
- Discapacidades.
- Muerte de algún familiar.
- Ausencia de trabajo.
- Accidentes personales.
- Pérdida de propiedad por robo o por incendio.
- Asalto.
- Desastres naturales.
- Enfermedades e incapacidad (pérdida de la salud).

Esta última constituye la crisis más importante para las familias de bajos ingresos, debido a que les genera una pérdida considerable en sus ingresos para la



recuperación de la salud y el bienestar de su familia, dado que no tienen o cuentan con los medios ni los recursos para hacerle frente a este tipo de adversidades.

## **1.2 ANTECEDENTES DEL MICROSEGURO.**

Los microseguros comenzaron en la década de los 90's cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) empezó a experimentar con pólizas extremadamente económicas al tratar de incluir a la población de bajos ingresos al mundo del seguro, con el paso del tiempo, el fenómeno ha llamado la atención de las grandes aseguradoras a nivel mundial. Empresas como Zurich, Allianz o Münchener Rück<sup>2</sup> son tan sólo algunas de las compañías que ya operan este tipo de seguros en países en vías de desarrollo como la India, Bolivia y Perú.

Los microseguros no son un fenómeno nuevo, en realidad estos se iniciaron a partir del microcrédito, concepto ideado por el pakistaní Dr. Akhter Hameed Khan pero desarrollado por el Dr. Muhammad Yunus (Premio Nobel de la Paz 2006) cuando sin intención de lucro decidió, a través de su banco Grameen a principios de los 80's en Bangladesh, otorgar pequeños créditos a personas de bajos ingresos, que a su vez invertirían en una actividad productiva y así poder generar el crecimiento económico de la clase empobrecida. Al ver que tenían una tasa de retorno del 98%, los microcréditos, repentinamente fueron considerados muy buena idea para los principales bancos e instituciones financieras del mundo desarrollado. En la mayoría de los mercados, incluyendo los mercados emergentes (mercados que están en países en vías de desarrollo, caso particular de México), se encuentran una gran variedad de esquemas de microseguros. Por ejemplo, los microseguros de vida en caso de fallecimiento y algunos microseguros de crédito.

## **1.3 ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL MICROSEGURO?**

El microseguro fue creado para enfrentar a la pobreza y su objetivo es ofrecer a los sectores de bajos ingresos acceso a lo que hoy parece imposible, un seguro para hacer frente a una contingencia familiar.

En general, el microseguro está diseñado para que sea apropiado en términos de accesibilidad para las familias de bajos ingresos tanto en precio, lugares comunes donde se pueda pagar y ser atendidos sin tantos requisitos. Éste se puede ofrecer como un producto para un solo riesgo o como un producto para varios riesgos, lo que dependerá de la capacidad de adquisición que tenga cada individuo o familia, debido a

---

<sup>2</sup> Münchener Rück AG (también conocida como Munich Re) es una empresa reaseguradora alemana con sede en Múnich. Es la compañía de reaseguros más grande del mundo con más de 5,000 clientes en 160 países.

que la forma de contratación puede ser de manera individual, familiar o de forma colectiva.

Lo principal del microseguro es que es para aquellas personas marginadas por los principales esquemas comerciales y sociales de seguros, es decir, para personas que no tienen acceso a los productos de seguros convencionales.

Existen dos objetivos principales de los microseguros:

- **Extender la protección social** a la clase baja en ausencia de esquemas gubernamentales apropiados.
- Ofrecer **un servicio financiero** vital a las familias de bajos ingresos, al desarrollar un modelo de negocio que permite a este sector ser considerados como un segmento del mercado que representa ganancia (o es sustentable) para los aseguradores.

No obstante, estas dos variantes tienen mucho en común. Se puede visualizar al microseguro, por un lado, desde una perspectiva de protección social y, por el otro, refleja un mercado potencial para el asegurador.

## 1.4 ¿CÓMO FUNCIONA EL MICROSEGURO?

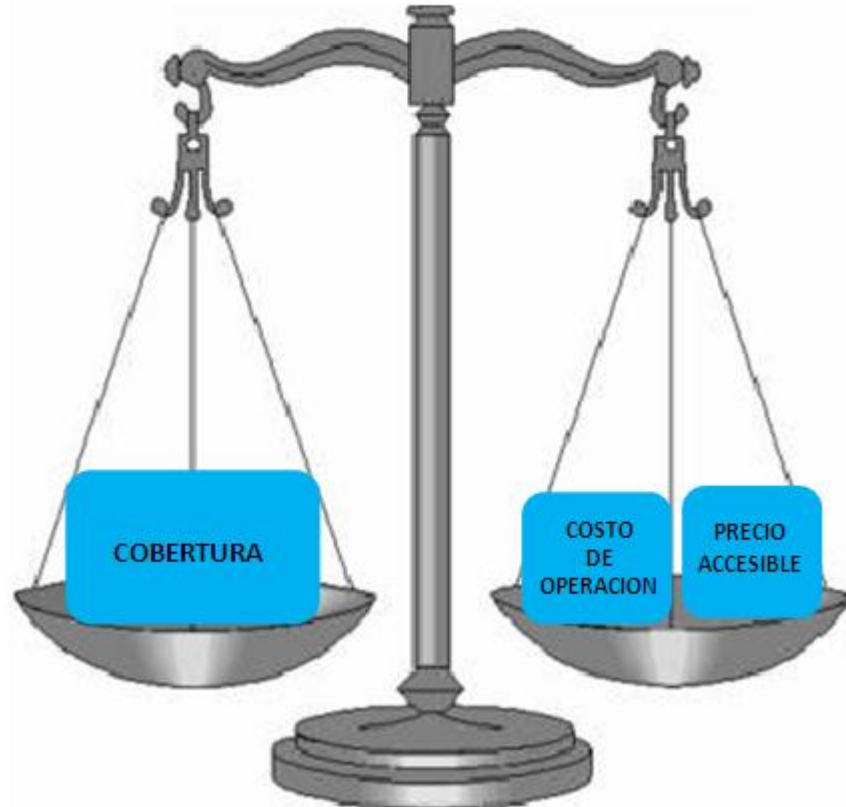
El microseguro funciona y opera de forma similar a los seguros convencionales o tradicionales, sin embargo lo que lo diferencian son:

- Las tarifas son muy accesibles.
- Las coberturas son más limitadas.
- Los canales de venta son diferentes (debido a que los agentes o ejecutivos de venta no siempre quieren vender este producto ya que la comisión que se recibe tiende a ser muy pequeña o mínima).

La esencia de los microseguros es la misma a los seguros que se conocen hoy en día.

Cabe mencionar que para asegurar la sustentabilidad del seguro lo cual se traduce en acceso permanente a los servicios, se debe de tener un equilibrio entre los siguientes elementos:

## DESAFIO DEL MICROSEGURO. EQUILIBRIO ENTRE:



**1.-Cobertura:** se requiere garantizar que las coberturas a ofrecer en este tipo de seguro sean las más adecuadas, es decir, las que la gente necesita.

**2.-Costos de operación:** los costos de operación tienen que ser bajos debido a que en los seguros tradicionales éstos se llevan la mayor parte de la prima a cobrar y en el microseguro la prima es muy pequeña.

**3.-Precio accesible:** el precio es la parte más importante para poder garantizar la sustentabilidad y la solicitud del seguro en el mercado.

Basados en la experiencia del estudio<sup>3</sup> de casos realizado por la reaseguradora Münchener Rück, sugiere que existen tres categorías estratégicas para alcanzar la sustentabilidad de los microseguros:

**1.-Limitar los beneficios:**

- En este punto se sugiere fijar un máximo de suma asegurada.
- Racionar los beneficios.
- Enfocarse en la cobertura más conveniente de alto-costos y baja-probabilidad.

**2.-Enfocarse en la eficiencia:**

- Centrarse en colectividades.
- Usar primas bajas.
- Apoyarse en sistemas de distribución baratos.
- Controlar los costos.
- Negociar por volumen.

**3.-Diversificar los ingresos:**

- Crear un fondo que subsidie las operaciones
- Buscar subsidios de los inversionistas

Estos tres puntos son la clave para poder crear un buen producto de microseguro que sea rentable para las compañías de seguros y que a su vez pueda cubrir las demandas y necesidades de los asegurados.

---

<sup>3</sup> El estudio se centró en las organizaciones que tenían por lo menos tres años de experiencia y cubierto por lo menos 3,000 vidas para conocer cuáles habían sido sus resultados. El proyecto se centralizó sobre todo en experiencias en África, Asia y América Latina.

## 1.5 CARACTERÍSTICAS DEL MICROSEGURO

Una diferencia clave entre microseguro y los seguros tradicionales es la forma en que se pone a disposición del mercado de bajos ingresos.

A continuación se describen las características del microseguro:

- ✓ **Tan incluyente como sea posible:** mientras que las compañías de seguros tienden a excluir los hogares de bajos ingresos, los esquemas de microseguros generalmente se esfuerzan por ser incluyentes, es decir, como las cantidades aseguradas son pequeñas, los costos de identificar personas de alto riesgo, pueden ser más altos que los beneficios que se obtienen al excluirlas.
- ✓ **Agrupar para mejorar la eficiencia y el acceso:** el seguro de grupo es más incluyente que el individual. Aun cuando la economía informal se considera desorganizada, existen agrupaciones, como asociaciones de mujeres, grupos informales de ahorros y crédito, cooperativas, asociaciones de pequeños negocios y demás. Algunos microaseguradores usan esos grupos en forma efectiva apoyándose en la selección de los miembros y reduciendo los riesgos de seguro tales como el fraude, sobre utilización y riesgo moral.
- ✓ **Reglas y restricciones claramente definidas y sencillas:** los contratos de seguros generalmente están llenos de condiciones, cláusulas y escritos en términos demasiado legales y técnicos así como beneficios condicionados. Si los consumidores no entienden lo que está escrito, se pierde su verdadero propósito, por eso el microseguro debe mantenerse tan simple como sea posible de manera que toda persona pueda entender lo que está cubierto.

Los contratos de microseguros tienen que ser escritos en lenguaje sencillo (preferiblemente en lenguaje común) de tal forma que cualquier persona que sepa leer entienda lo que cubre y no cubre.

El producto y los procesos asociados deben entonces ser sencillos de vender y de administrar.

- ✓ **Requisitos sencillos para contratar el seguro:** ésta es una característica importante del microseguro; en los seguros tradicionales para contratar un seguro piden muchos trámites incluso pueden llegar a incluir exámenes médicos. Para el caso de los microseguros tiene que ser un trámite sencillo y se limitan a una declaración de buena salud.

- ✓ **Requisitos sencillos para presentar una reclamación:** el proceso para reclamar algún beneficio tiende a ser tan difícil que acaba por desalentar al reclamante. Dichos obstáculos son inapropiados para los hogares de bajos ingresos cuyos miembros no pueden pasar varios días fuera de su trabajo para darle seguimiento al proceso de reclamación. En el microseguro, los requisitos tienen que ser sencillos al presentar sus reclamaciones.
- ✓ **Participación por parte del asegurado en el pago del siniestro:** generalmente en los seguros tradicionales, el asegurado tiene algún tipo de participación en el pago de los siniestros ya sea mediante un deducible, coaseguro, copago, etc. Para este tipo de seguro (microseguro) no se establecen pago de deducibles, copagos, coaseguros ni cualquier otra forma de participación del asegurado.
- ✓ **Cautela de los clientes:** En general, los hogares de bajos ingresos son aprehensivos en relación a los planes de seguros. Por lo tanto, la educación a los clientes es importante para que sepan el funcionamiento de los seguros y cómo se pueden beneficiar de ellos. Sin embargo, es igualmente importante mantener las promesas y cumplir con las obligaciones, y crear experiencias positivas con los servicios de seguros entre los segmentos de la población de bajos ingresos.
- ✓ **Datos limitados:** aún cuando existan datos relevantes relacionados con la longevidad, mortalidad y morbilidad, estas tablas no reflejan los riesgos de los hogares a los que están enfocados los microseguros, es decir, existe una amplia variedad de riesgos y es un campo que apenas está siendo explorado.
- ✓ **Primas al alcance del bolsillo:** los microseguros tienen que ser factibles para las personas de bajos ingresos porque, de otro modo, no se involucrarán en el sistema, ni se beneficiarán de la cobertura. Existen varias estrategias para hacer al microseguro más accesible como paquetes con pocos beneficios, distribuir los pagos de las primas en plazos, etc.
- ✓ **Cobro de primas:** las primas se deben cobrar en forma eficiente y con términos flexibles de pagos que se adapten a los flujos de ingresos del segmento de bajos ingresos. Por ejemplo, alguien puede preferir pagar una o dos veces al año, mientras que un comerciante pequeño puede preferir pagos mensuales o semanales.

- ✓ **Mercado al que va dirigido:** generalmente los seguros convencionales que conocemos van dirigidos a las clases media-alta dejando a las personas de bajos ingresos fuera de esta clase de seguro, por lo que el mercado del microseguro está dirigido a estas últimas personas.
- ✓ **Prima nivelada:** existe una sola tarifa para todos los asegurados sin importar sexo, edad, puesto laboral, etc. Cuando se trate de grupos la prima tenderá a ser menor porque el riesgo es distribuido entre más personas y al contrario si es individual tiende a ser un poco mayor pero sigue sin tomar en cuenta las variables mencionadas anteriormente.
- ✓ **Sumas aseguradas:** las sumas aseguradas para este seguro deben de ser pequeñas debido a que los riesgos a cubrir también son pequeños.
- ✓ **Canales alternativos de distribución (comercialización):** a los agentes o ejecutivos comerciales tradicionales no les conviene vender microseguros porque sus primas son relativamente pequeñas (y por ende sus comisiones son pequeñas). Así, muchos canales de distribución de microseguros son agentes y corredores de seguros, intermediarios financieros (incluyendo microfinancieras) y centros de influencia (otras personas físicas o morales que deben recibir los programas de capacitación que imparten las aseguradoras). Con frecuencia el regulador permite que el asegurador se responsabilice de los agentes de manera que puede no ser necesario regularlos directamente. Entre los nuevos canales de distribución están:
  - a) El desarrollo de un grupo de agentes dedicados a este segmento específico del mercado.
  - b) Usar las instituciones micro-financieras, las uniones de crédito, el personal de las cooperativas, entre otras para que vendan productos básicos de microseguros.
  - c) Vender productos de microseguros a través de centro de telefonía celular y otras agencias que tienen acceso a los hogares de bajos ingresos.

En resumen, el microseguro no es un producto específico, no está limitado a un tipo específico de proveedor y debe diseñarse para ayudar a las personas de bajos recursos económicos a controlar sus riesgos. **Microseguros es servir a un segmento específico de la población, el de bajos ingresos.**

Con base en lo mencionado anteriormente, se presenta a continuación un cuadro comparativo en el cual se resaltan y resumen las principales diferencias entre los seguros tradicionales y los microseguros:

<b>COMPARATIVO</b>	
<b>SEGURO TRADICIONAL</b>	<b>MICROSEGURO</b>
➤ Las primas se colectan en efectivo o haciendo cargo a cuentas bancarias.	➤ Las primas se cobran en efectivo.
➤ Las tarifas tienden a variar de acuerdo al tipo de cobertura pero generalmente son altas.	➤ Las tarifas deben ser al alcance del bolsillo debido al sector al que va dirigido
➤ Lo venden intermediarios con licencia.	➤ Generalmente lo venden agentes de seguros, microfinancieras o centros de influencia.
➤ Está enfocado generalmente a clases media y alta.	➤ Su principal sector es el de bajos ingresos.
➤ Precio basado en edad, sexo y riesgo específico.	➤ Tarifa única para toda la población, en el caso individual el precio es más alto debido al nivel de riesgo de los asegurados.
➤ Tienden a excluir al sector de bajos ingresos ya que corren un riesgo alto y no se puede dar una prima con bajo precio.	➤ Tratan de ser lo más incluyentes.
➤ Los requisitos para presentar reclamaciones son casi interminables aparte de que hay que darles seguimiento.	➤ Los requisitos para presentar una reclamación deben de ser muy sencillos y fáciles y el tiempo de respuesta debe de ser mínimo.
➤ Reglas y restricciones están en términos demasiado legales y complejos por lo que son difíciles de entender.	➤ Reglas y restricciones muy sencillas para que toda persona pueda entenderlo que cubre y no cubre (se maneja un lenguaje coloquial)
➤ Existe participación del asegurado en el pago del siniestro ya sea con algún deducible o coaseguro	➤ No existe ningún tipo de participación por parte del asegurado en la indemnización del siniestro.
➤ Los clientes aceptan muy bien los seguros debido a que tienen conocimiento de este y saben cómo beneficiarse.	➤ Se tiene que tener cautela con los clientes debido a que tienden a ser aprehensivos con este tema por lo cual es importante que conozcan cómo funcionan.
➤ Existe gran variedad de datos y tablas que ayudan a visualizar los riesgos de mortalidad, longevidad, etc. a los que están expuestos los asegurados.	➤ Los datos sobre los riesgos a los que están expuestos los hogares de bajos ingresos son muy limitados debido a que es un mercado nuevo.
➤ Los requerimientos de selección pueden incluir examen médico.	➤ Si existen criterios de selección, estos se limitan a una declaración de buena salud.
➤ Grandes sumas aseguradas	➤ Pequeñas sumas aseguradas de tres o cuatro veces el salario mínimo anual dependiendo de cómo sea contratado el seguro (individual, familiar o colectivo).



## **1.6 MICROSEGURO DE SALUD.**

El objetivo del microseguro de salud es promover los mecanismos alternativos de protección social. Generalmente este microseguro cubre los padecimientos contra las consecuencias financieras a causa de enfermedades, muerte, vejez, maternidad, etc. Las consecuencias financieras cubiertas por este tipo de microseguro son de diversa naturaleza, por ejemplo:

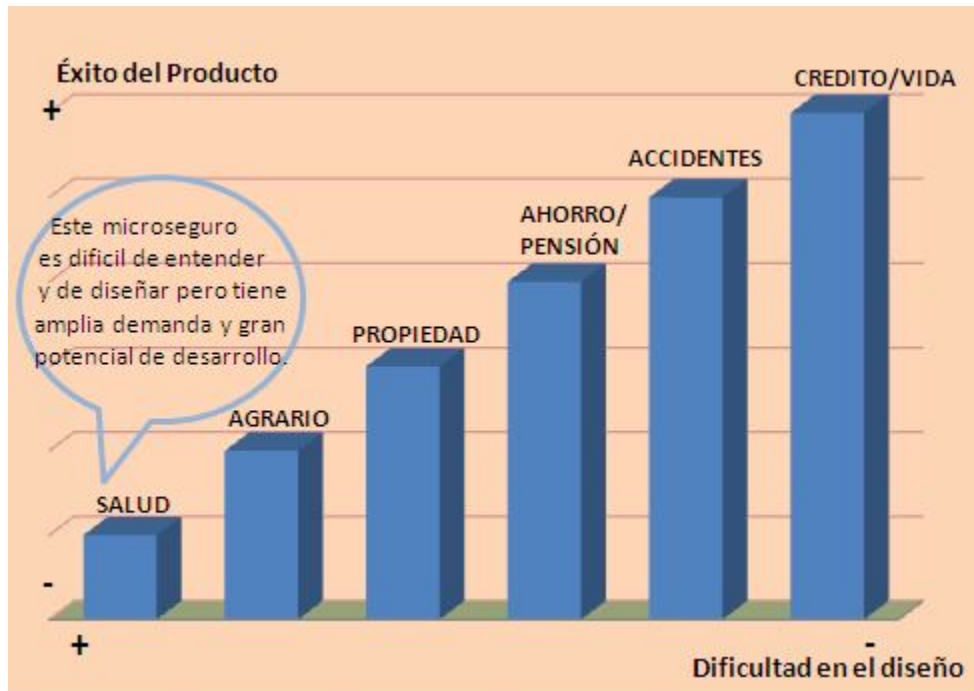
- Costos de medicamentos.
- Médicos para atención y prevención de enfermedades y padecimientos.
- Cuidado y/o cura de las enfermedades.

### **1.6.1 CARACTERÍSTICAS DEL MICROSEGURO DE SALUD**

Los productos de microseguro de salud existentes (África Occidental, India y Uganda) se caracterizan por ofrecer coberturas que están sujetas a varias condiciones, por ejemplo:

- ✓ Exclusión de enfermedades crónicas.
- ✓ Limitación de medicamentos.
- ✓ Restricción a un número limitado de servicios definidos por los proveedores de los cuidados de la salud.
- ✓ Reembolsos de los costos de los servicios al asegurado a un valor preestablecido por la compañía de seguros. De esta forma el asegurado puede ir al proveedor de salud que escoja.

La mayoría de los microaseguradores se han enfocado a los productos de microseguro más simples de administrar particularmente en vida y crédito, sin embargo los productos más solicitados en el mercado son los microseguros de salud, estos son los menos disponibles tanto que se encuentra en los últimos lugares dentro de los distintos productos desarrollados de microseguros, esto por la complejidad para desarrollar y operar este tipo de productos tal como se puede apreciar en la gráfica siguiente:



Las enfermedades constituyen la crisis más importante para las familias de bajos ingresos por lo que **la cobertura de salud es la más demandada**, sin embargo, el microseguro de salud está menos disponible en el mercado que otro tipo de microseguros, sin embargo, tiene un gran potencial de desarrollo debido a la demanda que existe por parte de la población de bajos ingresos.

### 1.6.2 DISEÑO DEL MICROSEGURO DE SALUD

Cuando se pretende crear un microseguro de salud es importante considerar:

1. Un específico grupo de clientes-objetivo.
2. La composición del paquete de beneficios.
3. Definir el precio (la nota técnica).
4. Los proveedores de los servicios de salud y
5. Los controles para el fraude, el riesgo moral, y la selección adversa.

Los cinco puntos son relevantes, sin embargo, los más significativos son la composición del paquete de beneficios y la definición del precio, es decir, la nota técnica del producto, controlar el fraude, el riesgo moral, la selección adversa y la venta.

## Composición del paquete de beneficios.

Para este punto se debe considerar lo siguiente:

- ♦ **Aleatoriedad:** la ocurrencia de la pérdida o del daño debe ser imprevisible. Si no, el ahorro constante es una alternativa mejor que el riesgo compartido pues éste no daría lugar a primas más bajas.
- ♦ **Incontrolabilidad de la pérdida o del daño:** el asegurado no debe poder causar la ocurrencia de la pérdida o del daño.
- ♦ **Inequívoco:** la compañía de seguros debe poder verificar la ocurrencia y el alcance de la pérdida.

## Definición del precio de la prima (la nota técnica del producto).

Para diseñar un producto que responda a las preferencias del cliente, se tiene que obtener información sobre lo que puede y quiere pagar así como las formas preferidas de pago.

Para calcular la mejor estimación de prima a cobrar usando métodos actuariales, la compañía debe:

- Definir la unidad asegurable.
- Estimar los costos totales del seguro, los cuales pueden ser estimados, con las apreciaciones de utilización de servicios y gastos previstos del seguro de salud.
- Calcular la prima de riesgo, agregando los gastos administrativos previstos, y un margen de beneficio si así lo requiere.

En principio, entre más grande es el pool<sup>4</sup> (esperado) del seguro, más bajo es el gasto administrativo (fijo) por póliza.

### Ejemplo:

Un microseguro que funciona a través del sector de cooperativas en Karnataka<sup>5</sup>, (que tiene varios millones de miembros), liderado por Yeshasvini Trust<sup>6</sup> alcanzó una gran población objetivo y redujo el costo administrativo (fijo) por asegurado considerablemente.

Pero, en la realidad, Yeshasvini Trust cometió un error y como consecuencia, descubrió que tenía que modificar su prima, al doble, lo que le ocasionó que perdió una tercera parte de sus clientes.

---

<sup>4</sup> Varias pólizas de un mismo contratante, las cuales tienen mismo plan contratado y misma prima de tarifa.

<sup>5</sup> Estado que se encuentra ubicado al sur de la India.

<sup>6</sup> Yeshasvini Trust cooperativa de agricultores, es una fundación benéfica que maneja un esquema de microseguro para la atención de la salud en la población rural de Karnataka.

Yeshasvini, pudo haberse prevenido si hubiera conseguido datos confiables. Los datos confiables necesitan obtenerse de los costos de los servicios y de la frecuencia de la utilización.

Otro punto importante al definir el precio del producto es la forma de pago de primas a autorizar y las innovaciones que se dan para resolver el asunto de pago de primas.

Una persona de ingresos bajos prefiere pagar \$1.00 peso por semana más que pagar una prima anual de \$52.00 pesos. Lo pequeño de las primas y la preferencia de los clientes por pagos semanales es un verdadero reto a ser considerado y aceptado por los aseguradores.

En México esto varía de producto a producto y de compañía a compañía, pero se puede decir que la tarifa se encuentra dentro de esos límites internacionales, pues los pagos van desde \$0.30 a \$ 0.80 centavos diarios, lo que da a la semana un pago aproximadamente de \$2.00 a \$6.00 pesos, reflejando una prima anual entre \$100.00 y \$300.00 pesos.<sup>7</sup>

#### **Fraude:**

El seguro de salud es particularmente propenso al fraude, a través del mundo, y a todos los niveles de ingresos de los clientes.

La compañía de seguros corre el riesgo del abuso del fraude de parte de:

- El cliente, por ejemplo, obteniendo el tratamiento para personas no cubiertas por el seguro mediante la suplantación de persona.
- El proveedor del servicio médico, en forma lesiva puede someter reclamaciones falsas.

Por lo cual es importante diseñar procedimientos para poder identificar y eliminar este tipo de acciones por parte de los asegurados.

#### **El Riesgo Moral.**

El riesgo moral se produce una vez contratado el seguro, cuando el asegurado, por el mero hecho de tenerlo contratado, modifica su conducta frente al riesgo, es decir, cuando ya no toma las precauciones necesarias para evitar el riesgo o cuando la gente comienza a utilizar más de lo debido (abuso de uso) los servicios del seguro solamente por el simple hecho de que ahora si están protegidos.

---

<sup>7</sup> Las Microfinanzas y los Microseguros en México, boletín técnico No.21-2007, página 13.

A veces, el mismo seguro incita a los asegurados a hacer uso de los servicios cubiertos por el microseguro. Por ejemplo, cuando el propietario de una vivienda la ha asegurado contra robo se preocupa menos de cerrar con llave.

#### **La Selección Adversa:**

Ocurre cuando el perfil del riesgo de los asegurados del grupo es peor de lo que se esperaría en la población en general. Como sucede en dos casos frecuentes:

- Un grupo de asegurados no es un grupo legítimo y preexistente y en donde las personas enfermas se adhieren específicamente para ganar ventajas del microseguro.
- Otro ejemplo<sup>8</sup> de esto es lo ocurrido en un esquema de salud basado en una comunidad, en Uganda, para los miembros de una cooperativa de agricultores donde algunos grupos tuvieron tasas de siniestralidad más alta de lo esperado. Las investigaciones revelaron que estos grupos no tenían ninguna prueba preexistente de membresía y se habían adherido, específicamente, para beneficiarse de los servicios de salud del esquema.

#### **1.6.3 EL MATERIAL DE VENTAS.**

Los que más necesitan información son los miembros de los grupos que se van a asegurar, quienes frecuentemente, no tienen ninguna idea del seguro o si la tienen o es confusa o es contraria a la confianza y al papel de asegurador.

El agente de seguros debe explicar la naturaleza anticipada de pago de primas y del pago de los siniestros después de que ocurren y también el por qué la prima no se puede regresar (al menos no completa) si no ocurre la enfermedad o padecimiento.

La experiencia de los proveedores de microseguros de salud demuestra que es difícil explicar la idea de pagos anticipados para servicios que quizás nunca puedan utilizarse.

Los esquemas por lo tanto requieren de varias entrevistas o citas con los clientes.

Si los clientes potenciales están interesados en el seguro, el vendedor les debe proporcionar información detallada sobre los servicios que están cubiertos y también, los no cubiertos, y el procedimiento para el pago de reclamaciones.

---

<sup>8</sup> Las Microfinanzas y los Microseguros en México, boletín técnico No.21-2007.

Los clientes futuros deben conocer todos los documentos requeridos y los plazos a cubrir para que se pague con prontitud una reclamación.

Los procedimientos o las ventajas confusas pueden causar descontento entre los clientes, más pronto de lo esperado.

Explicar esto a personas de bajos recursos es toda una odisea, explicar en qué consiste la enfermedad, los procedimientos y más, es muy difícil debido a que en algunos casos, ni personas con un nivel de educación más avanzado entienden.

En concreto, lo que le interesa al cliente es que el asegurador cumpla con sus obligaciones, al menos de dos formas:

1. **Confianza en la buena voluntad de cumplir con sus obligaciones.** Un cliente potencial espera que el asegurador pague bien, completo, sin reducciones de ninguna especie y en forma inmediata a su reclamación.
2. **Confianza en la capacidad de pagar sus obligaciones.** El cliente debe creer que habrá bastante dinero en las cajas del asegurador para pagar las reclamaciones en el largo plazo.

Sin importar el canal de distribución, explicar el microseguro sigue siendo una tarea desafiante. La mayoría de los microaseguradores de salud reconocen que tienen que encontrar mejores maneras de comercializar las ventajas del seguro de salud.

Muchas instituciones, hacen uso del esfuerzo personal de los grupos existentes para difundir la información a sus miembros sobre los beneficios y cualidades del seguro de salud. En México existe un seguro enfocado a prestar servicios de salud llamado, "Seguro Popular", sin embargo no existe uno creado por el sector privado, es decir, el sector asegurador debido la complejidad que este representa.

En conclusión el diseño del producto, así como del control del fraude, riesgo moral y selección adversa es responsabilidad de cada compañía; el revisar y poner las estrategias suficientes para evitar este tipo de acontecimientos. Respecto al material de ventas ocurre lo mismo, cada asegurador decide como explicar, exponer y vender sus productos de seguros y microseguros.

## CAPITULO 2. MICROSEGURO EN MEXICO.

Las operaciones del seguro y microseguro en México están reguladas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Las compañías de seguros tienen a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) para servir como mediadora entre ellas y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En 2011 había en operación 100 compañías aseguradoras, 82 de ellas participan en la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, donde el 33% de las empresas son de capital 100% mexicano y 67 % son de capitales mixtos (extranjero y mexicano).

La penetración de los seguros a nivel nacional es mínima debido a que no supera el 6%.

- El Distrito Federal tiene la cifra de mayor penetración del seguro con un 4.3% de su población con acceso a seguros.
- Oaxaca 1.2 %.
- Chiapas 1.1%.
- Guerrero 1.3%.
- Campeche 0.3%.

Estos niveles de penetración no están relacionados directamente con el poder de compra, sino con la cultura de prevención y el acceso a servicios financieros (bancos e instituciones financieras, contratación de seguros, mercado de valores, etc.), así como con la existencia de canales de distribución adecuados.

Por otro lado la estructura de distribución de ingreso prevaleciente en México determina qué:

- La posibilidad de que estos estratos de la población tengan acceso a los seguros tradicionales será relativamente lenta.
- Por lo cual la creación de los productos de seguros orientados a la población de ingresos bajos (microseguros), podrían tener un beneficio doble:
  - Desde la perspectiva social: mitigar los efectos de la materialización de ciertos riesgos para esta población y, con ello, facilitar su ruta hacia la obtención de mayores ingresos.
  - Desde la perspectiva sectorial: elevar la penetración del seguro en la sociedad en el mediano y largo plazo.

En el año 2010 la población mexicana era de 112.3 millones de personas, de esta cifra casi la mitad de la población (57.7 millones) se encontraba en la categoría de pobreza de patrimonio, en donde cada persona al interior de estos hogares apenas cuenta con un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, transporte, vestido, vivienda, etcétera.

Dentro de los 57.7 millones, 30 millones de personas se encuentran en la categoría de pobreza de capacidades, el cual se divide en dos subgrupos en donde:

- A 9.8 millones de personas solo les es posible satisfacer sus necesidades de alimentación, salud y educación.
- A 21.2 millones de personas se encuentran en pobreza alimentaria, es decir, no tienen los ingresos suficientes para adquirir una canasta básica alimentaria.

La distribución de la pobreza lo muestra la siguiente gráfica:



Estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) con cifras estimadas en base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010.

Como lo muestra la gráfica, la mayoría de la población mexicana es la de menores ingresos y por ende es la que se encuentra expuesta a un riesgo mayor debido a que no tiene las posibilidades económicas para comprar algún tipo de protección o seguro de los que se ofrecen actualmente, por tal motivo es el interés de las aseguradoras introducir al mercado más microseguros.



## **2.1 TIPOS DE MICROSEGURO**

En los últimos 10 años se han creado un par de productos de microseguro principalmente enfocados a las comunidades que se encuentran en los estados de la República Mexicana, debido a las dificultades que ha tenido el seguro para penetrar en estos mercados. Estos microseguros se describen a continuación:

### **2.1.1 MICROSEGURO DE DAÑOS**

El Microseguro comenzó a tener participación en México a partir del año 2000, con un microseguro de daños, el cual estuvo concentrado en Agroasemex<sup>9</sup> en 196 fondos de aseguramiento en operación y en cuatro instituciones de seguros de capital privado:

- Comercial América<sup>10</sup>
- General de Seguros
- Ace Seguros
- Pro Argo

Tanto AGROASEMEX como el conjunto de las aseguradoras privadas tienen presencia en la totalidad de estados de la república mientras que los fondos en el año 2000 concentraron su operación en dieciocho estados.

Este seguro se creó debido a la descapitalización que los productores han tenido, lo cual ha acentuado la dependencia del crédito para realizar las labores del campo e incluso para la manutención de la familia, por lo que sienten mayor necesidad de comprar un seguro que proteja sus inversiones.

### **2.1.2 MICROSEGURO DE VIDA.**

En febrero del año 2005 se publicó el acuerdo en el que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público emitió las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo del Microseguro de Vida<sup>11</sup>.

De acuerdo con estas reglas, el microseguro es un instrumento financiero con las características técnicas de un seguro formal dirigido a brindar protección a grupos o personas de bajos ingresos asentados en comunidades rurales que no tienen acceso a seguros comerciales, a fin de proporcionarles los recursos mínimos para hacer frente a los denominados últimos gastos funerarios.

---

<sup>9</sup> AGROASEMEX: Es una institución nacional de seguros autorizada para suscribir seguros del ramo agrícola y de animales, de igual forma otorga servicios de reaseguro a instituciones mexicanas de seguros, sociedades mutualistas y fondos de aseguramiento.

<sup>10</sup> Ahora conocida como AXA seguros, debido a que en 2008 fue comprada por este grupo francés.

<sup>11</sup> ACUERDO por el que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público emite las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida (Ver Anexos).

Los recursos de apoyo asignados a este programa fueron de 15 millones de pesos, ejercido nuevamente por Agroasemex para:

1. Diseño y desarrollo del microseguro de vida.
2. Prueba piloto.
3. Fondo de recursos líquido

Para la instrumentación y operación de la prueba piloto los intermediarios contaron con apoyos financieros con cargo al programa, destinados exclusivamente a:

- a) Sufragar gastos operativos por un monto equivalente al cincuenta por ciento de la prima de riesgo por cada asegurado.
- b) Adquirir el equipo de cómputo y software requeridos para la operación y administración del microseguro de vida, por un monto máximo de \$20,000 pesos.

El fondo de recursos administrados por Agroasemex se destinó a cubrir tres rubros:

- Desviaciones de siniestralidad del microseguro de vida.
- La realización de estudios, y contratación de los servicios que se requerían para el seguimiento y evaluación del Microseguro de Vida.
- Los gastos que eran erogados por el personal de Agroasemex para la realización de las tareas que se requirieran para el cumplimiento de este programa.

### **2.1.3 MICROSEGURO VIDA-PRONAFIM**

En 2008, se inició un programa de **microseguros de vida** a través de un esquema de coaseguro organizado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) en conjunto con 11 aseguradoras para los afiliados de PRONAFIM<sup>12</sup> en los estados de Oaxaca y Veracruz. Cabe mencionar que este esquema de coaseguro se dio tomando en cuenta que esto es un nuevo mercado y por lo consiguiente no hay experiencia. El papel de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros como representante de las compañías en este proyecto fue el de conjuntar esfuerzos para la definición y diseño del producto, procedimientos o diagramas de flujo y la forma de difusión del producto.

---

<sup>12</sup> PRONAFIM: El Programa Nacional de Financiamiento al Microempresario es un programa federal creado para contribuir al establecimiento y consolidación del sector microfinanciero con el fin de apoyar, tanto en poblaciones urbanas como rurales, las iniciativas productivas y emprendimientos de hombres y mujeres en situación de pobreza que no tienen acceso al financiamiento de la banca tradicional, para mejorar sus condiciones de vida al crear oportunidades de autoempleo, generación de ingresos y empleos.

## 2.1.4 EL SEGURO POPULAR

Otro seguro en México dirigido a personas de bajos recursos es el llamado “Seguro Popular” que surgió en marzo del 2002 cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo donde la Secretaría de Salud dio a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del seguro popular de salud. Pero fue en julio de 2005 cuando el gobierno del Distrito Federal incorpora a sus programas de salud al Seguro Popular<sup>13</sup>.

El Seguro Popular tiene tres objetivos importantes:

- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social, incorporando un programa para disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud, es decir, reducir el gasto de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando el retraso y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la distancia entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.

Este seguro es administrado por la Secretaría de Salud y está dirigido a la familia nuclear, es decir, al padre y/o la madre, los hijos menores de 18 años de ambos o de alguno de ellos, además el padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda. Para el caso de personas mayores de 18 años que deseen afiliarse de manera individual, serán considerados como familia unipersonal. En consecuencia se les aplican los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear.

Con la afiliación al Seguro Popular de Salud se entrega a los beneficiarios una lista de medicamentos y un catálogo explícito de beneficios médicos, cuyas características generales son las siguientes:

- Servicios de medicina preventiva;
- Servicios de consulta externa; y
- Servicios de urgencias, hospitalización y cirugía.

---

<sup>13</sup> ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud (Ver anexos).

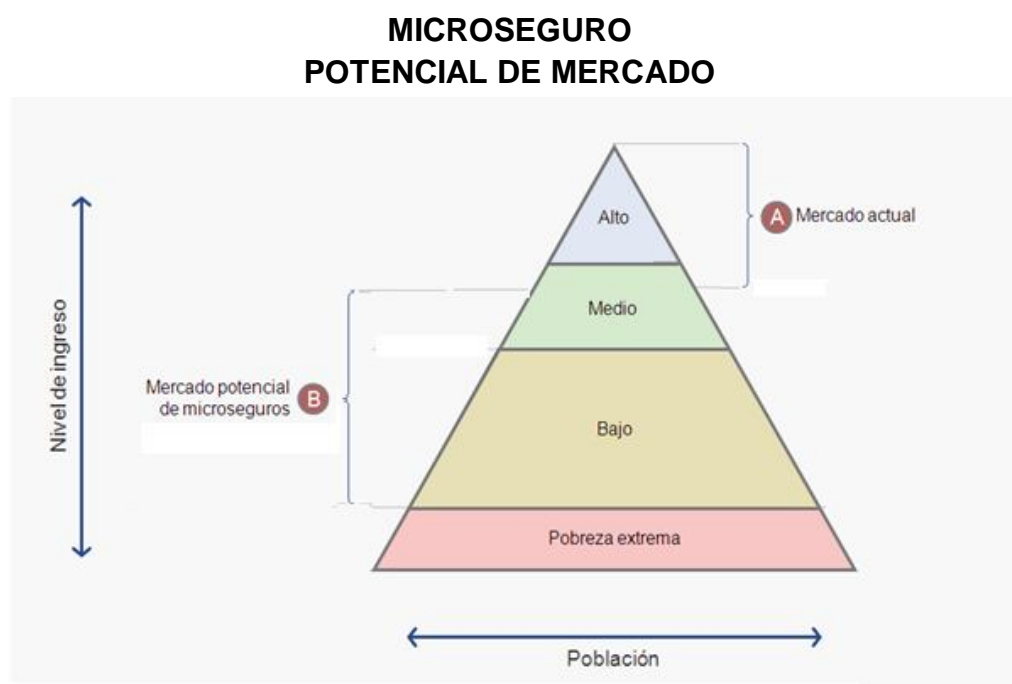
## 2.1.5 OTROS TIPOS DE MICROSEGURO

También, existen microseguros con y sin apoyo de aseguradoras privadas, por ejemplo:

- Alsol, Chiapas. AC. (Alsol con Zurich Seguros).
- Grupo de Ayuda Social Humanitaria Cosauteca en Cosautlán (GASHC), Veracruz.
- Propuesta de Microseguros en México: el caso de Veracruz.
- Propuesta de Microseguros de vida: Modelo socio-agente-micro financiera.

## 2.2 EL MERCADO DEL MICROSEGURO

El microseguro no ha tenido un crecimiento considerable en relación a la creación de los productos debido a la complejidad de éste, sin embargo tiene un gran mercado potencial, como se puede apreciar en la gráfica siguiente:



Estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CENEVAL) con cifras estimadas en base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010.

La pirámide poblacional muestra a la población dividida por el nivel de ingresos y en ella se puede apreciar que el sector asegurador tiene una penetración moderada en los niveles de ingresos alto y medio con los seguros tradicionales, es decir, los que conocemos hoy en día como el seguro de autos, vida, gastos médicos, etc. Pero el

mercado que no ha sido cubierto es enorme y es un mercado muy grande que puede ser tomado por las aseguradoras con productos de microseguro. Este mercado se refiere a toda la población de bajos ingresos y una parte de los ingresos medios como se muestra en la figura.

## 2.3 CANALES DE DISTRIBUCIÓN DEL MICROSEGURO

Los canales de distribución es el punto más importante debido a que mediante ellos se ponen a disposición de las personas los productos de seguros para que los adquieran. Sin embargo para el caso de los microseguros la mayoría de estos canales no pueden ser iguales a los del seguro tradicional ya que la prima a cobrar es pequeña. Se tiene que hacer uso de la infraestructura ya existente en los lugares a los que se pretende vender el seguro, por ejemplo, tiendas, casas de empeño, farmacias, sucursales bancarias, microfinancieras, etcétera.

La mayoría de los microseguros comercializados en México han sido vendidos gracias a los diversos canales de distribución que existen hoy en día tales como:

- Elektra<sup>14</sup> con su sistema de venta de electrodomésticos: asocia crédito con el microseguro y tiene dos millones de microseguros vendidos y asegurados con Seguros Azteca, propiedad del mismo grupo. La venta de microseguros vinculada al crédito resuelve un problema de canal de distribución para las aseguradoras.
- Banco Compartamos<sup>15</sup> vincula ya un millón de créditos con el microseguro de vida respaldado por Mapfre.
- Quince microfinancieras vinculadas a Pronafim han vendido 43 mil 84 pólizas de vida en dos años con el coaseguro organizado por AMIS.
- Bansefi y la Red de la Gente han vendido 130 mil pólizas y la Red Solidaria de Microseguros Rurales (Redsol), con 60 microfinancieras comunitarias rurales, ha vendido 115 mil microseguros voluntarios.

---

<sup>14</sup> Elektra: Es una compañía de ventas, que se dirige a la base de la pirámide socioeconómica de Latinoamérica ofreciendo electrodomésticos, línea blanca, muebles, equipo de transporte, teléfonos, computadoras, transferencias electrónicas de dinero.

<sup>15</sup> Institución de Banca Múltiple, la cual ofrece créditos a personas de segmentos populares como un medio para abrir microempresas o hacerlas crecer y así obtener ingresos y al mismo tiempo contribuir al desarrollo en México.

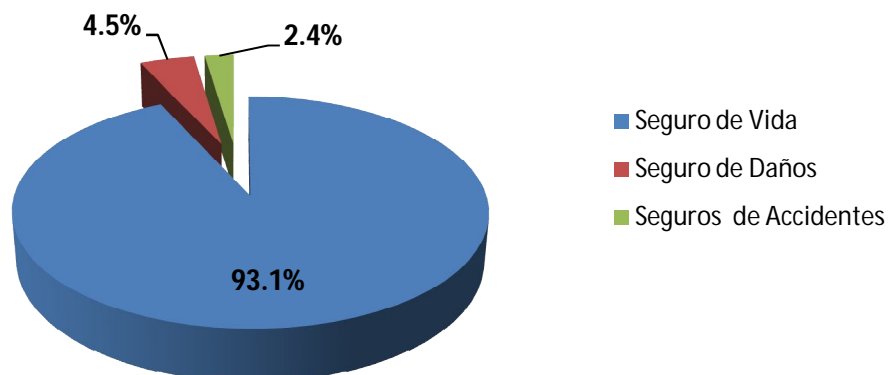
Otras organizaciones de ahorro y crédito popular están siendo abordadas por diversas aseguradoras directamente o mediante intermediarios. Existen nuevos proyectos donde se analiza la posibilidad de usar Telecom, Pronósticos Deportivos, Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME) Migrantes, Programa Oportunidades y recibos de la Comisión Federal de Electricidad como canales de distribución.

## 2.4 EL MICROSEGURO EN LA ACTUALIDAD

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) asegura que el número de microseguros vendidos a abril de 2010 fueron de 4.4 millones de pólizas, de las cuales:

Tipo de Seguro	Porcentaje	Pólizas Vendidas
Seguro de Vida	93.1%	\$ 4,096,400
Seguro de Daños	4.5%	\$ 198,000
Seguros de Accidentes de personas	2.4%	\$ 105,600
<b>TOTAL</b>	<b>100.0%</b>	<b>\$ 4,400,000</b>

**DISTRIBUCION DE LOS MICROSEGUROS EN LA ACTUAIDAD**



De las 38 aseguradoras autorizadas para operar seguros de vida solo 34 participan en el mercado del microseguro, sin embargo las que tienen mayor captación de asegurados son: Banamex, Mapfre Tepeyac, Seguros Argos, Seguros Azteca, Atlas compañía de seguros, Hir, Zurich y Seguros Metropolitana.

En los últimos años la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Economía (SE), la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), entre otras, han incorporado como un objetivo en su Programa Nacional el implementar una cultura de prevención de riesgos en la población de bajos ingresos, a través de un seguro o un microseguro.

Para lograrlo estas Secretarías establecieron que las características que debe cumplir este seguro son las siguientes:

- Seguros básicos estandarizados, con cláusulas homogéneas y simples.
- Precio único (sin distinción por sexo, edad, etcétera.)
- Medios de distribución y operación de bajo costo
- Pago simplificado de siniestros.

En el año de 2008 y parte del 2009 se hizo un estudio de mercado de microseguros<sup>16</sup>, mediante una encuesta para determinar la valoración, aceptación, oportunidad de mercado, y establecer la percepción que el mercado objetivo tiene asociado al seguro para identificar el costo de oportunidad sobre estos productos de seguros, a fin de apoyar y sustentar las estrategias que se emprendan para penetrar a este segmento de la población.

A continuación, se muestran parte de los resultados arrojados por el estudio de mercado.

<b>RESULTADOS IMPORTANTES DEL ESTUDIO</b>	
<b><u>Servicio Médico:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El 32 % de los entrevistados no cuentan con ningún servicio médico.</li> <li>➤ El 37% tiene seguro social y 24% cuenta con seguro popular.</li> </ul>
<b><u>Interés en asegurar:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 6 de cada 10 personas están interesadas en adquirir un seguro contra enfermedades.</li> </ul>
<b><u>Imagen:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El 90.7% de los encuestados no adquiriría un seguro por temor a que lo engañen o lo defrauden.</li> <li>➤ Y un 78.7% por las dificultades para poder cobrar el seguro.</li> </ul>
<b><u>Costo del seguro:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 6 de cada 10 personas pagarían \$10.00 pesos mensuales por un seguro.</li> <li>➤ El costo promedio a cobrar por mes sería de \$28.7 con una demanda de 28.4%.</li> </ul>
<b><u>Dificultad para cobrar:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El 78.7% dicen que existen dificultades para cobrar el seguro</li> <li>➤ El 55.7% dicen que hay demasiada burocracia y exigen demasiado papeleo para cobrar el seguro</li> </ul>

Fuente: "Encuesta Microseguros México" realizada por Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) entre 2008 y 2009.

<sup>16</sup> Presentación realizada por Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (Regulación, Supervisión y Políticas Públicas; Principios guía para la regulación de los Microseguros/ Encuesta Microseguros México).

Los resultados anteriores dan una percepción de cómo se percibe al seguro por parte del mercado objetivo, además demuestra que sí hay interés por parte de este sector de adquirir un seguro y eso se traduce en un mercado tangible para este tipo de seguros.

Tomando como base cuánto está dispuesto a pagar la gente por un seguro, es posible tener una idea de cuánto puede costar un microseguro para que sea atractivo para la gente de bajos ingresos ya que existe una necesidad real no atendida.

Estos resultados apoyan la idea de que un microseguro puede funcionar dado que la mayoría de la población compraría un seguro contra enfermedades y como 8 de cada 10 mexicanos padecen caries, con este producto de microseguro se puede prevenir y corregir ciertas enfermedades dentales que pueden afectar su ya escasa economía.

## **2.5 MICROSEGURO DENTAL.**

El objetivo principal de este trabajo es desarrollar un microseguro dental por lo que se analizará y explicará el porqué del interés por crear este tipo de microseguro.

### **2.5.1 ¿POR QUÉ UN MICROSEGURO DENTAL?**

La salud oral tiene un aspecto fundamental para conocer las condiciones generales de la salud de una persona, debido a que mediante ella es posible identificar, tratar e incluso prevenir enfermedades que afecten su salud. Existe una relación entre la salud bucal y la salud en general de las personas que se ha comprobado científicamente, a continuación algunos ejemplos:

Las enfermedades sistémicas, como la diabetes y el cáncer de la cavidad bucal y de la faringe, producen manifestaciones en forma de caries dental, enfermedades Periodontales y pérdida de dientes.

Un examen bucal cuidadoso puede detectar deficiencias alimenticias así como algunas enfermedades incluyendo infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones e incluso cáncer oral.

Las dos enfermedades bucales más importantes son:

- Caries dental
- Enfermedad periodontal

La caries dental es una enfermedad infecciosa, progresiva que si no se atiende a tiempo y debidamente puede dar lugar a la pérdida de las piezas dentales, a menos que se tenga un tratamiento oportuno de restauración. La lesión cariosa destruirá el diente si no es atendida a tiempo y paulatinamente causará dolor, infección aguda y



requerirá un tratamiento costoso. La enfermedad periodontal, por su parte, afecta las encías y a la estructura que da soporte a los dientes y de igual manera si no es atendida a tiempo se irritarán y se inflamarán las encías afectando a los tejidos periodontales profundos, destruyendo el hueso que sostiene a los dientes y finalmente los dientes se caerán o terminarán siendo extraídos. Sin embargo, con una intervención temprana y oportuna, la caries dental y la enfermedad periodontal pueden prevenirse o tratarse a un costo pequeño.

En México, la población mexicana en los últimos años ha presentado cambios sustanciales en su dieta diaria, es decir, la población tiene un alto consumo de alimentos ricos en carbohidratos, azúcares, grasas saturadas, entre otros. Debido a esto ocho de cada diez mexicanos padecen caries<sup>17</sup> y esto trae como consecuencia la alta presencia de las caries dentales y de infecciones bucales recurrentes y crónicas como las enfermedades periodontales que pueden terminar con la pérdida de un gran número de dientes, por lo cual no podrá gozar de una buena salud general, viéndose disminuida su calidad de vida.

Estas dos enfermedades son prevalentes en toda la región del país, sin embargo ambas se pueden prevenir y controlar con una combinación de acción individual y con la ayuda profesional de un odontólogo (dentista) con actividades preventivas o de diagnóstico temprano.

Como se comentó anteriormente, está comprobado que la caries, las enfermedades periodontales (EP), los abscesos dentarios e infecciones crónicas, son un factor de riesgo para<sup>18</sup>:

- **Diabetes:** deficiencia de insulina debido a la crónica y progresiva destrucción autoinmune de las células pancreáticas que producen la insulina.
- **Cardiopatía Isquémica:** trastorno del miocardio que recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno.
- **Enfermedad vascular cerebral:** interrupción del suministro de la sangre que llega al cerebro puede provocar la muerte de las neuronas o de las células cerebrales, debido a la falta de oxígeno.
- **Fiebre reumática:** enfermedad inmune que afecta todo el organismo y que puede desarrollarse luego de una infección por una bacteria llamada estreptococo, como la amigdalitis estreptocócica y la escarlatina.

---

<sup>17</sup> Artículo del Universal publicado el 7 de noviembre de 2011.  
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/806810.html>

<sup>18</sup> Programa de acción específico 2007-2012, salud bucal, Secretaría de prevención y promoción de la salud

- **Afecciones Cardiacas:** la enfermedad cardiovascular es un grupo de trastornos que ocurren cuando el corazón y los vasos sanguíneos no están funcionando como deberían hacerlo

Actualmente en el país, la caries representa el principal problema de salud pública bucal. En adultos mayores esta condición disminuye, pero porque a esa edad ya se perdieron muchas piezas.

Por ser un padecimiento crónico, la caries requiere de tiempo para presentar sintomatología, entonces, si la persona percibe los síntomas, este padecimiento ya es agudo, es decir, hay dolor, no puede masticar, se presenta infección local con abscesos e, incluso, se ve impedido de realizar sus actividades cotidianas. Si la persona no atiende el malestar se agravará y terminará con la pérdida del diente.

### **2.5.3 ACCIONES DEL GOBIERNO FEDERAL.**

Los recursos para prestar atención a los servicios de salud oral son limitados, y la atención curativa está restringida a quienes tienen la capacidad para costearla o a los que tienen acceso a servicios del seguro social.

Por esto el gobierno creó el “Programa Sectorial de Salud bucal 2007-2012” en el que se incluyen programas de prevención y promoción de la salud oral para la población en general. Este programa ha realizado diversas acciones como:

- La fluoruración del agua y de la sal para consumo humano<sup>19</sup> (sal de mesa) que es la estrategia preventiva de tipo masivo para disminuir la caries dental.
- Promover y desarrollar modelos para aumentar y mejorar el acceso a la salud bucal mediante la aplicación de procedimientos sencillos como es el Tratamiento Restaurativo Atraumático<sup>20</sup>, estrategia con la cual se propone limitar el daño causado por la caries dental.
- Capacitación de los odontólogos, así como la actualización de los equipos dentales.

---

<sup>19</sup> En base a la NOM-127 SSA1-1994 Y NOM-040 SSA1-1993 respectivamente: “Los Fluoruros contenidos en el agua deben de ser 1.50 mg por cada litro de agua” y “La sal yodada fluorurada debe contener de 200 a 250 mg de flúor por Kg de sal”.

<sup>20</sup> Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA): Incluye prevención y tratamiento de caries dental y consiste en excavar y quitar caries con solo instrumental de mano y restaurar el diente con un material de relleno adhesivo como el ionómero vítreo a bajo costo, siendo esta una aplicación sencilla y segura.

- La estrategia “Semanas Nacionales de Salud Bucal y el componente de Salud Bucal en Preescolar y Escolar”, son parte central del programa ya que es importante lograr un cambio favorable a la salud bucal desde edades tempranas.

En conclusión, la prevención es la clave para tener una buena salud bucal y para identificar y tratar posibles enfermedades más complejas que puedan afectar la salud de la población. Por esto es muy importante que en el sector privado empiecen a existir microseguros con el mismo objetivo, el de ayudar a incentivar una cultura de prevención en las personas de bajos ingresos, ya que esto trae consigo un doble beneficio:

Que la población pueda tener acceso a un cuidado bucal para prevenir o detectar enfermedades más complejas. Y que si fomentan la prevención pueden evitar realizarse tratamientos costosos e incluso evitar la pérdida de los dientes.

## CAPITULO 3. BASES TÉCNICAS

En este capítulo se definen conceptos que se utilizarán para el desarrollo del modelo de este microseguro, por ejemplo, que es una prima de riesgo, un gasto de administración, un siniestro, así como la inflación que se utilizará en el cálculo de la tarifa.

### 3.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE SEGUROS.

#### **Asegurado:**

Es quien suscribe la póliza con la entidad aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia de siniestro.

#### **Bonificación:**

Reducción en la prima que corresponde al asegurado a consecuencia de la concurrencia de determinados requisitos previstos en la tarifa, en la póliza o en el reglamento o estatutos de su entidad aseguradora (compañía de seguros).

Normalmente, la bonificación tiene el carácter de recompensa por la conducta o actividad del asegurado conducente a disminuir la intensidad de los siniestros o su frecuencia

#### **Cálculo actuarial:**

Se refiere al procedimiento con el que se determina actuarialmente el valor de la prima de tarifa de un seguro, o cualquier variable, parámetro o medida relacionada con un riesgo asegurado.

#### **Coaseguro:**

Porcentaje del costo de cada uno de los tratamientos incluidos en la cobertura contratada que va de acuerdo al plan contratado y que el asegurado deberá pagar directamente al odontólogo.

#### **Cobertura:**

Son los tratamientos o servicios que estarán cubiertos por el seguro.

#### **Contrato de Adhesión:**

Se refiere a los contratos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro.

**Costo de administración:**

Son los relativos a la suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otra función necesaria para el manejo operativo de una cartera.

**Costo de adquisición:**

Son los relacionados con la promoción y venta de los seguros, que incluyen comisiones a intermediarios, bonos y otros gastos comprendidos dentro de este rubro.

**Deducible:**

Cantidad que deberá pagar una vez al año póliza al odontólogo al iniciar su tratamiento dental.

**Descuentos:**

Es el monto o porcentaje se le aplica a la prima de tarifa a cobrar en base al número de asegurados que contraten el seguro dental.

**Dividendos:**

Es el monto, que al finalizar la vigencia del contrato de seguro, se entrega al contratante o a los integrantes del grupo asegurado, el cual, está en función de la siniestralidad del seguro contratado, por lo cual solo se otorga si existen resultados favorables en la siniestralidad.

**Exclusiones:**

Son los procedimientos que no están amparados por el plan contratado y en caso de que ocurran no serán cubiertos por la aseguradora.

**Factor de margen de seguridad/Recargo:**

Es un porcentaje que se utiliza para recargar la prima de riesgo, con el objetivo de hacerla suficiente para hacer frente a los siniestros de pudieran llegar a ocurrir debido a que a veces no se cuenta con la información necesaria para calcular adecuadamente el riesgo.

**Franquicia:**

Es una condición que limita la responsabilidad de la empresa con relación a la parte del riesgo que el mismo asegurado asume. Existen dos tipos; relativa y absoluta.

Franquicia absoluta: Cuando no se indemnizarán al asegurado los siniestros cuyo importe es inferior al monto mínimo establecido por la compañía.

Franquicia relativa: Cuando no se indemnizarán al asegurado los siniestros cuyo importe es inferior al monto mínimo establecido por la compañía, mientras que serán totalmente indemnizados aquellos cuyo importe sean superior.

**Frecuencia:**

Medida relativa del número de siniestros que pueden ocurrir en un periodo determinado respecto al total de expuestos (probabilidad de ocurrencia).

**Inflación:**

La Inflación es un término económico que se utiliza como indicador de la economía de un país, es decir, es un movimiento continuo a la alza en el nivel general de los precios de bienes y servicios. Si hay inflación significa que ha habido un aumento en los precios de los bienes y servicios continuo en el tiempo. Lo que indica la inflación es la pérdida de valor del dinero y por tanto del poder adquisitivo de las personas.

Para medir el crecimiento de la inflación se utilizan índices, para el caso de México es el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), el cual es el encargado de medir el crecimiento porcentual de la inflación, analizando la evolución de los precios de los bienes y servicios representativos de los gastos de consumo en los hogares.

**Información homogénea:**

Se refiere a que los datos estadísticos utilizados para el cálculo actuarial de la prima de tarifa, deben corresponder a unidades (personas o cosas) expuestas, en condiciones iguales o similares, a riesgos del mismo tipo.

**Margen de utilidad:**

Es la porción o porcentaje de la prima bruta que se haya definido para el ramo y tipo de seguro en cuestión, de conformidad con las políticas establecidas por la empresa que asume el riesgo.

**Nota técnica:**

Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo actuarial de la prima y en el que se sustenta la aplicación de los estándares de práctica actuarial. En este documento deben incluirse de manera específica: la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, las características, alcances, limitaciones y condiciones del plan de seguro y las coberturas que lo integran, las definiciones, conceptos, hipótesis y procedimientos empleados y, en su caso, las estadísticas y datos utilizados en la valoración del riesgo, así como las fuentes de información y cualquier otro elemento necesario para fundamentar actuarialmente la prima resultante.

**Período de gracia:**

Es el periodo de tiempo que se concede durante el mes siguiente a cada uno de los vencimientos de la póliza (si es pago anual) o recibos (si son pagos fraccionados) y tiene como objeto facilitar a los asegurados el pago de las primas. Además en este período aunque no esté cobrado el recibo de prima, surten efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

**Preexistencia:**

Se entiende como padecimiento preexistente:

Lesión o enfermedad cuyo inicio tuvo lugar en fecha anterior al inicio de vigencia de la cobertura para cada asegurado (en el caso particular de esta tesis, el microseguro dental) que haya sido diagnosticada por un odontólogo, fuera aparente a la vista o fuera de las que por sus síntomas o signos no puedan pasar inadvertidas, y que hayan sido conocidas y no declaradas por el asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8º de la Ley sobre el Contrato de Seguro. “El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato”.

**Prima de riesgo:**

Es la prima mínima a cobrar y que es indispensable para cubrir el riesgo y se calcula en base a la frecuencia y la severidad.

**Prima de riesgo pura:**

Es la que se obtiene al multiplicar la frecuencia, la severidad y el arancel del tratamiento en estudio.

**Prima de riesgo final:**

Es la prima de riesgo afectada por la inflación y el valor presente a la tasa de interés  $i$ .

**Prima de tarifa:**

Monto unitario a cobrar necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, de adquisición y de administración, así como el margen de utilidad previsto.

**Regulador/Asegurador:**

Nombre que se da a la entidad de seguros que asume un riesgo, previo acuerdo directo y personal con el asegurado.

**Reserva de riesgos en curso:**

Cantidad suficiente para cubrir el valor esperado de los costos futuros de siniestralidad, y otras obligaciones contractuales considerando adicionalmente los costos de administración, tomando en cuenta su distribución en el tiempo, su crecimiento real y por inflación.

**Riesgo:**

Se emplea este concepto para expresar la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga al asegurador (compañía de seguros) a efectuar la prestación, o indemnización que le corresponde.

**Seguros de corto plazo:**

Son todos aquellos contratos de seguro con una duración igual o menor a un año, independientemente del ramo al que pertenezcan.

**Severidad:**

Monto absoluto o valor relativo esperado de los siniestros a cargo de la aseguradora.

**Siniestro:**

Ocurrencia de un evento fortuito, por el cual la aseguradora se obliga a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios.

**Suma asegurada:**

Cantidad máxima que la aseguradora se obliga a cubrir en caso de siniestro o vencimiento del seguro.

**Tasa de interés para el cálculo de la prima:**

Es la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

**Temporalidad:**

Se refiere al número de años o fracción de tiempo que tendrán de vigencia el contrato de seguro.

**Valor Presente (VP):**

Es traer una cantidad monetaria a su valor actual a través de una tasa de interés.

**Vencimiento:**

Terminación del plazo de seguro.



**Operación:**

En **Accidentes y enfermedades**, se tienen los siguientes ramos:

- a) Accidentes personales;
- b) Gastos médicos; y
- c) Salud (incluye el Microseguro de Salud);

**Subramo:**

Especificación del tipo de mercado al que va dirigido:

- a) Individual;
- b) Familiar
- c) Colectivo

## 3.2 NORMATIVIDAD.

### 3.2.1 REGULACIÓN DE LOS MICROSEGUROS

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en enero de 2008 realizó cambios a la normatividad de las aseguradoras para incentivar el desarrollo de los microseguros, además se hicieron algunas modificaciones a las leyes para que pudieran adaptarse a este tipo de seguros.

Algunas de las modificaciones realizadas son las siguientes:

Circular S-8.1 ahora Circular Única de Seguros, en el Título 5 (del registro de productos de seguros), Capítulo 5.1 (de la forma y términos para el registro de productos de seguros)<sup>21</sup>. A continuación se enuncian algunas de las modificaciones a dicha Circular:

#### **Aspectos técnicos del diseño del producto:**

##### **Seguros Colectivos:**

- Suma asegurada o prima máxima: Para los seguros de personas en el seguro de grupo ó colectivo la suma máxima para cada integrante del grupo o la colectividad será de tres veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año (aproximadamente \$68,251 pesos tomando el salario mínimo del año actual, es decir, año 2012<sup>22</sup>). Para los seguros Individuales la suma asegurada máxima será de cuatro veces el salario

---

<sup>21</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de Diciembre de 2010, Mediante la cual se dan a conocer a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la forma y términos para el registro de productos.

<sup>22</sup> El salario mínimo diario en el Distrito Federal para el año 2012 es de: \$62.33.

general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, (aproximadamente \$91,001 pesos tomando el salario mínimo actual, es decir, año 2012).

- Deberán formalizarse con contratos de adhesión, ya sean productos de seguros individuales, colectivos o de grupo.
- No deberán establecer el pago de dividendos.
- No deberán considerar el pago de deducibles, coaseguros, franquicias o cualquier otra forma de participación en los siniestros.
- Considerar las indicaciones señaladas en el *Estándar de Práctica Actuarial No. 1*<sup>23</sup>.

### **Aspectos contractuales del producto:**

- Redacción clara, precisa y sencilla de la póliza o certificado.
- Uso de cláusulas obligatorias simplificadas para protección al consumidor.
- Las exclusiones sólo podrán ser generales y no guardar relación con el riesgo individualizado.
- La vigencia de la póliza de seguros de personas puede no ser anual bajo determinadas condiciones.
- Mecanismos simplificados para el cobro de la prima.
- Período de gracia obligatorio de 30 días para naturales para el pago de la prima.
- Procedimiento simplificado para la reclamación y pago de la indemnización, la cual no deberá ser superior a 5 días hábiles posteriores a la presentación de la reclamación.
- El comprobante del pago de la prima sirve como elemento comprobatorio de la celebración del contrato de seguro.
- Entrega de póliza y certificado con datos mínimos y condiciones generales simplificadas (la institución tiene la obligación de entregar en cualquier momento la versión íntegra registrada ante la comisión).
- En los seguros individuales se entregará al asegurado un ejemplar de la póliza y de las condiciones generales. En el caso de los seguros grupales o colectivos se entregarán certificados a cada uno de los asegurados.

La regulación mexicana establece que todo producto de seguro debe ser comercializado por conducto de un agente o corredor de seguros autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El mercado prevé como excepción que se podrán comercializar seguros estandarizados y bajo contratos de adhesión, por conducto de otras personas morales:

---

<sup>23</sup> Desarrollado por el comité de estándares de práctica actuarial de la asociación mexicana de actuarios A.C.

- ✓ **Intermediarios financieros** supervisados por las autoridades financieras (banca-seguros), debiendo sus empleados recibir los programas de capacitación que al efecto impartan las entidades aseguradoras.
- ✓ **Otras personas morales**, siempre que sus apoderados obtengan una autorización con requisitos equivalentes a los establecidos para un agente de seguros.

La regulación en materia de microseguros, tiene el propósito de:

- Facilitar la comercialización de este tipo de productos y, al mismo tiempo,
- No crear un arbitraje regulatorio en el mercado “tradicional” de seguros.

Así, la regulación prevé que podrán comercializarse los productos que cumplan con los lineamientos establecidos y cumplan con el registro ante la CNSF como un producto de microseguro, a través de:

- Agentes y corredores de seguros;
- Intermediarios financieros (incluyendo microfinancieras), contando con programas de capacitación adecuados;
- Personas morales distintas a las anteriores cuyos apoderados cuenten con la autorización respectiva (equivalente a la de agente de seguros), y
- Otras personas físicas o morales, debiendo recibir los programas de capacitación que al efecto impartan las entidades aseguradoras.

### **Desarrollo del producto:**

En base a lo establecido en el artículo 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), la nota técnica del seguro de salud deberá contener lo siguiente:

- a) Las tarifas de primas.
- b) La justificación técnica de la suficiencia de la prima.
- c) Las bases para el cálculo de reservas;
- d) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan.
- e) El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso;
- f) Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;

- g) Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar;
- i) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

## **CAPITULO 4. METODOLOGÍA.**

### **4.1 ELABORACIÓN Y DESARROLLO DE LA NOTA TÉCNICA.**

Este capítulo consiste en explicar el desarrollo de la nota técnica, con las especificaciones, exclusiones y cálculo paso a paso de la tarifa a cobrar mediante la obtención y análisis de las tasas de frecuencias y la severidad de cada uno de los tratamientos a cubrir.

Con base en lo expuesto en los capítulos anteriores y con el propósito de cubrir adecuadamente las necesidades de la población a quien va dirigido este microseguro y ofrecer los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la salud bucal, se propone la siguiente metodología sustentándose en la información proporcionada por el sector de salud pública mientras se obtiene experiencia propia que permita generar los registros estadísticos bajo las normas, estándares y premisas establecidas para toda institución de seguros, y entonces elaborar las adecuaciones pertinentes a los procedimientos de cálculo de primas de riesgo y de tarifa.

#### **4.1.1.-CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PLAN**

- NOMBRE DEL PLAN: Mi Primer Microseguro Dental
- TIPO DE SEGURO: Tradicional
- TIPO DE CONTRATO: Contrato de Adhesión
- OPERACIÓN: Accidentes y Enfermedades
- RAMO: Salud
- SUBRAMO: Individual
- TEMPORALIDAD: Plazo de un año.

#### **4.1.2- CARACTERÍSTICA ESPECIAL**

Actualmente no se cuenta con información propia para obtener una tarifa por lo cual se obtendrá una tarifa de carácter experimental. Para esto se ha hecho uso del boletín de información estadística tomada de la página del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Se hará un monitoreo cada año y cuando se cuente con al menos 36 meses de experiencia de este producto (según el *Estándar de Practica Actuarial No.1*), se realizará un análisis estadístico de las características que presenta. Si después de dicho análisis y una serie de pruebas, se determina modificar la metodología, se procederá a elaborar una nueva nota técnica.

#### **4.1.3.- MERCADO Y CANALES DE DISTRIBUCIÓN**

El mercado de este producto está formado por la población de bajos ingresos que esté interesada en adquirir un microseguro dental.

Este producto se podrá comercializar a través de los agentes y corredores de seguros autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como los canales de distribución más utilizados por las personas de bajos ingresos como las microfinancieras, cajas de ahorro, las tiendas Elektra, farmacias, etcétera.

#### **4.1.4.- MONEDA**

El producto podrá contratarse únicamente en moneda nacional.

#### **4.1.5.- TERRITORIALIDAD**

La cobertura de este microseguro dental individual, los tratamientos dentales y los beneficios ofrecidos, serán ofrecidos exclusivamente dentro del territorio nacional

#### **4.1.6.- EDADES DE ADMISION**

No se establecen límites de edad para ser asegurado en la presente póliza, así como tampoco para la renovación de la misma. Por lo que se garantiza la aceptación de personas de cualquier edad, sin embargo, para el asegurado principal (Titular) es importante que sea mayor de edad. Para los hijos del titular, no existe edad mínima de aceptación siempre y cuando se mantengan solteros y dependientes económicamente del titular.

#### **4.1.7.- COBERTURA**

El objeto de este microseguro dental individual es pagar el costo de los tratamientos cubiertos que el asegurado requiera para prevenir, mantener o recuperar su salud bucal a consecuencia de un accidente o enfermedad. Este producto cubrirá el costo de los mismos de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en esta nota técnica, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la República Mexicana y la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento.

La prestación de estos servicios se llevará a cabo mediante la utilización de recursos de terceros.

Los servicios que el contratante y/o asegurado adquirirá al momento de la contratación del Microseguro Dental Individual son los que se describen a continuación:

<b>PACIENTE ADULTO</b>	
<b>MODULO I. PREVENTIVO</b>	
Consulta oral	Un servicio al año póliza
Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental	
Instrucción en higiene oral	
Orientación para la prevención de enfermedades bucales asociadas al tabaquismo	
Profilaxis en la primera consulta	
<b>Seis meses después de haber realizado la primera consulta</b>	
Profilaxis	Un servicio al año póliza
<b>MODULO II. AMALGAMAS</b>	
Amalgama una superficie diente permanente	Dos en la combinación de estos servicios
Amalgama dos superficies diente permanente	
<b>MODULO III. EXTRACCIONES</b>	
Extracción de diente permanente	Dos servicios al año póliza

<b>PACIENTE INFANTIL</b>	
<b>MODULO I. PREVENTIVO</b>	
Consulta oral	Un servicio al año póliza
Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental	
Instrucción en higiene oral	
Profilaxis en la primera consulta	
Aplicación tópica de flúor en la primera consulta	
<b>Seis meses después de haber realizado la primera consulta</b>	
Profilaxis	Un servicio al año póliza
Aplicación tópica de flúor	
<b>MODULO II. AMALGAMAS</b>	
Amalgama una superficie diente primario (temporal)	Dos servicios en la combinación de estos servicios
Amalgama dos superficies diente primario (temporal)	
<b>MODULO III. EXTRACCIONES</b>	
Extracción de diente primario (temporal)	Dos servicios al año póliza

#### **4.1.8.- PREEXISTENCIA**

El microseguro dental individual ampara los padecimientos preexistentes de los asegurados.

#### **4.1.9.-EXCLUSIONES**

El microseguro dental individual no cubre, bajo ninguna circunstancia o situación, los gastos que se originen por los conceptos que se indican a continuación:

1. Medicamentos.
2. Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional.
3. Tratamientos que no estén especificados en la cobertura del microseguro dental individual como resinas, endodoncias, extracción de terceros molares, ortodoncia, prótesis, endodoncias, periodoncia, etcétera.
4. Tratamientos de carácter estético o para mejorar la apariencia del asegurado.
5. Gastos hospitalarios.
6. Cualquier complicación que surja después del tratamiento odontológico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.

#### **4.1.10.-HIPÓTESIS DEMOGRÁFICAS**

Las hipótesis demográficas se revisarán periódicamente a fin de determinar las tendencias más recientes de la composición de la población que se integre al Microseguro Dental Individual, con ello se tendrá un estimado de la edad de adhesión y la edad de cese en el servicio, el número estimado de nuevos adherentes (es decir, los futuros afiliados), etcétera.

#### **4.1.11.- FRECUENCIA**

Las tasas de frecuencia utilizadas para el cálculo de la prima de riesgo se obtuvieron con base a la información estadística mexicana tomada de la página de internet del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), del boletín de información estadística, Volumen III. Servicios otorgados y programas sustantivos.

#### **4.1.12.- SUMA ASEGURADA**

Es la cantidad máxima que el asegurador se obliga a cubrir en caso de siniestro o vencimiento del seguro, la cual se indicara en la carátula de la póliza.

Ésta se determinó de la siguiente manera:

Se realizó un *focus group* en el cual se consiguieron los aranceles que se cobran por los tratamientos que este producto ampara (Apéndice I).

Se realizó un promedio de los aranceles para cada uno de los tratamientos cubiertos, así se obtuvo un arancel promedio a pagar a los dentistas que conformarán la RED de proveedores (Apéndice I).

Para encontrar el monto de suma asegurada a otorgar, se hizo la suposición de que el asegurado usó todos los servicios ofrecidos por el seguro y tomando en cuenta los aranceles establecidos en el Apéndice I, se obtuvo lo siguiente:



<b>PACIENTE ADULTO</b>	<b>ARANCEL</b>	<b># DE TRATAMIENTOS MÁXIMOS REALIZADOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TRATAMIENTO</b>			
Consulta oral	\$100.00	1	\$100.00
Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental			
Instrucción en higiene oral			
Orientación para la prevención de enfermedades bucales asociadas al tabaquismo			
Profilaxis	\$100.00	2	\$200.00
Amalgama (de cualquier superficie) en diente permanente	\$250.00	2	\$500.00
Extracción de diente permanente	\$250.00	2	\$500.00
<b>Monto máximo que se requiere para hacer frente a todas las obligaciones contraídas en el seguro</b>		<b>7</b>	<b>\$1,300.00</b>

<b>PACIENTE INFANTIL</b>	<b>ARANCEL</b>	<b># DE TRATAMIENTOS MÁXIMOS REALIZADOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TRATAMIENTO</b>			
Consulta oral	\$100.00	1	\$100.00
Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental			
Instrucción en higiene oral			
Profilaxis	\$100.00	2	\$200.00
Aplicación de flúor en niños	\$100.00	2	\$200.00
Amalgama (de cualquier superficie) en diente temporal	\$250.00	2	\$500.00
Extracción de diente temporal	\$250.00	2	\$500.00
<b>Monto máximo que se requiere para hacer frente a todas las obligaciones contraídas en el seguro</b>		<b>9</b>	<b>\$1,500.00</b>

Por lo que el monto máximo requerido para hacer frente a las obligaciones contraídas por un paciente adulto es de \$1,300.00 pesos y para un paciente infantil es de \$1,500.00 pesos, por lo tanto se concluye que:

La responsabilidad máxima para el Microseguro Dental Individual es de 1 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (S.M.G.M.V.D.F.).

#### 4.1.13. GASTOS.

Los gastos que se utilizarán para el cálculo de la prima de tarifa son:

CONCEPTO	PORCENTAJE
Gasto de Administración	18.00%
Gasto de Adquisición	19.00%
Margen de Utilidad	5.0%

#### 4.1.14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado NO pagará ningún tipo de deducible, coaseguro ni ningún otro tipo de participación.

#### 4.1.15. INFLACIÓN

En base a que la estadística que se va a utilizar para el cálculo de la prima es referente al año 2009, se actualizará la información a diciembre de 2011 mediante la tasa de inflación.

Analizando el comportamiento de la inflación de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) que publica el Banco de México, tanto para Índice General por objeto del gasto como para el índice por objeto del gasto para salud y cuidado personal dentro de servicios médicos de salud, consulta y prótesis dental (cuidado dental), podemos ver que en los últimos 24 meses el Índice General y el de Cuidado Dental tienen un comportamiento semejante pues el índice general representa en promedio el 98.8% del Índice de Cuidado Dental, por lo cual se tomará el índice general como la tasa de inflación para el cálculo de la prima (Figura 1).

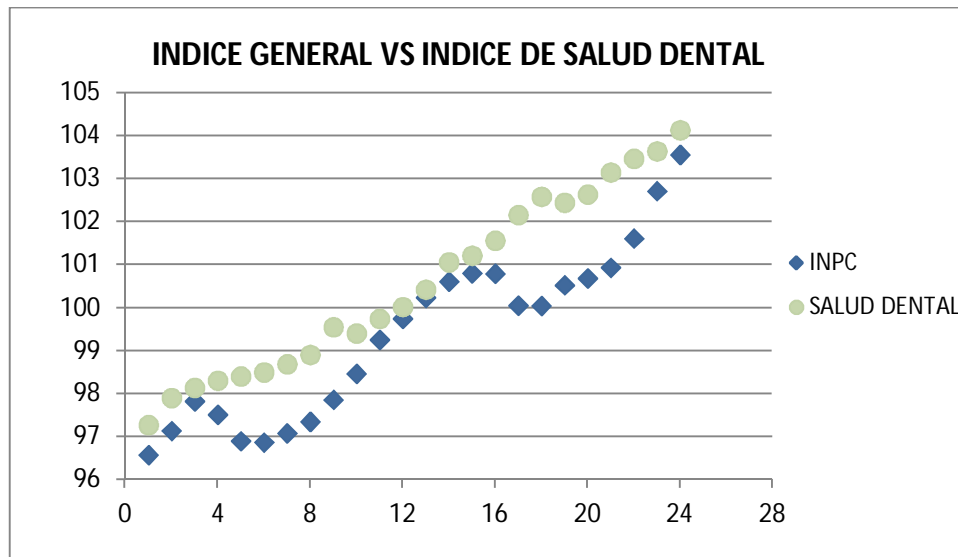


Figura 1

Y considerando las estimaciones mostradas en la encuesta mensual sobre las expectativas de los especialistas en economía del sector privado correspondientes a diciembre de 2011 que publica el Banco de México y que estiman que el Índice General al fin de 2011 será del 3.53%, de 2012 de 3.69 % y 3.57% en 2013. La tasa anualizada actual es de 3.82% viendo todos estos factores, se estimó una inflación anualizada de 3.70%, recargándose la prima de riesgo en un 1.85%, que corresponde a la inflación media esperada en el año (I =1.85%).

#### 4.1.16. TASA DE INTERES.

Se tomó como tasa de interés para determinar el valor presente de las reclamaciones futuras una tasa del 4.41% anual (i=4.41%), con base en la estadística de los últimos 3 años de las tasas CETES, dado que se toma una posición conservadora:

CONCEPTO	AÑO
	2011
Cete 28 días	4.33%
Cete 91 días	4.44%
Cete 182 días	4.51%
Encuesta mensual sobre las expectativas de los especialistas en economía del sector privado correspondientes a diciembre 2011	4.37%
Encuesta mensual sobre las expectativas de los especialistas en economía del sector privado correspondientes a diciembre 2012	4.40%
<b>Tasa de interés (i)=</b>	
	<b>4.41%</b>

#### 4.1.17 FACTOR DE MARGEN DE SEGURIDAD.

En base al *Estándar de Práctica Actuarial No.1* y debido a que no se cuenta con la información y experiencia necesaria para los llamados microseguros, se propone la aplicación de un factor de seguridad (recargo experimental) del 47% sobre la prima de riesgo. Este porcentaje se sustentó en las estadísticas utilizadas, el 46.6% de la población hizo uso de los servicios amparados por las instituciones de salud pública, sin embargo por simplicidad en el cálculo se ocupará el 47%. (Ver detalle Apéndice II).

$$FMS = \frac{\# \text{Tratamientos realizados}}{\# \text{expuestos}} = \frac{50,106,728}{107,550,697} = 46.6\% \approx 47\%$$

Donde:

FMS= Factor de Margen de Seguridad

Los resultados que se presenten se evaluarán anualmente y en el momento en el que se considere que la compañía cuenta con experiencia suficiente, se registrará una nota técnica en la que se reflejen la experiencia propia observada.

#### 4.1.18. PRIMA DE RIESGO.

##### 4.1.18.1 PRIMA DE RIESGO PURA.

Tomando en cuenta la información obtenida mediante la publicación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) Apéndice II:

Para obtener la prima de riesgo pura por servicio, se multiplica la frecuencia anual al millar por servicio por la severidad por servicio y por el arancel acordado. Es decir:

$$PRP_t = f'_t * sev_t * S_t$$

Donde:

$PRP_t$	=	Prima de Riesgo Pura del tratamiento t.
$f'_t$	=	frecuencia esperada en el año del tratamiento t.
$sev_t$	=	severidad esperada del tratamiento t
$S_t$	=	Arancel acordado para el tratamiento t.

La frecuencia se determina como:

$$f_t = \frac{n_t}{N}$$

$$f'_t = f_t * NSAP$$

Con:

$n_t$	=	número de siniestros observados para el tratamiento t.
$N$	=	Número de expuestos
$NSAP$	=	Número de Servicios al Año Póliza.

Se considera que la  $sev_t = 1$ , dado que la red es cerrada, por lo que todos los siniestros serán atendidos por esta y los costos (aranceles) son convenidos entre la compañía aseguradora y los odontólogos de la red por lo que se mantendrán fijos durante cada año calendario.

Por lo que:

$$sev_t = 1$$

Por lo tanto la prima de riesgo pura por servicio, se define:

$$PRP_t = f'_t * S_t$$

La prima de riesgo pura de este microseguro será la suma de cada uno de los tratamientos t:

$$PRP = \sum_{t=1}^n PRP_t$$

Con:

PRP = Prima de Riesgo Pura de todos los tratamientos cubiertos por este producto.

Los cálculos para determinar la prima de riesgo pura de todos los tratamientos (PRP) así como los cálculos para determinar la prima de riesgo para asegurados adultos y para asegurados, infantiles se presentan en los Apéndices III y IV.

En resumen tenemos que:

Asegurado Adulto:

$$PRP_A = \sum_{t=1}^n PRP_{tA} = \$100.89$$

Asegurado Infantil:

$$PRP_I = \sum_{t=1}^n PRP_{tI} = \$93.80$$

Donde:

- $PRP_A$  = Prima de Riesgo Pura total para asegurado Adulto.
- $PRP_I$  = Prima de Riesgo Pura total para asegurado Infantil.
- $PRP_{tA}$  = Prima de Riesgo Pura del tratamiento t para asegurado Adulto.
- $PRP_{tI}$  = Prima de Riesgo Pura del tratamiento t para asegurado Infantil.

#### 4.1.18.2 PRIMA DE RIESGO.

Con el objeto de contar con una sola prima de riesgo tanto para asegurados adultos como menores y además de que no se cuenta con experiencia para saber a qué porcentaje de los expuestos les corresponderá las coberturas exclusivas de

odontopediatría, es decir, los tratamientos para niños de 0 a 14 años ni tampoco que porcentaje aplicará solo para los pacientes adultos, se calculó un promedio que será la prima de riesgo.

$$PR = \frac{PRP_A + PRP_I}{2}$$

Lo que resulta:

$$PR = \frac{\$100.89 + \$93.80}{2} = \frac{\$194.69}{2} = \$97.34$$

La prima de riesgo de este producto recargada para el seguro individual de microseguros es:

$$PR' = PR * (1 + FMS) = \$97.34 * (1 + 47\%) = \$142.69$$

Donde:

PR = Prima de Riesgo.

PR' = Prima de Riesgo ajustada con el factor de margen de seguridad.

#### 4.1.18.3 PRIMA DE RIESGO FINAL.

La prima de riesgo finalmente estará dada por:

$$PR'' = PR' * (1 + I) * VP^{\frac{1}{2}}$$

Con:

- PR'' = Prima de Riesgo final.
- I = Inflación media esperada en el año, definida en el punto 4.15.
- $VP^{\frac{1}{2}}$  = Valor Presente a la tasa de interés i definida en el punto 4.16.

Con lo que se tendría que:

$$PR'' = \$142.69 * (1 + 1.85\%) * 0.976040 = \$145.28$$

#### 4.1.19. PRIMA DE TARIFA

La Prima de Tarifa se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$PT = \frac{PR''}{1 - (G_{Adm} + G_{Adq} + M_U)}$$

Donde:

- PT = Prima de Tarifa.
- PR'' = Prima de Riesgo final.
- $G_{Adm}$  = Gasto de Administración.
- $G_{Adq}$  = Gasto de adquisición.
- $M_U$  = Margen de Utilidad esperado.

Para el producto “Mi Primer Microseguro Dental”, la Prima de Tarifa (PT) a cobrar por asegurado será de:

$$PT = \frac{\$145.28}{1 - (18\% + 19\% + 5.0\%)} = \$250.48$$

Por simplicidad y para efectos comerciales, la tarifa se redondeará al entero próximo, quedando la Prima de Tarifa (PT) para este Microseguro Dental de:

$$PT = \$250.00$$

#### **4.1.20. DESCUENTOS**

No se aplicarán descuentos en este seguro porque no existe aún suficiente información para determinar o cuantificar este concepto, sin embargo, es posible que se otorgue en el futuro.

#### **4.1.21. RESERVA DE RIESGOS EN CURSO**

Basándose en los puntos 7.6.8<sup>24</sup>. y 7.6.10<sup>25</sup> del Capítulo 7.6 de la Circular Única<sup>26</sup>, No se cuenta con experiencia para realizar una metodología para la valuación de la Reserva de Riesgos en Curso, por lo que el cálculo estará sujeto al método que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) asigne mientras se reúne la estadística suficiente para desarrollar un método.

#### **4.1.22. DIVIDENDOS**

Este seguro no contempla dividendos para el asegurado por resultados favorables en siniestralidad.

#### **4.1.23. BONIFICACIONES**

Este seguro no contempla bonificaciones para el asegurado.

---

<sup>24</sup> A falta de experiencia propia, o cuando la estadística sea insuficiente, las Instituciones o Sociedades Mutualistas deberán hacerlo del conocimiento de la Comisión, sometiendo a registro la nota técnica que utilizarán en forma transitoria en tanto reúnen la estadística necesaria y suficiente.

<sup>25</sup> Cuando una Institución o Sociedad Mutualista no registre la nota técnica para la valuación de su reserva de riesgos en curso conforme a las Disposiciones del presente Capítulo, la Comisión le asignará un método mediante el cual deberá realizar su valuación en tanto no registre la nota técnica respectiva.

<sup>26</sup> CAPITULO 7.6.-DE LOS METODOS ACTUARIALES DE VALUACION Y SUFICIENCIA DE LA RESERVA DE RIESGOS EN CURSO DE LOS SEGUROS DE DAÑOS Y DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.



# APÉNDICES.

## APÉNDICE I

### ARANCELES QUE LOS ODONTÓLOGOS COBRAN POR LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

Paciente Adulto										
Tratamiento	Dentista 1	Dentista 2	Dentista 3	Dentista 4	Dentista 5	Dentista 6	Dentista 7	Dentista 8	Dentista 9	Dentista 10
Consulta oral <sup>27</sup>	\$80.00	\$80.00	\$100.00	\$100.00	\$120.00	\$80.00	\$100.00	\$110.00	\$100.00	\$100.00
Profilaxis	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$120.00	\$100.00	\$120.00	\$120.00	\$100.00	\$120.00
Amalgama (de cualquier superficie) en diente permanente	\$250.00	\$250.00	\$280.00	\$250.00	\$200.00	\$250.00	\$250.00	\$200.00	\$300.00	\$200.00
Extracción de diente permanente	\$250.00	\$250.00	\$280.00	\$280.00	\$250.00	\$250.00	\$280.00	\$250.00	\$300.00	\$200.00

Paciente Infantil										
Tratamiento	Dentista 1	Dentista 2	Dentista 3	Dentista 4	Dentista 5	Dentista 6	Dentista 7	Dentista 8	Dentista 9	Dentista 10
Consulta oral <sup>28</sup>	\$80.00	\$80.00	\$100.00	\$100.00	\$120.00	\$80.00	\$100.00	\$110.00	\$100.00	\$100.00
Profilaxis	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$120.00	\$100.00	\$120.00	\$120.00	\$100.00	\$120.00
Aplicación de flúor en niños	\$100.00	\$120.00	\$120.00	\$80.00	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$90.00	\$100.00	\$80.00
Amalgama (de cualquier superficie) en diente temporal	\$250.00	\$250.00	\$280.00	\$250.00	\$200.00	\$250.00	\$250.00	\$200.00	\$300.00	\$200.00
Extracción de diente temporal	\$250.00	\$250.00	\$280.00	\$280.00	\$250.00	\$250.00	\$280.00	\$250.00	\$300.00	\$200.00

Paciente Adulto		
Tratamiento	Arancel Promedio	Arancel RED
Consulta oral detallada y extensiva	\$97.00	<b>\$100.00</b>
Profilaxis	\$ 108.00	<b>\$100.00</b>
Amalgama (de cualquier superficie) en diente permanente	\$243.00	<b>\$250.00</b>
Extracción de diente permanente	\$259.00	<b>\$250.00</b>

Paciente Infantil		
Tratamiento	Arancel Promedio	Arancel RED
Consulta oral detallada y extensiva	\$97.00	<b>\$100.00</b>
Profilaxis	\$ 108.00	<b>\$100.00</b>
Aplicación de flúor en niños	\$99.00	<b>\$100.00</b>
Amalgama (de cualquier superficie) en diente temporal	\$243.00	<b>\$250.00</b>
Extracción de diente temporal	\$259.00	<b>\$250.00</b>

<sup>27</sup> Contempla "Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental, instrucción en higiene oral y orientación para la prevención de enfermedades bucales asociadas al tabaquismo"

<sup>28</sup> Contempla "Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental e instrucción en higiene oral"

## APÉNDICE II

### TRATAMIENTOS REALIZADOS DE SALUD BUCAL POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2009:

	Poblacion con y sin seguridad social (expuestos)	Consultas	Limpiezas	Aplicaciones de flúor	Obturaciones	Extracciones	TOTAL de tratamientos
<b>TOTAL</b>	<b>107,550,697</b>	<b>11,226,113</b>	<b>28,557,933</b>	<b>3,815,597</b>	<b>4,848,490</b>	<b>1,658,595</b>	<b>50,106,728</b>
Aguascalientes	1 141 946	106 959	489 877	25 415	29 543	20 046	671,840
Baja California	3 165 776	159 434	676 407	45 689	50 358	28 392	960,280
Baja California Sur	565 400	48 388	174 300	18 443	15 960	11 760	268,851
Campeche	795 982	101 540	268 219	40 575	38 806	17 088	466,228
Coahuila de Zaragoza	2 628 942	199 073	1 011 922	130 571	60 660	31 342	1,433,568
Colima	600 924	69 950	262 788	26 195	35 997	15 512	410,442
Chiapas	4 507 177	311 614	619 018	112 552	118 022	94 585	1,255,791
Chihuahua	3 391 617	208 785	1 004 454	75 070	67 093	51 706	1,407,108
Distrito Federal	8 841 916	1 212 076	3 150 200	280 095	477 408	128 631	5,248,410
Durango	1 550 417	139 935	417 301	51 713	52 482	35 976	697,407
Guanajuato	5 044 735	585 282	1 559 753	151 994	281 009	84 396	2,662,434
Guerrero	3 140 529	410 142	743 583	104 458	85 897	49 013	1,393,093
Hidalgo	2 421 606	349 250	474 554	65 030	161 614	66 368	1,116,816
Jalisco	7 016 595	511 457	1 688 947	199 269	227 075	68 930	2,695,678
México	14 837 208	1 074 700	3 109 665	459 846	573 244	138 919	5,356,374
Michoacán de Ocampo	3 964 009	461 968	784 427	141 082	188 613	75 205	1,651,295
Morelos	1 674 795	263 492	440 364	40 638	103 537	24 267	872,298
Nayarit	969 540	133 768	307 140	32 818	51 661	22 768	548,155
Nuevo León	4 448 068	263 386	1 385 178	175 249	60 462	31 572	1,915,847
Oaxaca	3 550 788	538 560	469 372	94 577	246 201	82 743	1,431,453
Puebla	5 651 371	756 280	1 462 069	282 480	475 622	61 463	3,037,914
Querétaro de Arteaga	1 720 556	162 071	542 038	85 070	94 837	22 426	906,442
Quintana Roo	1 314 062	92 527	401 274	66 437	32 302	15 875	608,415
San Luis Potosí	2 484 949	452 176	919 251	185 076	187 378	56 479	1,800,360
Sinaloa	2 652 451	316 654	756 239	109 421	155 653	53 608	1,391,575
Sonora	2 510 562	217 990	874 966	55 409	98 035	34 668	1,281,068
Tabasco	2 050 514	403 357	437 183	78 320	229 979	67 602	1,216,441
Tamaulipas	3 193 017	324 641	953 163	140 397	77 173	39 303	1,534,677
Tlaxcala	1 134 844	168 559	329 768	68 010	94 063	32 406	692,806
Veracruz de Ignacio de la Llave	7 278 690	801 369	1 974 627	331 267	352 065	129 011	3,588,339
Yucatán	1 921 959	124 836	583 626	109 486	43 817	21 011	882,776
Zacatecas	1 379 752	255 894	286 260	32 945	81 924	45 524	702,547

### APÉNDICE III

#### TRATAMIENTOS Y MODULOS PARA ASEGURADO ADULTO E INFANTIL:

**Expuestos= 107,550,697**

**Severidad= 1**

Módulo	COBERTURA	Siniestros observados		Frecuencia (ft)		N° de servicios al año póliza		Frecuencia esperada (ft)		Arancel acordado RED (St)		Prima de Riesgo Pura (PRPt)	
		Infantil	Adulto	Infantil	Adulto	Infantil	Adulto	Infantil	Adulto	Infantil	Adulto	Infantil	Adulto
Preventivo	Consulta oral	11,226,113	11,226,113	10.4%	10.4%	1	1	0.1	0.1	\$100.00	\$100.00	\$10.44	\$10.44
	Profilaxis	28,557,933	28,557,933	26.6%	26.6%	2	2	0.53	0.53	\$100.00	\$100.00	\$53.11	\$53.11
	Aplicación tópica de flúor (únicamente para menores de 14 años)	3,815,597	-	3.5%		2		0.07	0.00	\$100.00		\$7.1	
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aun cuando no exista comunicación entre si)	4,848,490	4,848,490	4.5%	4.5%	2	2	0.09	0.09	\$250.00	\$250.00	\$22.54	\$22.54
	Extracción de diente primario (temporal) o permanente	1,658,595	1,658,595	1.5%	1.5%	2	2	0.03	0.03	\$250.00	\$250.00	\$7.71	\$7.71
										<b>Prima de Riesgo Pura (PRPt)</b>		<b>\$100.89</b>	<b>\$93.80</b>

**APÉNDICE IV**  
PRIMA DE RIESGO:

<b>Prima de Riesgo Pura (PRPt)</b>	<b>\$100.89</b>	<b>\$93.80</b>
------------------------------------	-----------------	----------------

<b>Prima de Riesgo Única (PR)</b>	<b>\$ 97.34</b>
-----------------------------------	-----------------

<b>Prima Riesgo *factor de ajuste (PR')</b>	<b>\$142.69</b>
---	-----------------

<b>PRIMA DE RIESGO FINAL (PRF')</b>	<b>\$ 145.27</b>
-------------------------------------	------------------

<b>Factor de Recargo</b>	<b>47%</b>
--------------------------	------------

<b>Inflación media</b>	<b>1.85%</b>
------------------------	--------------

<b>Tasa interés anual</b>	<b>4.97%</b>
---------------------------	--------------

<b>Valor Presente medio año</b>	<b>0.976040</b>
---------------------------------	-----------------

<b>Prima Riesgo *factor de ajuste (PR')</b>	<b>\$142.69</b>
---	-----------------

<b>PRIMA DE RIESGO FINAL (PR'')</b>	<b>\$ 145.27</b>
-------------------------------------	------------------

## CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO

Las enfermedades bucales que más predominan en México son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales están identificadas entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que repercute en grandes gastos económicos que llegan a rebasar la capacidad del sistema de salud y de la población misma, por lo cual es muy importante hacer énfasis en la creación de una cultura de prevención, como ya se ha mencionado antes:

- La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser identificadas, controladas e incluso prevenir la aparición de otro tipo de enfermedades con actividades de diagnóstico temprano, es decir, actividades preventivas y
- Con poco dinero es posible mantener una buena salud bucal.

Por lo anterior es importante incorporar un microseguro dental en el mercado de seguros debido a que con esto se pretende mejorar el nivel de la salud bucal y una cultura de la prevención en la población mexicana, dado que por la característica del producto el costo es muy bajo y accesible al bolsillo de las personas de bajos ingresos económicos.

Al analizar la tarifa anual ofrecida en “Mi Primer Microseguro Dental” el costo es de \$250.00 pesos, el asegurado estaría pagando mensualmente una prima de \$20.83 pesos y una prima diaria de aproximadamente \$0.69 centavos, el cual se considera que es un costo muy bajo para que las personas a las que está dirigida, empiecen a tener la oportunidad de proteger su salud y la de sus familias y así evitar un gasto mayor al hacer frente a enfermedades bucales más complejas y costosas.

Por otro lado, el sector de seguros podría empezar a penetrar al gran mercado de la base de la pirámide con este microseguro dental pues tendría un desarrollo y crecimiento potencial debido a la demanda y a la necesidad de la sociedad de contar con este tipo de seguro y con esto el asegurador vería ampliada su cartera así como un mercado que potencialmente representaría ganancia dado el volumen de personas que hay en este sector pues el riesgo estaría disperso.

Finalmente el beneficio social que este producto ofrece, es proporcionar a las personas de bajos ingresos y grupos vulnerables (la base de la pirámide) la posibilidad de contratar un seguro para cuidar su salud bucal y así prevenir enfermedades más complejas que pueden llegar a afectar su salud, su economía, su patrimonio y lo más importante su calidad de vida .

# **ANEXOS GENERALES**

## **SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO**

ACUERDO por el que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público emite las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida (viernes 18 de febrero de 2005).

---

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO EMITE LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL MICRO SEGURO DE VIDA.

JOSE ANTONIO GONZALEZ ANAYA, Director General de Seguros y Valores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fundamento en los artículos 16 y 31 fracciones VIII, XXIII y XXV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 49, 50, 51, 52, 53, 71, 78 y décimo cuarto transitorio, así como el Anexo 17 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2005 y en ejercicio de las atribuciones que me confiere el artículo 32 fracciones I, IV y XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y

### **CONSIDERANDO**

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002-2006, establecen que el desarrollo agropecuario y pesquero es fundamental para elevar el bienestar de segmentos importantes de la población.

Que en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2005, en su Anexo 17 "Programa Especial Concurrente para el Desarrollo Rural Sustentable 2005" en su apartado "Financiamiento y Seguro Rural", se encuentra previsto el Programa "Gastos de Supervisión y Operación de Fondos de Aseguramiento y Micro Seguro", con base en lo cual se expiden las presentes Reglas que cumplen con lo establecido en el Capítulo VIII "De las Reglas de Operación para Programas" del propio Decreto.

Que en los últimos años se ha reconocido de manera cada vez más amplia que la población rural, principalmente la ubicada en regiones marginadas, requiere de servicios financieros adaptados a sus condiciones sociales y económicas.

Que derivado de lo anterior, se han generado innovaciones en la intermediación financiera englobadas en lo que se ha denominado micro finanzas. El objetivo ha sido atender, de manera accesible, eficiente y sostenible, segmentos de la población generalmente excluidos de los servicios bancarios tradicionales. La mayor parte de las experiencias se han registrado en el servicio de crédito y, en menor medida, en la captación de ahorro.

Que en seguros el avance es mínimo, lo cual cobra especial relevancia en la medida en que la población de escasos recursos dedicada a la actividad agropecuaria, es particularmente vulnerable a factores relacionados principalmente con fallecimientos,



enfermedades y desastres naturales, que pueden provocar descapitalización y retrocesos difíciles de revertir.

Que existe la necesidad social de diseñar e implementar un Micro Seguro de Vida que atienda, de forma masiva y de manera sostenible, a la población de bajos ingresos asentada en comunidades rurales.

En primera instancia, el Micro Seguro debe proporcionar los recursos mínimos para hacer frente a los denominados últimos gastos o funerarios.

Que el diseño del Micro Seguro de Vida debe garantizar su operación sostenible, promover la participación de las Aseguradoras para ampliar su cobertura y fomentar la vinculación de las organizaciones de productores y micro financieras para reducir sus costos.

Que bajo este contexto, el gobierno federal ha considerado conveniente impulsar el desarrollo de un Micro Seguro de Vida orientado a la población rural de bajos ingresos sin acceso a seguros comerciales, como una opción viable para resolver la carencia de esquemas formales de seguro de personas en el ámbito rural.

En virtud de lo expuesto, he tenido a bien expedir el siguiente:

**Acuerdo por el que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público emite las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida.**

**PRIMERA.-** Para los efectos de estas Reglas se entenderá por:

1. AGROASEMEX: a AGROASEMEX, S.A.
2. Aseguradoras: en singular o plural, a las instituciones de seguros autorizadas para operar seguros de vida.
3. Intermediarios: en singular o plural, a las organizaciones de productores y micro financieras que participen como agentes vinculadores entre el asegurado y el asegurador directo.
4. Micro Seguro de Vida: al instrumento financiero con las características técnicas de un seguro formal, dirigido a brindar protección a grupos o personas de bajos ingresos asentados en comunidades rurales que no tienen acceso a seguros comerciales a fin de proporcionarles los recursos mínimos para hacer frente a los denominados últimos gastos funerarios.
5. OIC: al Órgano Interno de Control en AGROASEMEX.
6. PEF: al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2005, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 20 de diciembre de 2004.
7. Programa: al Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida, que operará con recursos asignados en el PEF, Anexo 17, bajo el rubro "Financiamiento y

Seguro Rural, Gastos de Supervisión y Operación de Fondos de Aseguramiento y Micro Seguro”.

8. Reglas: a las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida.

9. Secretaría: a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

10. SFP: a la Secretaría de la Función Pública.

#### **SEGUNDA.-** Presentación.

El PEF establece que los recursos públicos asignados a los programas previstos en el propio PEF se sujetarán a reglas de operación que garanticen su aplicación eficiente, eficaz, equitativa y transparente.

De conformidad con el PEF, los recursos públicos asignados por el gobierno federal al Programa, deben apegarse a criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad; identificar claramente a la población objetivo beneficiada por grupo específico y por región del país; así como asegurar la coordinación de acciones con otras dependencias y entidades para procurar que en el ejercicio de los recursos se reduzcan los gastos administrativos en la asignación y aplicación de los subsidios.

En términos del Acuerdo por el que se expiden los criterios generales para modificaciones a las reglas de operación de los programas gubernamentales ya existentes y para la elaboración de las reglas de operación para el ejercicio fiscal 2002, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de enero de 2002, las reglas de operación de los programas gubernamentales deben promover la transparencia en la aplicación de los recursos públicos; establecer los mecanismos que agilicen los trámites o procedimientos que permitan su ejecución oportuna y eficiente; y faciliten la obtención de información y la evaluación de los beneficios económicos y sociales de su aplicación y asignación.

Asimismo, las presentes Reglas se apegan a los procedimientos y criterios generales contenidos en el oficio del 10 de enero de 2005, expedido por el C. Titular de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, en relación con anteproyectos de reglas de operación para programas a que se refiere el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2005.

#### **TERCERA.-** Objetivos.

Diseñar, desarrollar e iniciar una prueba piloto del Micro Seguro de Vida, que cumpla con los criterios técnicos que establezca AGROASEMEX y con las disposiciones legales aplicables, así como con los Lineamientos de Operación que expida la Secretaría, conforme a lo señalado en la Décima de las presentes Reglas.

El Micro Seguro de Vida deberá permitir al beneficiario contar con los recursos económicos mínimos para hacer frente a los últimos gastos funerarios que implica el fallecimiento del asegurado.

El objetivo del Programa podrá ampliarse para el diseño y desarrollo de otros micro seguros conexos a la actividad rural, en función de asignaciones presupuestarias específicas.

**CUARTA.-** Población objetivo.

El diseño, desarrollo e inicio de la prueba piloto del Micro Seguro de Vida, deberá enfocarse a grupos o personas, sin distinción de género ni discriminación alguna, de bajos ingresos asentados en comunidades rurales que no tengan acceso a seguros de vida comerciales, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en las presentes Reglas y en los Lineamientos de Operación que expida la Secretaría, conforme a lo señalado en la Décima de las presentes Reglas.

**QUINTA.-** Tipos y monto de los apoyos.

Los recursos del Programa son de carácter temporal y deberán ser utilizados exclusivamente para los siguientes conceptos:

**1. Diseño y desarrollo del Micro Seguro de Vida.**

El diseño y desarrollo del Micro Seguro de Vida deberá considerar los criterios técnicos que determine AGROASEMEX, de acuerdo con los conceptos que se indican en la Décima de estas Reglas “Mecánica de operación”.

**2. Prueba piloto.**

Para la instrumentación y operación de la prueba piloto se podrán otorgar, a los Intermediarios, apoyos financieros con cargo al Programa destinados exclusivamente a:

- a).- Sufragar gastos operativos por un monto equivalente al cincuenta por ciento de la prima de riesgo por cada asegurado.
- b).- Adquirir el equipo de cómputo y software requeridos para la operación y administración del Micro Seguro de Vida, por un monto máximo de \$20,000.00 (veinte mil pesos 00/100 M.N.) por Intermediario.

**3. Fondo de recursos líquidos.**

Se constituirá un fondo de recursos líquidos con los remanentes de los recursos asignados al Programa, una vez cumplidos los objetivos de las actividades señaladas en los numerales 1 y 2 de esta Regla.

El monto total de los recursos asignados a este Programa asciende a la cantidad de \$15'000,000.00 (quince millones de pesos 00/100 M.N.), que serán ejercidos directamente por AGROASEMEX.

**SEXTA.-** Beneficiarios.

La población objetivo susceptible de ser asegurada en la prueba piloto.

El procedimiento de operación que se aplicará para efectos de lo dispuesto en esta Regla se sujetará a lo establecido en los Lineamientos de Operación que expida la Secretaría, conforme a lo señalado en la Décima de las presentes Reglas.

**SEPTIMA.-** Instancia Ejecutora.

El Programa será operado por AGROASEMEX.

**OCTAVA.-** Interpretación.

La Secretaría, por conducto de la Dirección General de Seguros y Valores, podrá interpretar, para efectos administrativos, las presentes Reglas.

**NOVENA.-** Instancias de control y vigilancia.

La instancia de control y vigilancia en la aplicación de estas Reglas será la SFP, por conducto de sus áreas centrales o del OIC, en términos de las disposiciones aplicables y de estas Reglas.

**DECIMA.-** Mecánica de operación.

1. El Diseño y desarrollo del Micro Seguro de Vida comprenderá las siguientes actividades:

1.1. La estructuración general del Micro Seguro de Vida, mediante:

a).- La realización de estudios de mercado que permitan:

i) Determinar la demanda efectiva y potencial.

ii) Identificar la oferta de servicios similares existentes en la región o regiones seleccionadas, tanto en el sector formal como informal.

iii) Identificar las Aseguradoras e Intermediarios susceptibles de participar en la prueba piloto.

b).- La conformación de bases de datos de la población susceptible de ser asegurada.

1.2. La estructuración técnica del Micro Seguro de Vida, mediante la realización de estudios actuariales que permitan la valuación eficiente del riesgo.

1.3. La estructuración operativa y administrativa del Micro Seguro de Vida, mediante:

a).- El diseño de políticas y procedimientos para la selección y suscripción de riesgos; diseño de condiciones del Micro Seguro de Vida; emisión de pólizas; cobro de primas; atención de reclamaciones; verificación de siniestros, y pago de indemnizaciones.

b).- El diseño e implantación de sistemas informáticos que permitan la eficiente administración del Micro Seguro de Vida.

c).- El diseño e implementación de mecanismos de control que prevengan la presencia del riesgo moral.

d).- La capacitación del recurso humano que operará y administrará el Micro Seguro de Vida en los Intermediarios, así como la realización de talleres o seminarios de formación, análisis e intercambio de mejores prácticas en micro seguros.

e).- La capacitación de los asegurados y beneficiarios en materia de derechos y obligaciones derivadas de la adquisición de una póliza de Micro Seguro de Vida.

## 2. Prueba Piloto.

Para validar el diseño se instrumentará, en los términos y condiciones que técnicamente decida AGROASEMEX, una prueba piloto del Micro Seguro de Vida.

Para la instrumentación y operación de la prueba piloto se podrán otorgar a los Intermediarios, los apoyos financieros previstos en la Quinta numeral 2 de estas Reglas.

La forma de entrega de los apoyos y las especificaciones que deberá reunir el equipo de cómputo y el software se establecen en el anexo 1 de estas Reglas.

3. El fondo de recursos líquidos referido en la Quinta, numeral 3 de las presentes Reglas, se constituirá con los remanentes de los recursos asignados al Programa y éstos serán administrados por AGROASEMEX y se destinarán a cubrir desviaciones de siniestralidad del Micro Seguro de Vida en los términos de los Lineamientos de Operación que al efecto emita la Secretaría, por conducto de la Dirección General de Seguros y Valores.

La realización de estudios, asesorías externas y la contratación de los servicios que se requieran para la instrumentación, seguimiento y evaluación del Micro Seguro de Vida, serán realizados por AGROASEMEX con cargo a los recursos asignados al Programa y deberá ajustarse a lo establecido por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

AGROASEMEX podrá cubrir con cargo a dichos recursos los gastos que erogue su personal para la realización de las tareas que se requieran para el cumplimiento de este Programa.

4. Los solicitantes de los apoyos presentarán sus solicitudes conforme a los formatos que se mencionan en el Anexo 1, en la Dirección General Adjunta de Finanzas Corporativas de AGROASEMEX, en el inmueble ubicado en avenida Constituyentes Poniente número 124, colonia El Carrizal, código postal 76030, Santiago de Querétaro, Qro. En caso de dudas, podrán solicitar información al teléfono 01800-400-3100.

### **DECIMA PRIMERA.-** Reembolso.

Los recursos que al cierre del ejercicio fiscal 2005 no se destinen a los fines autorizados en estas Reglas y aquellos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado serán reintegrados a AGROASEMEX a fin de que ésta los devuelva a la Tesorería de la Federación en los términos de los artículos 49 y 52 del PEF.

### **DECIMA SEGUNDA.-** Informes programático-presupuestarios.

Avances físico-financieros.

Conforme a las disposiciones establecidas en el PEF, AGROASEMEX rendirá a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, a la SFP, a su órgano de gobierno y a la propia Secretaría, informes trimestrales sobre el presupuesto ejercido de este Programa conforme a estas Reglas, así como el cumplimiento de las metas y objetivos con base en los indicadores de resultados.

Dichos informes deberá presentarlos dentro de los quince días hábiles siguientes al término del trimestre de que se trate.

Cierre de ejercicio.

AGROASEMEX presentará un informe de cierre del ejercicio sobre la operación del Programa a que se refieren estas Reglas, dentro de los primeros veinte días hábiles de enero de 2006, a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, a la SFP y a la propia Secretaría, en términos de lo dispuesto en el primer párrafo de esta Regla.

**DECIMA TERCERA.-** Evaluación Interna.

AGROASEMEX reportará a su órgano de gobierno el seguimiento de este Programa, en los informes semestrales a que se refiere el artículo 59 fracción XI de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales Externa.

El Programa se evaluará, en los términos previstos en el artículo 52 fracción IV, inciso b) del PEF.

**DECIMA CUARTA.-** Difusión.

Estas Reglas se publicarán en el Diario Oficial de la Federación y se difundirán mediante el sistema Internet, en términos del artículo 52 del PEF.

La información relativa al avance en el cumplimiento de las metas del Programa se difundirá trimestralmente en dicho sistema, dentro de los quince días hábiles siguientes al trimestre de que se trate.

**DECIMA QUINTA.-** Seguimiento, control y auditoría.

Atribuciones.

El seguimiento, control y auditoría del Programa estará a cargo de la SFP, en el ámbito de la competencia y atribuciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

La SFP podrá practicar auditorías a través de sus áreas centrales o del OIC.

La SFP, a través de sus áreas centrales o del OIC, tendrá las siguientes atribuciones en términos de su Reglamento Interior:

- a).- Vigilar el cumplimiento de estas Reglas.
- b).- Realizar auditorías para verificar que los recursos asignados al Programa se hayan ejercido en términos de estas Reglas y examinar los sistemas, mecanismos y procedimientos establecidos para la aplicación de los mismos.

Objetivo.

La SFP a través de sus áreas centrales, o del OIC, buscará:

- a).- Impulsar en AGROASEMEX la mejora continua de sus procesos administrativos relacionados con estas Reglas, a través de la detección de áreas de oportunidad;
- b).- Prevenir prácticas de corrupción e impunidad a través de la difusión de normas, el establecimiento de controles internos y de asesoría, y
- c).- Promover la adecuada rendición de cuentas de los apoyos, contribuir a la transparencia de la gestión en la canalización de los mismos, así como al desempeño honesto, eficaz y eficiente de las áreas de AGROASEMEX involucradas en el Programa.

Resultados y seguimiento.

Cuando las auditorías sean realizadas por las áreas centrales de la SFP, ésta informará los resultados a AGROASEMEX y encargará su seguimiento al OIC.

En el caso de las auditorías que realice el OIC, los resultados obtenidos, válidos, significativos y debidamente fundamentados, se comunicarán al término de cada una de las revisiones a AGROASEMEX, y trimestralmente a la SFP mediante el sistema de información establecido para tal fin.

El seguimiento a la instrumentación de las recomendaciones efectuadas para subsanar las observaciones determinadas, se realizará de conformidad al programa anual de trabajo del OIC.

De los resultados de las auditorías y revisiones, en casos en que por su importancia los amerite, se dará conocimiento a la Secretaría.

En los casos en que exista probable responsabilidad en las observaciones determinadas, se enviarán al área de responsabilidades para el trámite correspondiente.

#### **DECIMA SEXTA.-** Quejas y denuncias.

Mecanismos, instancias y canales.

Cualquier persona de las señaladas en la Primera, numerales 2 y 3, así como Tercera, segundo párrafo de estas Reglas, podrá presentar quejas y denuncias por irregularidades en el ejercicio de los recursos del Programa.

Las quejas o denuncias podrán ser presentadas personalmente, por escrito, en forma telefónica o por Internet, ante las oficinas correspondientes de la SFP, o bien ante el OIC. En el caso del OIC, podrán presentarse por teléfono al número 01800-710-2147 o mediante correo electrónico a la dirección: [jmontiel@agroasemex.gob.mx](mailto:jmontiel@agroasemex.gob.mx).

La SFP o el OIC atenderán las quejas y denuncias presentadas e informarán por escrito a los denunciantes el trámite y resolución respectivos; harán las investigaciones necesarias y, en su caso, fincarán las responsabilidades que procedan.

La SFP o el OIC informarán a AGROASEMEX los hechos denunciados de los que resulten probables irregularidades de sus servidores públicos.

#### **DECIMA SEPTIMA.-** Indicadores.

Periodo: x Trimestre 2005.

Grupo Indicador	Objetivo	Unidad de Medida	Indicador	
			Estándar	X Trimestre 2005
Implementación de la prueba piloto	Evaluar la efectividad del Micro Seguro de Vida en la población objetivo.	SI/NO	SI	X
Asegurados	Contar con la masa crítica necesaria para obtener conclusiones relevantes en la prueba piloto.	Número	3,000	X

## **TRANSITORIAS**

**PRIMERA.-** Las disposiciones previstas en este Acuerdo entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDA.-** La Secretaría emitirá los Lineamientos de Operación a los que se refieren la tercera, cuarta, sexta y décima, numeral 3 de las presentes Reglas en un plazo de treinta días hábiles contado a partir de la entrada en vigor de las mismas.

**TERCERA.-** La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción que adquieran las dependencias y entidades para los programas a que se refiere el artículo 53 fracción I del PEF, deberán incluir la siguiente leyenda: "Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

**CUARTA.-** Toda publicidad y promoción que se adquiriera para este Programa, tales como anuncios en medios electrónicos, escritos y gráficos y de cualquier otra índole, deberá incluir invariablemente la siguiente leyenda: "Este Programa está financiado con recursos públicos aprobados por la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión y queda prohibido su uso para fines partidistas, electorales o de promoción personal de los servidores públicos".

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

El presente Acuerdo se emite en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los quince días del mes de febrero de dos mil cinco.- El Director General, José Antonio González Anaya.- Rúbrica.

### **ANEXO No. 1**

Podrán participar en la prueba piloto las Aseguradoras o Intermediarios que suscriban un convenio con AGROASEMEX para la operación de dicha prueba.

Los apoyos se otorgarán por AGROASEMEX de la siguiente forma:

I.- El apoyo para sufragar los gastos operativos del Micro Seguro de Vida, únicamente se otorgará a los Intermediarios que suscriban el convenio de operación. Deberán solicitarlo a más tardar el último día hábil de noviembre de dos mil cinco.

Para determinar el monto del apoyo se tomará en cuenta la prima pura de riesgo cobrada a los asegurados hasta el veintitrés de noviembre de dos mil cinco, exclusivamente por el otorgamiento de dicho Micro Seguro de Vida.

La solicitud deberá presentarse por escrito en los términos del formato 1 de este anexo. Podrá enviarse vía correo electrónico a la dirección electrónica [microseguro.apoyo@agroasemex.gob.mx](mailto:microseguro.apoyo@agroasemex.gob.mx), sin perjuicio de entregarla a AGROASEMEX firmada por escrito.



A la solicitud se deberá anexar una relación que contenga cuando menos:

- a).- Número de póliza;
- b).- Nombre del asegurado;
- c).- Nombre del (o los) beneficiarios, y
- d).- Monto de la prima pura de riesgo.

AGROASEMEX dispondrá de un plazo de quince días hábiles, contado a partir de la entrega, para revisar la solicitud y la relación. En caso de que proceda, AGROASEMEX realizará el pago correspondiente mediante depósito a la cuenta bancaria que el Intermediario señale en su solicitud.

La revisión de la información y de la documentación se entenderá sin perjuicio de la facultad de comprobación que realice AGROASEMEX en cualquier tiempo.

II.- Para la adquisición del equipo de cómputo y software requeridos para la operación y administración del Micro Seguro de Vida, los Intermediarios deberán solicitar el apoyo a más tardar el último día hábil de octubre de dos mil cinco.

Los paquetes podrán integrarse por equipo de cómputo de escritorio, impresora o software, con un costo máximo de \$20,000.00 (veinte mil pesos 00/100 M.N.), que se destinará para los trabajos propios del Micro Seguro de Vida. Las características mínimas del equipo deberán ser: Procesador Intel Pentium IV de 2.4 Ghz; memoria en RAM de 512 MB; disco duro de 40 GB; DVD ROM; monitor de 17", Sistema Operativo Windows XP Profesional, impresora estándar con una capacidad de 6 páginas por minuto, y 600 pp y punto centronic USB. El software mínimo deberá ser Office 2000. El equipo deberá ser nuevo y de marca conocida en el mercado.

La solicitud deberá presentarse por escrito en los términos del formato 2 de este anexo. Podrá enviarse vía correo electrónico a la dirección electrónica [microseguro.apoyo@agroasemex.gob.mx](mailto:microseguro.apoyo@agroasemex.gob.mx), sin perjuicio de entregarla a AGROASEMEX firmada por escrito.

AGROASEMEX dispondrá de un plazo de diez días hábiles, contado a partir de que le sea entregada toda la información requerida, para revisar la solicitud y, en su caso, notificará por escrito la autorización correspondiente. AGROASEMEX informará la fecha en la que se podrán entregar los apoyos.

En el caso de que la solicitud no se apegue a lo establecido en las Reglas y en este anexo, AGROASEMEX lo notificará al solicitante y explicará por escrito las causas de la negativa.

Una vez emitida la autorización, el Intermediario realizará las adquisiciones solicitadas y entregarán a AGROASEMEX: copia de los comprobantes que reúnan los requisitos fiscales del paquete de cómputo, que deberán estar a nombre del Intermediario.

AGROASEMEX dispondrá de un plazo de quince días hábiles, contado a partir de la entrega de los comprobantes fiscales, para revisar que los mismos reúnen los requisitos fiscales correspondientes. En caso de que proceda, AGROASEMEX

realizará el pago mediante depósito a la cuenta bancaria que el Intermediario señale en su solicitud.

La revisión de la información y de la documentación se entenderá sin perjuicio de la facultad de comprobación que realice AGROASEMEX en cualquier tiempo.

### FORMATO 1

#### SOLICITUD DE APOYOS PARA SUFRAGAR GASTOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL

#### PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL MICRO SEGURO DE VIDA

\_\_\_\_\_ (lugar) \_\_\_\_\_, a \_ (día) \_ de \_\_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_\_ de 2005

C. DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE FINANZAS CORPORATIVAS  
AGROASEMEX, S.A.

El (Los) que suscribe (suscribimos) representante(s) legal del Intermediario \_\_\_\_\_, me (nos) dirijo (dirigimos) a usted para solicitarle el Apoyo por \$ \_\_\_\_\_ del Programa citado al rubro.

Las características técnicas del apoyo son las siguientes:

MONTO DE PRIMAS O CUOTAS DE RIESGO PAGADAS	\$ _____
MONTO SOLICITADO COMO APOYO (10%)	\$ _____

En caso de que el apoyo solicitado sea procedente, el importe respectivo deberá depositarse, mediante transferencia bancaria, a la cuenta número \_\_\_\_\_ del Banco (nombre del Banco), sucursal (denominación y/o número de la sucursal), en (lugar), CLABE (clave bancaria estandarizada), a nombre de mi representada. Para tal efecto, se anexa copia del último estado de cuenta.

El (los) suscrito(s), con el carácter de representante(s) legal(es) de (nombre del Intermediario), reconozco (cemos) y declaro (mos), bajo protesta de decir verdad, que:

1. Conocemos y entendemos el contenido de las Reglas del Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida (en lo sucesivo las "Reglas").
2. (Nombre del Intermediario) cumple los requisitos para recibir los apoyos previstos en el Programa y nos comprometemos a llevar a cabo la prueba piloto en los términos de las Reglas y del convenio que suscribamos con AGROASEMEX.
3. Sabemos las implicaciones legales que representa ser beneficiarios de programas apoyados con recursos del Gobierno Federal.

ATENTAMENTE  
EL REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
(Nombre, firma y domicilio particular)

"Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los

contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la Ley aplicable y ante la autoridad competente”.

## FORMATO 2

### PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL MICRO SEGURO DE VIDA SOLICITUD DE APOYOS PARA EQUIPO DE CÓMPUTO.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005  
(lugar) (día) (mes)

C. DIRECTOR GENERAL ADJUNTO  
DE FINANZAS CORPORATIVAS  
AGROASEMEX, S. A.

El (Los) que suscribe (suscribimos) representante (s) legal del Intermediario \_\_\_\_\_, me (nos) dirijo (dirigimos) a usted para solicitarle el apoyo por \$ \_\_\_\_\_ del Programa citado al rubro.

Las características técnicas de los bienes a adquirir con los apoyos son las siguientes:  
COMPUTADORA NUEVA DE ESCRITORIO:

MARCA	PROCESADOR	MONITOR	MEMORIA RAM	DISCO DURO	DVD ROM
(Reconocida en el mercado)	(Intel pentium IV de 2.4 Ghz. como mínimo)	(Mínimo 17 pulgadas)	(Mínimo 512 MB)	(Mínimo 40 GB)	(Debe incluirlo)

IMPRESORA STANDARD NUEVA:

TIPO	MODELO	CAPACIDAD DE IMPRESION	TIPO DE IMPRESION	VELOCIDAD DE IMPRESION
Láser o de inyección a tinta.	(Año de fabricación)	(No. de hojas por minuto, mínimo 6)	(Color o Negro en función de la marca calidad USB centronic)	(No. De puntos, mínimo 600pp)

SOFTWARE:

AÑO DE ACTUALIZACION
(Mínimo Office 2000)

En caso de que el apoyo solicitado sea procedente, el importe respectivo deberá depositarse, mediante transferencia bancaria, a la cuenta número \_\_\_\_\_ del Banco (nombre del Banco), sucursal (denominación y/o número de la sucursal), en (lugar), CLABE (clave bancaria estandarizada), a nombre de mi representada. Para tal efecto, se anexa copia del último estado de cuenta.

El (los) suscrito (s), con el carácter de representante(s) legal(es) de (nombre del Intermediario), reconozco (cemos) y declara (mos), bajo protesta de decir verdad, que:

1. Conocemos y entendemos el contenido de las Reglas del Programa para el Desarrollo del Micro Seguro de Vida (en lo sucesivo las “Reglas”).
2. (Nombre del Intermediario) cumple los requisitos para recibir los apoyos previstos en el Programa y nos comprometemos a llevar a cabo la prueba piloto en los términos de las Reglas y del convenio que suscribamos con AGROASEMEX.
3. Sabemos las implicaciones legales que representa ser beneficiarios de programas apoyados con recursos del Gobierno Federal.

ATENTAMENTE  
EL REPRESENTANTE LEGAL

---

(Nombre y firma)

“Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la Ley aplicable y ante la autoridad competente”.

## **ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LAS REGLAS DE OPERACIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Secretaría de Salud.

### **REGLAS DE OPERACION**

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 32 y 33 de la Ley de Planeación; 63 y 64 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002 y 6 fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

### **CONSIDERANDO**

Que el Programa Nacional de Salud, establece dentro de sus líneas estratégicas el brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud incorporándola a un esquema de aseguramiento, para lo cual a través del Programa de Salud para Todos, se promoverá un Seguro Popular de Salud, con el objetivo de disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

Que el Seguro Popular de Salud tiene como propósito apoyar a las familias no aseguradas, promover el pago anticipado por servicios, y reducir los gastos catastróficos en salud, que constituyen una de las principales causas de empobrecimiento de las familias más vulnerables, así como fomentar la atención preventiva.

Que la prestación de los servicios incluidos en el Seguro es responsabilidad de los servicios estatales de salud.

Que los recursos federales asignados al Programa son subsidios federales y, por tanto, sujetos a criterios de selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad, debiéndose identificar claramente a la población beneficiaria, tanto por grupo específico como por región del país; prever montos de los apoyos y su actualización, asegurar la coordinación de acciones entre las diversas áreas administrativas con la finalidad de evitar su duplicación y reducir gastos administrativos; así como garantizar que los mecanismos de operación, distribución y administración, faciliten la obtención de información y la evaluación de los beneficios económicos y sociales de su asignación y aplicación.

Que el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, es el responsable de establecer las reglas de operación del Programa, de aportar los recursos necesarios para su operación, darle seguimiento, evaluar sus resultados y asegurar el cumplimiento de sus objetivos.

Que el Seguro Popular de Salud es una estrategia de largo plazo que promoverá el pago anticipado por servicios médicos e iniciará en 2002 con la instrumentación de este programa en cinco estados del país, en donde habitan familias que al requerir atención médica enfrentan dificultades financieras. Gradualmente se irá extendiendo este programa al resto del país.

Que conforme al Artículo 63 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación el ejercicio fiscal del año 2002, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Contraloría y Desarrollo Administrativo autorizaron las reglas de operación y los

indicadores de gestión, respectivamente, del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), hemos tenido a bien expedir el siguiente:

## **ACUERDO**

**UNICO.** La Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), y sus indicadores de gestión y evaluación de conformidad con el siguiente:

### **1. Presentación**

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece a la Protección Financiera como una de las líneas estratégicas de acción de la actual administración. El objetivo principal es brindar protección financiera a la población sin seguridad social a través de un esquema de aseguramiento justo con el fin de reducir el pago de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud.

### **2. Antecedentes**

Históricamente, la población que ha contado con un seguro público de salud es la derechohabiente de la seguridad social. El resto de la población no asegurada, ha recibido servicios de salud a través de la Secretaría de Salud. Si bien en ambos esquemas se trata de atender la salud de todos los mexicanos, la falta de un sistema de aseguramiento para la población no asegurada ha provocado que su patrimonio sea más vulnerable a los costos asociados al mantenimiento de la salud.

La población no asegurada incurre con frecuencia en gastos de bolsillo, aun cuando acude a los servicios de salud de la Secretaría, ya que cubre gastos por concepto de cuotas de recuperación y compra de medicamentos, los cuales implican un costo mayor al de un prepago como lo es un seguro.

Esta población que no cuenta con ningún tipo de seguro, sigue representando una proporción importante de la población total ya que según algunas fuentes de información representan alrededor del 43% del total de los habitantes del país y otras como el Censo de Población y Vivienda 2000, reportan hasta un 57.8% de población no asegurada. Esta población no está afiliada a la seguridad social fundamentalmente por su situación laboral y/o porque su bajo poder adquisitivo le impide pagar el seguro de salud familiar del IMSS o adquirir un seguro privado.

Esta alta proporción de no asegurados ha repercutido en que el gasto de bolsillo represente más de la mitad del gasto total en salud, lo cual a su vez implica que la gente pague cantidades desproporcionadas de su ingreso por atender su salud. Los altos costos de la atención médica frecuentemente provocan que la familia posponga o renuncie a la atención, y en caso de cubrir los costos, hacen que la familia enfrente dificultades financieras. Según la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares, cada año entre 2 y 3 millones de familias emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos en salud, mientras que 1.2 millones cruzan la línea de la pobreza por los gastos que tienen que enfrentar en salud. Este gasto de bolsillo cuyo desembolso se destina principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas afecta sobre todo a las familias de bajos ingresos. Este gasto de bolsillo que empobrece a las familias tiende a ser mayor como porcentaje del gasto total para las familias más pobres que para las familias con mayores recursos como lo muestra la gráfica 1.1. La gráfica también ilustra cómo el 85 por ciento de estas familias que se empobrecen no están aseguradas. Es decir, contar con un seguro reduce el riesgo de empobrecerse.

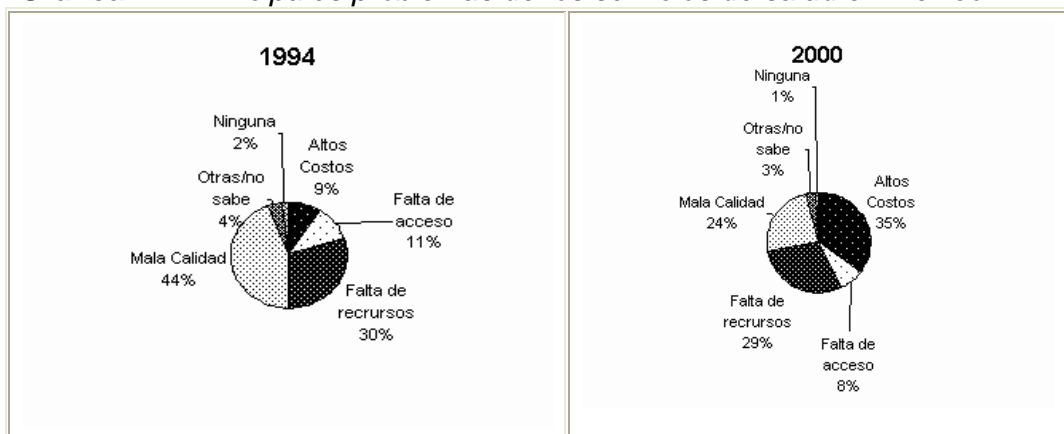
**Gráfica 1.1** Familias en riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en atención a la salud



**Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, 2000**

Según datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud 2000, los altos costos se han convertido en el principal problema del sistema. Uno de cada cuatro mexicanos ha postergado su atención médica por problemas económicos. Conforme a dichas estadísticas, quienes postergan más la atención médica son los enfermos y discapacitados (36%), los analfabetas (29%), los mayores de 65 años (35%), la población de bajos ingresos (25%) y quienes no están afiliados a alguna institución de seguridad social (28%).

**Gráfica 1.2. Principales problemas de los servicios de salud en México**



**Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, 2000**

Cifras de esta misma encuesta señalan que el 21% de los mexicanos señala haber tenido problemas para pagar los servicios del médico o del hospital el año pasado y uno de cada tres (31%) haber tenido que efectuar recortes en el gasto familiar para poder cubrir los costos de atención médica. Conforme a lo esperado, quien restringe más los gastos por causa de la atención médica es la población de menores ingresos (35%), los que viven en zonas rurales (44%), las personas cuyo estado de salud es malo (42%) y los hospitalizados (43%).

Actualmente, las familias enfrentan dificultades financieras para cubrir los costos de consulta externa, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete, medicamentos, hospitalización y urgencias. Aun cuando las familias acudan a instituciones públicas para recibir atención médica, usualmente tienen que desembolsar recursos para adquirir medicamentos y pagar cuotas de recuperación por la atención recibida. Además, frecuentemente las personas deciden atenderse en el sector privado y consecuentemente enfrentar dificultades financieras.

Para alcanzar el objetivo de brindar protección financiera a la población no asegurada, el Seguro Popular de Salud es el instrumento que permitirá a la Secretaría de Salud ofrecer un modelo de aseguramiento que permita reducir el gasto de bolsillo y fomentar una atención oportuna y de calidad.

### **3. Objetivo**

#### **3.1 Objetivo general**

El Seguro Popular de Salud es el instrumento que permitirá enfrentar el reto establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Enfrentar este reto implica adoptar los siguientes objetivos específicos:

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.

### **4. Lineamientos generales**

El Seguro Popular de Salud es público y voluntario y su costo será cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación.

La cuota de afiliación al Seguro Popular de Salud es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia y complementa el subsidio federal para cubrir el costo del seguro.

Con la afiliación al Seguro Popular de Salud se protegerá financieramente a la población actualmente no asegurada, mediante el otorgamiento de un catálogo explícito de beneficios médicos cuyas características básicas se enlistan en el Anexo 1 de estas Reglas. La afiliación al Seguro sustituye el pago de cuotas de recuperación por concepto de servicios médicos, por un pago anticipado según el nivel de ingresos de las familias.

El Seguro Popular de Salud posibilitará que familias con capacidad limitada de pago puedan adquirir un seguro de salud que incluye el catálogo de intervenciones y los medicamentos asociados a dicho catálogo.

Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud, al reducir los gastos de bolsillo, podrán destinar los recursos que hubieran necesitado para solventar dicha eventualidad, a otras actividades productivas y/o al mejoramiento de su nivel de vida. De esta manera, el Seguro Popular de Salud se alinea con otros programas sociales que buscan generar las condiciones necesarias para que la población más vulnerable pueda mejorar su estado socioeconómico.

Para la instrumentación de este Seguro el Gobierno Federal suscribirá un Acuerdo de Coordinación con los gobiernos estatales participantes.



#### 4.1 Población objetivo

En las primeras etapas de operación del seguro sus esfuerzos se destinarán de manera prioritaria a incorporar a esta modalidad de aseguramiento a las familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso que no sean derechohabientes de la seguridad social y residan en localidades semi urbanas y urbanas.

La unidad de afiliación será la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre y los hijos menores de 18 años de ambos o de alguno de ellos. Además se podrán incluir en la cobertura del seguro al padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 64 años y que formen parte del hogar y por lo tanto habiten en la misma vivienda.

Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, serán consideradas como familia unipersonal. En consecuencia se les aplican los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear.

#### 4.2 Cobertura

Inicialmente este programa operará en regiones seleccionadas de los estados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche. Este programa se extenderá gradualmente al resto del país.

<b>Entidad</b>	<b>Municipio</b>	<b>Número máximo de familias beneficiarias</b>
<b>Campeche</b>		9,741
	Calkiní	
	Hecelchakán	
	Tenabo	
	Campeche	
	Holpechén	
<b>Tabasco</b>		13,352
	Comalcalco	
	Cunduacán	
<b>Jalisco</b>		13,838
	Acatic	
	Atotonilco	
	Ayotlán	
	Cabo Corrientes	
	Arandas	
	Encarnación de Díaz	

	Jalostotitlán	
	Jesús María	
	Puerto Vallarta	
	San Julián	
	San Miguel el Alto	
	San Sebastián del Oeste	
	Tepatitlán de Morelos	
	Tomatlán	
	Valle de Guadalupe	
	Cañadas de Obregón	
<b>Aguascalientes</b>	Aguascalientes	11,063
<b>Colima</b>		11,490
	Colima	
	Villa de Alvarez	
<b>Total</b>		<b>59,484</b>

Estas entidades y regiones fueron seleccionadas con base en los siguientes criterios:

- Alta cobertura de seguridad social
- Existencia de capacidad para ofrecer los servicios
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas
- Existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno federal

#### 4.3 Características de los apoyos

La cobertura de servicios que los prestadores otorgarán a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud comprende la mayoría de las intervenciones que se realizan en los centros de salud y hospitales generales de la red de servicios estatales de salud pública. Su costo promedio nacional es de \$1,411.00 por individuo.

Los medicamentos e insumos requeridos según los protocolos aprobados y cuya disponibilidad se garantiza al asegurado se presentan en el Anexo 2 de estas Reglas.

El Gobierno Federal destinará un subsidio que se complementa con las aportaciones de las familias. El monto de recursos del subsidio por individuo asegurado, esto es el subsidio per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del catálogo de beneficios médicos estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (FASSA, PAC, PROGRESA).

El ajuste descrito en el párrafo anterior tiene como objetivo evitar la duplicidad de recursos y coordinar los apoyos de diferentes programas sociales en beneficio de las familias aseguradas.

Para los cinco estados de la República en donde inicia la operación del Seguro Popular de Salud, en el cuadro 4.1 se presenta el monto anual estimado del subsidio per cápita en cada entidad federativa, así como su promedio y el promedio nacional. En esta etapa del Seguro Popular de Salud, el monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio nacional de miembros en las familias mexicanas, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000.

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 58 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación la Secretaría de Salud se obliga a reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio no se hayan devengado.

En atención a lo dispuesto en el Artículo 59 Fracción II del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación en relación a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad de los subsidios, el subsidio otorgado por familia no podrá ser mayor al 30 por ciento del costo del Catálogo de Beneficios Médicos.

#### **4.4 Beneficiarios**

Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud son las familias mexicanas que no cuentan con los beneficios de la seguridad social en materia de salud y han satisfecho los requerimientos de afiliación.

##### **4.4.1 Criterios de selección**

Los criterios de selección de las familias beneficiarias son:

- Residir en las regiones de cobertura del Seguro Popular de Salud
- No ser derechohabiente de la seguridad social
- Optar voluntariamente por afiliarse
- Cubrir la cuota de afiliación correspondiente

##### **4.4.2 Derechos y obligaciones de los asegurados**

Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud recibirán la "Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados", en la cual éstos se hacen explícitos.

#### **Derechos**

##### **a) Acceso igualitario a la atención**

El usuario tiene derecho a proteger su salud y recibir atención médica en los establecimientos designados de la red del Seguro Popular de Salud, sin discriminación y sin demora, y considerando una atención especial a discapacitados y al adulto mayor.

##### **b) Trato digno y atención de calidad**

Tiene derecho a ser asistido por personal calificado en la atención de su padecimiento y a ser tratado con una actitud cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud.

Tiene derecho a exigir privacidad en la atención y respeto del pudor.

##### **c) Medicamentos**

Los beneficiarios tienen derecho a recibir el 100% de los medicamentos prescritos incluidos en el paquete de servicios.

De igual forma, tiene derecho a recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.

**d) Información y orientación**

- Sobre el servicio

Tiene derecho a solicitar información sobre el tipo de prestaciones ofrecidas y orientación sobre el funcionamiento, las condiciones, los documentos y trámites a seguir para la obtención del Seguro Popular de Salud; de la prestación médica; y de los mecanismos de quejas y sugerencias.

Asimismo tiene derecho a ser informado sobre los horarios y localización de los establecimientos habilitados de la red de servicios.

- Durante el servicio

El titular del seguro, su familiar o representante legal, tiene derecho a recibir información suficiente sobre la propia salud de manera comprensible, veraz y oportuna.

Todo usuario tiene derecho a identificar a los profesionales de la salud que lo atienden y a conocer sus obligaciones y deberes. Asimismo tiene derecho a ser informado sobre el proceso para la obtención de una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

El paciente, familiar o representante legal, tiene derecho a recibir información, previa a dar su consentimiento (Consentimiento informado) sobre la descripción del procedimiento, objetivo, beneficios esperados, alternativas, consecuencias previsibles, consecuencias de no hacer el procedimiento y riesgos. Esto deberá hacerse por escrito en procedimientos riesgosos y en casos de traslados o referencia a otros establecimientos. Asimismo deberá ser informado previamente, sobre actividades de docencia e investigación médica, en las que pudiese estar involucrado. Las excepciones al consentimiento informado son para los casos de riesgos a la Salud Pública, por incapacidad mental o legal y que no estén los familiares, y en casos de urgencia para evitar lesiones irreversibles o que pongan en peligro la vida.

- Después del servicio

El usuario tiene derecho a solicitar información para interponer quejas, reclamos o sugerencias sobre la atención brindada, así como a recibir respuesta escrita sobre los mismos, en un plazo no mayor de 30 días.

**e) Expediente clínico**

Cada usuario tiene derecho a un soporte documental de información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y a los profesionales tratantes en cada proceso de atención sanitaria, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente y su inalterabilidad, teniendo también derecho a acceder a los informes y resultados previa solicitud escrita.

**f) Decidir libremente sobre su atención**

Del Catálogo de Beneficios médicos cubiertos por el Seguro Popular de Salud, el usuario tiene derecho a decidir sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico de la atención médica; así como de contar con la opinión de un segundo médico y decidir sobre su participación en actividades de docencia e investigación médica.

**g) Rechazar tratamientos o procedimientos**

Tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en enfermedades graves e incurables, así como de aquéllos dentro de los protocolos de investigación.

**h) Urgencias**

Tiene también derecho a recibir atención de emergencia en cualquier unidad de los Servicios Estatales de Salud en su entidad de residencia cuando se trate de intervenciones cubiertas por el Seguro.

**Obligaciones**

- a)** Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b)** Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos (prestaciones, horarios y programas que ofrecen).
- c)** Solicitar atención en el establecimiento de la red que corresponda, acorde con las necesidades de salud.
- d)** Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- e)** Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
- f)** Informarse acerca de procedimientos de consulta y quejas.
- g)** Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- h)** Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.
- i)** Hacer uso responsable de los servicios de salud.

**4.4.3 Causas de suspensión y cancelación.**

El derecho a la prestación de servicios médicos, con la cobertura determinada por el Seguro Popular de Salud será suspendido de manera temporal a un asegurado en los siguientes casos:

- Cuando el asegurado no realice el pago correspondiente a la cuota de afiliación en los primeros 30 días naturales del periodo de vigencia de su seguro. Para reincorporarse deberá transcurrir al menos un semestre.
- Cuando la familia asegurada se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cancelación de los beneficios del Seguro Popular de Salud ocurrirá:

- Cuando el asegurado realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Seguro Popular de Salud y afecte los intereses de terceros.
- Cuando haga mal uso de su identificación como asegurado del Seguro Popular de Salud.
- Cuando proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico.

Conforme a lo dispuesto en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, dado el carácter de subsidio que tiene la aportación federal para el financiamiento del Seguro Popular de Salud, su operación podrá ser suspendida por razones presupuestales, en cuyo caso los Servicios

Estatales de Salud reintegrarán a los asegurados la porción no devengada de su cuota de afiliación.

#### **4.5 Selección de entidades y regiones**

Para ejercicios futuros, la selección de entidades y regiones que participarán en el Seguro Popular de Salud se hará con base en los siguientes criterios:

- La mayor proporción y número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso.
- La mayor incidencia y prevalencia de enfermedades.
- La existencia de la capacidad requerida para la prestación de los servicios cubiertos por el Seguro Popular de Salud.
- La demanda potencial de aseguramiento.
- La aportación federal per cápita para el gasto en salud.

Previo a la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud se formalizarán los términos y compromisos adquiridos por la Federación y el Gobierno estatal a través de la suscripción del Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud y la entidad federativa.

En cada entidad donde se ponga en marcha el Seguro Popular de Salud se hará una medición basal que permitirá afinar la estimación y el tamaño de la población que potencialmente pudiera incorporarse, así como los indicadores con los que se dará seguimiento a la operación y se realizará la evaluación del Seguro.

Con el propósito de avanzar en la georeferenciación de la cobertura e infraestructura, los diseños muestrales para la medición basal deberán atender en la medida de lo posible la regionalización operativa de los servicios, con el fin de proceder con precisión y rigor a la identificación de regiones, unidades y grupos de población a incorporar.

#### **4.6 Definición de metas y programación**

Para el 2002, las metas se fijan en función del monto autorizado en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, las estimaciones del subsidio promedio por familia y el calendario de afiliación en el curso del año.

Las metas se establecen tomando como unidad la familia asegurada, cuidando siempre en el proceso de afiliación no sobrepasar la asignación que como subsidio aporta la federación para el ejercicio fiscal en curso.

Se establecerán las metas anuales para el periodo 2003-2006, de acuerdo a las propuestas de las entidades federativas y de los recursos autorizados en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.

#### **4.7 Transparencia**

Acorde a lo establecido en el artículo 64 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2002, la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción empleadas relativas al Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), deberán contener la leyenda: "Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien

haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante autoridad competente". Ningún servidor público o personal que participe en la operación del Seguro podrá solicitar algún tipo de cooperación económica o de participación política a las personas afiliadas al Seguro o a sus familiares beneficiarios.

## **5. Instancias normativas y ejecutoras**

### **5.1 Instancias normativas**

La Secretaría de Salud es la instancia que garantizará la coherencia y coordinación entre el Seguro Popular de Salud y sus otros programas, así como con los de otras instituciones del sector salud. Asimismo, identificará las prioridades respecto a zonas geográficas, grupos de población, infraestructura disponible para la ejecución del Seguro Popular de Salud y coordinará la realización de estudios e investigaciones necesarios para su instrumentación.

### **5.2 Instancias ejecutoras**

#### ***Al gobierno federal le corresponderá:***

- Formular el plan estratégico de desarrollo del Seguro Popular de Salud 2002-2006.
- Canalizar a las entidades federativas participantes los recursos para instrumentar el Seguro Popular de Salud de acuerdo con lo establecido en estas Reglas de Operación y lo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación.
- Definir el marco organizacional en los ámbitos federal y estatal.
- Utilizar la información relativa a grupos de beneficiarios incorporados en otros programas sociales del Gobierno Federal con la finalidad de evitar duplicidades.
- Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago y aplicación del sistema de puntajes.
- Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de asegurados.
- Vigilar la complementariedad y compatibilidad de las acciones de los diversos programas que esta dependencia impulsa en el ámbito de las entidades federativas y en el contexto de la política de desarrollo social.
- Apoyar presupuestalmente la ejecución de las tareas para la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud.
- Promover en los ayuntamientos su participación en el Seguro Popular de Salud y sus aportaciones para la oferta de los servicios.
- Definir y promover la adecuación del marco jurídico que sustente la operación del seguro.
- Definir e instrumentar la evaluación de la operación e impacto del Seguro Popular de Salud.

#### ***A los gobiernos estatales les corresponderá:***

- Llevar a cabo las acciones de identificación de grupos a beneficiar, de difusión y afiliación y de administración del padrón de asegurados en su entidad.
- Integrar y mantener actualizado el padrón de asegurados de la entidad.
- Contratar al personal, que en su caso se requiera, para realizar las actividades inherentes a la operación del seguro.
- Prestar los servicios comprendidos en la cobertura acordada para cada entidad, así como garantizar la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos para su oferta oportuna y de calidad.
- Aplicar los recursos que se reciban por concepto de cuotas de afiliación y el subsidio que el gobierno federal destine a las familias y los ciudadanos incorporados al seguro, en función de los compromisos adquiridos en los Acuerdos de Coordinación que especificarán los conceptos de gasto a que se destinarán los recursos obtenidos.
- Aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para el seguimiento operativo del Seguro Popular de Salud en su entidad y la evaluación del impacto en su ámbito.
- Asumir y cumplir con los compromisos y metas contempladas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, particularmente en lo que se refiere a la certificación de nosocomios y unidades médicas.
- Promover que los servicios de salud estatales adopten esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen su administración de servicios y registros clínicos y alienten la certificación de su personal.
- Brindar apoyo a los solicitantes del Seguro Popular de Salud para facilitarles la obtención de actas de nacimiento y CURP.
- Sustituir, para las familias y ciudadanos asegurados, el pago de cuotas de recuperación por el de cuota de afiliación, como forma de prepago.
- Definir y promover la adecuación del marco normativo estatal que permita la operación eficiente del seguro.
- Proporcionar a la SSA la información relativa a la transferencia de los recursos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto de los recursos transferidos.

## **6. Mecánica de operación**

Los servicios estatales de salud a través de los promotores coordinarán reuniones de promoción y difusión del Seguro Popular de Salud con grupos de población que carecen de acceso a los servicios médicos de la seguridad social. Adicionalmente, en cada región participante se informará en medios de comunicación sobre las ventajas del Seguro Popular de Salud y se exhortará a la población para que acuda a los centros de afiliación para incorporarse y recibir su credencial de beneficiario. Los centros de afiliación serán principalmente las unidades médicas en donde se ofrecen los servicios de salud pero las entidades federativas determinarán la existencia de centros de afiliación adicionales.

Aquellas familias o colectividades que decidan adquirir el Seguro deberán acudir a algún centro de afiliación. Utilizando la cédula elaborada para estos fines se les practicará un estudio socioeconómico y firmarán una hoja en donde se comprometen a pagar la contribución que les corresponda según su nivel de ingreso. El promotor del Seguro Popular de Salud le informará el día y la hora en que deberá presentarse a recoger su credencial y le indicará que será necesario mostrar una identificación de



los integrantes de la familia y preferentemente un comprobante de domicilio. Antes de entregar la credencial los servicios estatales de salud realizarán los cruces necesarios con las bases del IMSS y el ISSSTE para verificar que se trate de población sin acceso a servicios de salud de estos institutos.

La tarjeta única de salud (TU Salud) del Seguro Popular de Salud estará acompañada de la Carta de Derechos de los asegurados en donde los beneficiarios conocerán sus derechos. Adicionalmente, se entregará el Catálogo de beneficios médicos a que tienen derecho por haber pagado de manera anticipada por su salud, y finalmente se enlistarán los centros de salud, hospitales básicos comunitarios (en su caso) y los hospitales generales que participan como prestadores de servicios del Seguro Popular de Salud.

Una vez que la familia cuente con la credencial que lo identificará como beneficiario del Seguro, podrá recibir los beneficios médicos establecidos en el Catálogo y se les garantizarán los medicamentos asociados a dichas intervenciones.

El Catálogo de Beneficios Médicos (Anexo 1) incluye 78 intervenciones pudiendo añadirse en algunas entidades otras intervenciones en atención a necesidades de salud y perfiles epidemiológicos.

Un requisito para tener acceso a los beneficios del Seguro Popular de Salud en hospitales, es haber sido referido de algún centro de salud, excepto en casos de urgencias. Por ello, el beneficiario tendrá que presentarse en su centro de salud para que se le abra un expediente clínico, se le dé un seguimiento continuo a su salud y en caso de necesitarlo se le refiera a un hospital básico comunitario o a un hospital general.

Al momento de requerir atención médica el beneficiario se presentará en la caja de la unidad médica y deberá mostrar su credencial que lo ampare como beneficiario del Seguro Popular de Salud. Se registrará su credencial en la hoja de pago y podrá hacer uso del servicio que incluya el seguro sin costo alguno. Los beneficios serán válidos hasta el 31 de diciembre del presente año. La edad o el estado de salud de la persona no impedirán la renovación del Seguro Popular de Salud. Los beneficiarios contribuirán con el monto que su nivel de ingreso les permita y el resto de la cuota será cubierto por el Seguro Popular de Salud mediante la transferencia de un subsidio a las entidades federativas. El nivel de ingreso no será limitante para la afiliación. El catálogo de beneficios será el mismo para todas las familias incorporadas al Seguro Popular de Salud en la misma región geográfica. En caso de perder la credencial se podrá acudir al centro de afiliación correspondiente para solicitar su reposición, pagando \$10 pesos por la reposición de la misma.

#### **6.1 Difusión y promoción**

Los Servicios Estatales de Salud pondrán a disposición de la población:

- Las características del Seguro Popular de Salud y las reglas de operación del mismo.
- Material promocional como son folletos, trípticos, carteles, etc., detalles del programa y los mecanismos de registro.
- Conforme a lo dispuesto por el artículo 76 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, se difundirá periódicamente entre la población en general, a través de la página electrónica de la Secretaría de Salud ([www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)) la información relativa al cumplimiento de metas y objetivos del Seguro Popular de Salud a más tardar 15 días hábiles posteriores a la fecha en que se hayan generado.

## 6.2 Identificación de familias

En todas las entidades federativas donde inicie este programa, se llevarán a cabo las actividades de promoción del Seguro Popular de Salud, para lo cual deberá elaborarse una programación de reuniones de información, tanto en comunidades, como con grupos organizados.

El proceso de identificación también considera el registro inicial de los interesados en inscribirse al Seguro Popular de Salud y la aplicación del instrumento para evaluar su capacidad de pago.

Las actividades que se llevan a cabo en el proceso de registro e identificación de familias consideran los siguientes aspectos:

- Los interesados serán convocados a reuniones de información en módulos de orientación diseñados ex–profeso o en los centros de salud de las propias localidades donde radican, garantizando la posibilidad de acceso de la población interesada.
- Las personas que se inscriban en el Seguro Popular de Salud deberán mostrar la Clave Única de Registro de Población (CURP). En caso de que la familia o individuo interesado no cuente con su CURP, los servicios estatales de salud prestarán la ayuda necesaria para que las autoridades correspondientes la otorguen a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud.
- Todos los interesados llenarán un formato de registro e identificación, para lo cual deberán proporcionar información sobre los hijos menores de 18 años y, en su caso, padres del (la) titular y su esposa(o), que vivan en el mismo hogar.
- El interesado recibirá en la reunión informativa, además de la información que le permita elegir la periodicidad de pago (semestral o anual), así como los lugares donde puede realizar el pago correspondiente y el periodo en que podrá hacerlo, la documentación de promoción y un comprobante de registro.
- La capacidad de pago se determinará mediante la aplicación de un instrumento estandarizado diseñado para tal propósito, a través de la cual se obtendrán los datos sobre las características socioeconómicas de los interesados. Este formato será llenado en la propia reunión informativa del Seguro. El Seguro se reserva la posibilidad de verificar muestral o totalmente la información contenida en los formatos mediante visita domiciliaria.
- La información obtenida con este instrumento, se capturará y procesará en medios magnéticos. A cada familia o persona interesada en el seguro se les asignará un número de identificación (folio) que permitirá mantener la confidencialidad de la información.
- Una vez que se cuente con la información de las familias o personas interesadas, se procederá a la evaluación individual. Los datos socioeconómicos se analizarán mediante un sistema de puntajes, lo que permitirá ubicar en el estrato adecuado a los usuarios del seguro.
- Los resultados del estudio que establece el monto de las cuotas según la capacidad de pago de los interesados serán entregados en el centro de afiliación que les corresponda geográficamente a cada uno, donde estarán a su disposición para poder continuar con el trámite de afiliación al Seguro Popular de Salud. Esta información estará disponible en medios impresos y

vía telefónica para lo cual habrá una línea destinada a ello. Para acceder a esta información el interesado podrá solicitarla mediante el número de identificación que le fue proporcionado.

- Para el núcleo familiar o individuo que se inscriba al Seguro Popular de Salud, la información contenida en el estudio socioeconómico será válida para la renovación del seguro hasta por tres años, debiendo elaborarse un nuevo estudio para el cuarto año de contratación del Seguro.

El solicitante del Seguro Popular de Salud recibirá información sobre la fecha en que debe presentarse para la elaboración de la credencial que lo acredita como asegurado.

### **6.3 Afiliación**

La unidad de afiliación para efectos de la inscripción al Seguro Popular de Salud será la familia nuclear, es decir, el padre y/o la madre así como los hijos menores de 18 años, de ambos o de alguno de ellos.

Además, se podrán incluir en la cobertura del Seguro Popular de Salud al padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 65 años y que formen parte del hogar y por lo tanto habiten en la misma vivienda.

Es condición indispensable para el registro y afiliación al seguro presentar la CURP de cada individuo. Para el caso de recién nacidos deberá darse aviso en el centro de salud que le corresponde a la familia asegurada, presentando el acta de nacimiento y/o CURP del menor. De igual manera se fomentará que den aviso de los casos de decesos que se presenten en el núcleo familiar.

La afiliación se realizará una vez que los interesados efectúen el pago correspondiente a su cuota. En esta etapa recibirán una credencial que les permitirá identificarse como asegurados ante los servicios de salud y recibir la protección médica que el Seguro Popular de Salud brinda.

El proceso de afiliación se sustenta en los siguientes criterios:

- El resultado de la evaluación de la capacidad de pago de los interesados tendrá vigencia de un año. Si transcurrido este periodo, manifiestan su interés en incorporarse a la protección del seguro deberá aplicarse un nuevo formato de registro e información socioeconómica.

- La afiliación se llevará a cabo en dos periodos: enero y julio. Este año, por tratarse de la puesta en marcha, en cada estado habrá una campaña intensiva durante los primeros meses del primer semestre. En común acuerdo entre las autoridades estatales y la Coordinación General del Seguro Popular de Salud podrá evaluarse la viabilidad de establecer periodos extraordinarios de afiliación.

- Todos los individuos mayores de 13 años deberán presentarse en el centro de afiliación para realizar el proceso de credencialización.

- Cada asegurado recibirá una Carta de Derechos y Obligaciones, donde se incluye la información básica sobre la cobertura de los servicios del seguro, y el directorio de las unidades médicas más cercanas a su localidad.

- En el centro de salud que le corresponda a los asegurados será integrado un expediente individual, el cual contendrá su historia clínica.

### **6.4 Modelo de atención**

Se definirá un modelo para la atención de los asegurados (en los términos del artículo tercero transitorio de las presentes Reglas), para garantizar que

los prestadores de servicios en centros de salud y hospitales, cumplan los compromisos adquiridos por el Seguro.

El modelo de atención del Seguro Popular de Salud deberá mantener correspondencia con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIDAS) y contemplar, en adición al Catálogo de Beneficios Médicos referido en estas Reglas, al menos los siguientes aspectos:

- Programación de exámenes preventivos
- Programación de citas para consultas
- Integración de expedientes clínicos
- Mecanismo de referencia y contrarreferencia
- Expedición y surtimiento de recetas
- Servicio de atención del Seguro Popular de Salud destinado a informar, asesorar, atender las reclamaciones de los asegurados y a velar por sus derechos

Para obtener los servicios, los beneficiarios deberán cubrir los siguientes requisitos desde el inicio del programa:

- Presentar su credencial de asegurado. En caso de no presentarla en los centros de salud, se verificará su vigencia en el padrón de la unidad correspondiente. En caso de urgencia deberá presentar su credencial previo al egreso.
- Ser referidos por un centro de salud para acceder a servicios y medicamentos de hospitalización, excepto en casos de urgencias.

En el caso de servicios de urgencias que requieran los asegurados, se podrá hacer uso de cualquiera de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud, sin tener que pagar la cuota de recuperación que corresponda al servicio empleado.

El conjunto de intervenciones que integran el seguro serán ofrecidos por los Servicios Estatales de Salud, estructurados bajo un esquema operativo de regionalización, teniendo como base un Hospital General y los centros de salud con capacidad disponible para atender a los asegurados que se encuentren en su zona de influencia geográfica.

Al inicio de la operación del Seguro Popular de Salud cada individuo asegurado tendrá un centro de salud como referencia para su atención primaria. En el futuro se examinará la posibilidad de que cada familia asegurada tenga la posibilidad de optar por un centro de salud como su unidad primaria de atención, así como a la elección del médico de la familia, de entre la planta de médicos que laboran en el centro de su elección.

### **6.5 Contraloría social**

Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación del Seguro Popular de Salud, los Servicios Estatales de Salud promoverán la participación social promoviendo acciones tendientes a informar a la ciudadanía y a los beneficiarios de este Seguro sobre los apoyos otorgados, con el fin de que los propios beneficiarios se constituyan en instancias de contraloría social. Esta función supondrá el planteamiento de espacios de comunicación gobierno-sociedad y la capacitación e implementación de mecanismos directos de captación de quejas, denuncias y evaluación de los servicios. Estas acciones se realizan, en lo que

corresponde, con la SECODAM. Entre los principales mecanismos de Contraloría Social propuestos se encuentran:

- La interacción con los promotores del Seguro Popular de Salud y colaboración para hacer recomendaciones para mejorar su operación.
- El desarrollo de sesiones informativas que tendrán el objetivo de difundir el programa, concienciar a la población, promover el registro, escuchar las sugerencias de los beneficiarios y darle seguimiento en general al Seguro Popular de Salud.
- La comunicación al teléfono de atención a beneficiarios (que recibirán al momento del registro) cuando detecten algún tipo de anomalía o requieran apoyo.
- La participación de la autoridad municipal o estatal, a través de los organismos de control estatales equivalentes a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, para recibir demandas o quejas relacionadas con el Seguro Popular de Salud.
- El médico de primer contacto que se encuentra en el centro de salud de la comunidad, podrá también escuchar las preocupaciones y sugerencias de los beneficiarios y transmitir las a las autoridades correspondientes.
- Los Servicios Estatales de Salud promoverán el establecimiento de un aval social a los resultados obtenidos por el Seguro Popular de Salud incorporando para el análisis de la información, a alguna institución no gubernamental con prestigio local.

## **7. Informes programático-presupuestarios**

### **7.1 Administración de fondos**

Las fuentes de financiamiento del Seguro Popular de Salud provienen de:

- Subsidio federal para cada familia asegurada
- Cuotas de afiliación que aportan los asegurados

Para la operación del Seguro Popular de Salud los Servicios Estatales de Salud reciben un subsidio federal por cada familia asegurada, en adición a los recursos fiscales autorizados en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.

La Secretaría de Salud remitirá mensualmente a los Servicios Estatales de Salud el subsidio federal correspondiente, con base en los Padrones de Familias e Individuos con aseguramiento vigente. Es responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud mantener actualizados los padrones de asegurados.

La administración de esos recursos por parte de los Servicios Estatales de Salud, estará sujeta a las leyes, normatividad y reglamentación vigentes para el manejo de los recursos federales, las disposiciones establecidas en la materia en cada entidad federativa, así como las presentes Reglas de Operación y los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes.

### **7.2 Cuotas de afiliación**

El monto que por concepto de cuota aportará cada familia nuclear como unidad básica de afiliación se determinará con base en su nivel de ingreso y consecuentemente su capacidad de pago.

Para el caso de personas de 18 años o más que deseen afiliarse de manera individual, serán consideradas como familia unipersonal. En consecuencia

se les aplican los mismos criterios y políticas para determinar su capacidad de pago y definir el monto de su aportación.

Con el propósito de medir la capacidad de pago se ha desarrollado un instrumento para la obtención de información socioeconómica de las familias que se aplicará a nivel nacional de manera estandarizada. La clasificación del nivel de ingreso se realizará mediante un sistema de puntajes empleando un modelo de análisis discriminante.

En el caso de que se incorporen familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal para las que ya se disponga de una valoración de su capacidad de pago, como son los de leche y tortilla, se aplicarán esos criterios.

Para llevar a cabo estas tareas, así como para cumplir con los estándares establecidos para la integración de padrones de los programas sociales del gobierno federal se han establecido los acuerdos requeridos con la Secretaría de Desarrollo Social.

Los niveles de las cuotas se incrementan conforme aumenta el ingreso de las familias; esto permite mantener un principio de equidad por el carácter progresivo de los pagos y por que los hogares que se encuentren en un mismo nivel de ingreso, aportarán la misma cuota.

Con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Aseguramiento en Salud y gasto en salud efectuada en diciembre del 2001, considerando nivel de ingreso y disposición de pago se definieron los montos de las cuotas de afiliación por decil de ingreso según se muestra en el cuadro 7.1. De esta encuesta se calcula que el monto promedio anual que la familia no asegurada está dispuesta a aportar para afiliarse al Seguro Popular de Salud es de \$1,717.02

### **Cuadro 7.1**

Cuota por familia según decil de ingreso

Deciles de ingreso <sup>1</sup>	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral	Cuota Anual
I	3,537	120	240
II	6,157	180	360
III	8,395	300	600
IV	10,707	540	1080
V	13,284	900	1800
VI	16,511	1140	2280
VII	20,611	1500	3000
VIII	26,209	1800	3600
IX	37,502	2400	4800
X	90,224	3000	6000

1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).

Para determinar los montos de las cuotas se tomó en consideración que éstos sean significativamente menores que el gasto de bolsillo reportado en las Encuestas de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI, por concepto de cuidados médicos y conservación de la salud.

## **8. Seguimiento y Evaluación**

En lo relativo al seguimiento y evaluación del Seguro Popular de Salud se incluye:

1. La observación continúa de las principales actividades, a través de un grupo de indicadores específicos, con el fin de corregir y ajustar, en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas operativas del programa.

2. El análisis periódico de su eficiencia, progreso, resultados e impacto con el fin de determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre lo obtenido y lo esperado. Este análisis contempla una serie de conclusiones y recomendaciones de acción para el futuro.

Los principales objetivos del Seguro Popular de Salud cuyo cumplimiento habrá de seguirse y evaluarse son los siguientes:

- La eliminación de las barreras financieras al acceso a las intervenciones incluidas dentro del Catálogo de Beneficios Médicos.
- El acceso a servicios de calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada.
- La garantía de un trato adecuado en el uso tanto de los servicios personales como no personales contemplados en el Catálogo de intervenciones.
- La reducción de los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados.
- La reducción de los gastos catastróficos por motivos de salud en los hogares afiliados.
- La diseminación de la cultura de aseguramiento contra riesgos para la salud (disposición a pagar) entre la población actualmente no asegurada.

Estos objetivos de seguimiento y evaluación se cumplirán mediante el diseño y puesta en operación de i) un sistema de indicadores de seguimiento y ii) un sistema integral de evaluación.

### **8.1 Sistema de seguimiento**

Para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos del Seguro Popular de Salud se pondrá en marcha un sistema de seguimiento de las principales actividades sustantivas de este programa. Su herramienta principal será la lista de indicadores que se muestran en el punto 9 correspondiente a indicadores.

Para estos indicadores se fijarán estándares y metas que deberán alcanzarse en periodos determinados de tiempo. La generación de esta información será responsabilidad de las unidades operadoras del Seguro Popular de Salud estatales y federal. Otras fuentes de información serán las Encuestas Continuas de Salud -que darán inicio en el 2002- y el Sistema de Información en Salud de la SSA.

### **8.2 Sistema de Evaluación**

*Evaluación Indirecta*

El Sistema Nacional de Evaluación de la SSA cuenta con instancias internas y externas de evaluación. Dentro de las instancias internas, se incluye un sistema de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatal de salud que cuenta con cinco "indicadores de desempeño": esperanza de vida saludable, índice de desigualdad en salud, índice de trato adecuado, índice de desigualdad en trato adecuado e índice de protección financiera.

Este último índice mide tanto la equidad de la contribución al financiamiento de los servicios de salud como la protección que ofrece el sistema contra el empobrecimiento por motivos de salud. Por estas razones puede utilizarse para darle seguimiento a todas aquellas actividades que influyen en el perfil de financiamiento de los servicios de salud y en la protección de los hogares mexicanos contra gastos catastróficos por motivos de salud.

El Seguro Popular de Salud supone una importante movilización de recursos financieros, sobre todo públicos, que habrá de favorecer a los grupos más desprotegidos. También supone la ampliación del prepago en el sector. Por estas dos razones su implantación muy probablemente impactará los valores tanto nacionales como estatales del índice de protección financiera. Este indicador, aunque se ve afectado por actividades que rebasan el ámbito de competencia del Seguro Popular de Salud, podrá utilizarse para darle seguimiento *indirecto* al desempeño de este seguro, tanto en el nivel nacional como estatal. Las cifras estatales, además, permitirán generar un sistema de evaluación comparativo que promoverá el aprendizaje a partir de las experiencias más exitosas.

- El valor de este índice se reportará, para el nivel nacional, anualmente a partir de 2002 (cifras de 2000).
- Para el nivel estatal, el índice de protección financiera empezará a reportarse de manera regular a partir de 2004.

#### *Evaluación Ad Hoc*

Además del seguimiento indirecto a través del índice de protección financiera, el Seguro Popular de Salud, como programa prioritario de la actual administración, será sujeto de evaluaciones *ad hoc*. Estas evaluaciones incluirán una medición basal, que se realizará en 2001 y 2002, una evaluación intermedia en el año 2004 y una evaluación final en el año 2006.

Estas evaluaciones *ad hoc* medirán básicamente los siguientes componentes:

- Desempeño del Seguro Popular de Salud en su componente gerencial (identificación de las condiciones socio-económicas de la población blanco; definición y manejo de los subsidios; credencialización; mercadotecnia);
- Eliminación de las barreras financieras al acceso a los servicios de salud incluidos en el Catálogo de Beneficios Médicos (renuncia o postergación de la atención por motivos financieros);
- Calidad técnica con las que se están proporcionando los servicios;
- Abasto y acceso a los medicamentos asociados al Catálogo de Beneficios Médicos;
- trato adecuado (tiempos de espera, información al usuario, maltrato, autonomía, capacidad de elección, acceso a redes de apoyo);
- Percepción que tienen los proveedores del Seguro Popular de Salud;
- Gasto de bolsillo para la atención de necesidades de salud entre la población objetivo;
- Incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud entre la población objetivo;



- Disponibilidad a prepagar para protegerse contra riesgos a la salud entre la población objetivo.

#### *Estrategia Metodológica*

Para las evaluaciones *ad hoc* inicial y subsecuentes se utilizarán dos estrategias metodológicas: i) los estudios quasi-experimentales y ii) las encuestas tipo panel. En ambos casos se utilizarán métodos probabilísticos para seleccionar las poblaciones de estudio una vez que se hayan definido de manera precisa los beneficiarios de la intervención. Los estudios quasi-experimentales comparan poblaciones que reciben la intervención –en este caso el Seguro Popular de Salud– con otras que no la reciben. Esta estrategia es útil para comparar la eliminación de las barreras financieras al acceso a servicios de salud, el acceso a servicios de alta calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos a ellos asociados, requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada, el trato adecuado, los gastos de bolsillo por motivos de salud y la incidencia/prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud. Las encuestas tipo panel, por su parte, permiten identificar cambios a través del tiempo en los mismos individuos u hogares. Esta estrategia se puede aplicar a las poblaciones que reciben las intervenciones del Seguro Popular de Salud. Adicionalmente, es probable que poblaciones que inicialmente se utilicen como poblaciones control se incorporen posteriormente al Seguro Popular de Salud. En estos casos es perfectamente posible hacer comparaciones *ex-ante/ex-post*.

#### **Responsables**

La producción de información para generar los valores de los indicadores de seguimiento del SPS y la difusión de éstos serán responsabilidad de los encargados estatales del programa y de la Coordinación General del Seguro Popular de Salud.

El cálculo y difusión de los valores del índice de justicia financiera para el nivel nacional y para los niveles estatales será responsabilidad de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la SSA.

Finalmente, las evaluaciones *ad hoc* se harán de manera externa para evitar conflictos de interés, conforme a lo dispuesto en el Artículo 63 Fracción V, Inciso b, del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2002.

#### **9. Indicadores**

Nombre	<b>Porcentaje de familias incorporadas</b>
Objetivo	Medir el grado de avance en la incorporación de familias
Unidad de medida	Familias incorporadas
Fórmula	Número de familias incorporadas, entre el total estimado de familias en población abierta
Periodicidad	Trimestral
Nombre	<b>Porcentaje de familias dadas de baja</b>
Objetivo	Medir el nivel de familias afiliadas dadas de baja
Unidad de medida	Familias dadas de baja

Fórmula	Número de familias que interrumpen su afiliación entre el total de familias incorporadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	<b>Porcentaje de familias afiliadas al seguro popular que se integran a la seguridad social</b>
Objetivo	Medir el número de familias afiliadas que se dan de baja para incorporarse a la seguridad social
Unidad de medida	Familias dadas de baja por incorporarse a la seguridad social
Fórmula	Número de familias dadas de baja por incorporarse a la seguridad social entre el total de familias dadas de baja
Periodicidad	Semestral
Nombre	<b>Promedio de cuotas captadas por familia afiliada</b>
Objetivo	Determinar las aportaciones promedio de las familias afiliadas
Unidad de medida	Aportación promedios
Fórmulas	Total de cuotas de afiliación entre el número de familias afiliadas
Periodicidad	Semestral
Nombre	<b>Porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa</b>
Objetivo	Determinar el porcentaje de demanda de servicio de consulta externa en la zona de cobertura con respecto a la oferta total de servicios de consulta externa en dicha zona de cobertura
Unidad de medida	Servicios en consulta externa
Fórmulas	Total de consultas generadas por afiliados entre la capacidad total de consultas en la zona de cobertura
Periodicidad	Trimestral
Nombre	<b>Porcentaje de la capacidad utilizada en hospitalización</b>
Objetivo	Determinar el porcentaje de demanda de servicios en hospitalización en la zona de cobertura con respecto a la oferta total de servicios en hospitalización en dicha zona de

	cobertura
Unidad de medida	Servicios de hospitalización
Fórmulas	Total de días cama ocupadas por pacientes afiliados entre la oferta total de días cama en la zona de cobertura
Periodicidad	Trimestral
Nombre	<b>Porcentaje de la población afiliada que requirió atención hospitalaria</b>
Objetivo	Determinar el porcentaje de la población que tuvo que ser internada en un hospital
Unidad de medida	Paciente hospitalizado
Fórmulas	Número de egresos hospitalarios de afiliados entre el total de la población afiliada
Periodicidad	Trimestral
Nombre	<b>Promedio de días estancia por egreso hospitalario</b>
Objetivo	Determinar los días utilizados de cama-hospital por paciente internado
Unidad de medida	Promedio de días cama por paciente
Fórmulas	Total de días cama utilizado por pacientes afiliados entre número de egresos hospitalarios de la población afiliada
Periodicidad	Trimestral
Nombre	<b>Porcentaje de afiliados con expediente clínico</b>
Objetivo	Determinar el porcentaje de la población afiliada con expediente clínico en su unidad de adscripción
Unidad de medida	Afiliado con expediente clínico
Fórmulas	Número de expedientes clínicos de afiliados entre el total de afiliados
Periodicidad	Semestral
Nombre	<b>Porcentaje de hospitales certificados</b>
Objetivo	Garantizar un nivel aceptable de calidad de servicio en hospitales de cobertura del seguro popular

Unidad de medida	Hospital certificado
Fórmulas	Número de hospitales certificados participantes en el seguro popular en zonas de cobertura entre el total de hospitales participantes en dichas zonas de cobertura
Periodicidad	Semestral
Nombre	<b>Porcentaje de pacientes referidos al segundo nivel de atención</b>
Objetivo	Determinar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención
Unidad de medida	Pacientes referidos al segundo nivel
Fórmula	Número total de paciente afiliados referidos al segundo nivel entre total de pacientes atendidos afiliados en el primer nivel
Periodicidad	Trimestral

### **Previsión**

La Secretaría de Salud publicará en el **Diario Oficial de la Federación**, a más tardar el 30 de junio de este año, el sistema para la atención de la salud para la población inscrita al Seguro Popular de Salud, mismo que especificará las condiciones de la prestación de los servicios, a fin de garantizar que los proveedores de éstos cumplan los compromisos adquiridos por el seguro.

### **Fundamento legal**

Las presentes Reglas se emiten en cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 63 y 64 y séptimo y octavo transitorios del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002, los artículos 32, 48, 49 y 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y atendiendo a lo dispuesto en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Reglamento interior de la Secretaría de Salud y con base a los Acuerdos de Coordinación con los Gobiernos Estatales.

### **TRANSITORIO**

**PRIMERO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

**México, Distrito Federal, a los once días del mes de marzo de dos mil dos.-** El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora.-** Rúbrica.

### **Anexo 1**

## **CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS**

## **PLAN FAMILIAR**

### **SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA**

#### **INMUNIZACIONES, DETECCION Y PREVENCIÓN**

1		Inmunización contra poliomielitis
2		Inmunización contra sarampión, rubéola y parotiditis
3		Inmunización con vacuna pentavalente
4		Inmunización con BCG
5		Inmunización contra DPT
6		Inmunización contra difteria y tétanos, Td
7		Inmunización con toxoide tetánico
8		Inmunización contra influenza en el adulto
9		Inmunización contra neumococo en el adulto
10		Detección de la Diabetes Mellitas
11		Detección de la Hipertensión Arterial
12		Detección de trastornos de la agudeza visual en niños
13		Detección de cáncer cérvico-uterino
14		Detección de cáncer de mama (clínica, mastografía y biopsia)
15		Detección de hipertrofia de próstata (clínica, antígeno y toma de biopsia)

#### **SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO**

16		Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano
17		Examen físico anual para adultos mayores de 40 años
18		Consejería Nutricional y de Ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis, HTA)
19		Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables
20		Detección, consejería y referencia de adicciones
21		Consejería sobre Salud Reproductiva
22		Detección y consejería para la prevención de ITSs (VIH, sífilis, Hep. B y chlamidia)

### **SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA**

#### **MEDICINA FAMILIAR**

23		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II
24		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
25		Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica (incluye endoscopia)
26		Diagnóstico y tratamiento del asma (incluye urgencias y hospitalización)
27		Diagnóstico y tratamiento de gota
28		Diagnóstico y tratamiento anemia ferropiva
29		Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa
30		Diagnóstico y tratamiento de dermatosis simples
31		Diagnostico y tratamiento de la Otitis Media Aguda
32		Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
33		Diagnóstico y tratamiento del Cólera
34		Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal
35		Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36		Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis
37		Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico (incluye urgencias y hospital)
38		Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39		Diagnóstico y tratamiento de brucelosis
40		Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41		Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42		Diagnóstico y tratamiento de ITS (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA</b>		
43		Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes
44		Diagnóstico y consejería del alcoholismo
45		Diagnóstico y tratamiento farmacológico ambulatorio de la depresión
46		Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
<b>SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA</b>		
47		Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos

48		Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
49		Planificación familiar con métodos temporales, DIU
50		Planificación familiar con métodos definitivos: vasectomía
51		Clínica de displasias y conización
<b>UNIDAD BASICA DE REHABILITACION</b>		
52		Rehabilitación de fracturas
53		Rehabilitación de parálisis facial
54		Estimulación temprana del prematuro
<b>SERVICIOS DE ODONTOLOGIA</b>		
55		Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
56		Obturación de caries de 1er. y 2o. grado con amalgama
<b>SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA</b>		
<b>ATENCION DE URGENCIAS</b>		
57		Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curaciones y suturas)
58		Diagnóstico y tratamiento de fracturas cerradas de huesos largos
59		Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
60		Prevención de la rabia y manejo de mordeduras
61		Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
62		Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
63		Estabilización de pacientes (Hipertensión, Diabetes, Angor pectoris)
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACION</b>		
64		Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
65		Diagnóstico y tratamiento de la neumonía
66		Diagnóstico y tratamiento de meningitis
<b>ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO</b>		
67		Atención prenatal del embarazo y detección y referencia del embarazo de alto riesgo
68		Atención del parto normal y del puerperio
69		Atención perinatal del recién nacido
70		Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)

71		Tratamiento del hipotiroidismo congénito
<b>SERVICIOS QUIRURGICOS</b>		
72		Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernia inguinal
73		Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
74		Atención del parto por cesárea y puerperio
75		Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de aborto
76		Colecistectomía abierta
77		Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico
78		Cirugía de útero (histerectomía)

## ANEXO 2

### LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL SEGURO POPULAR

	<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>PRESENTACION</b>	<b>GENERICO INTERCAMBIABLE</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
1	Acarbosa	Tabletas de 50 mg, envase c/30		Miligramos
2	Acetaminofén solución oral	Frasco de 120 ml, 32 mg/ml		Miligramos
3	Acetaminofén gotas	100 mg/ml, frasco 15 ml		Miligramos
4	Acetaminofén tabletas	Tabletas 300 mg. Caja con 10		Miligramos
5		Tabletas 500 mg		Miligramos
6	Acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	Ampolleta 25 mg		Ampolleta
7	Acido fólico, inyectable	Ampolletas		Ampolletas
8	Acido fólico, tabletas	Tabletas de 5 mg c/20	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
9	Albendazol susp.	20 mg/ml fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
10	Albendazol, suspensión	Suspensión 20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos



		mg fco. 20 ml		
11	Albendazol, tabletas	Caja con 2 tabletas de 200 mg. c/u	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
12	Ambroxol, comprimidos	Comprimidos de 30 mg, c/20	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
13	Ambroxol, solución oral	Frasco con 120 ml	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
14	Amitriptilina			Miligramos
15	Amoxicilina, suspensión	Suspensión 250 mg, envase con 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
16	Amoxicilina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
17	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 125/31.25 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
18	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 250/62.5 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
19	Ampicilina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja con 20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
20	Ampicilina, inyectable	Ampolleta de 1 gr.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
21	Ampicilina, suspensión 125 mg	Suspensión 125 mg, envase con 60 ml		Miligramos
22	Ampicilina, suspensión 250 mg	Suspensión 250 mg/5 ml, envase 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
23	Atropina			Ampula
24	Aztemizol	Tabletas 10 mg, c/10		Tableta
25	Beclometasona aerosol	Envase c/200 dosis	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
26	Benzoato de bencilo	Emulsión dérmica 300 mg. con 120 ml		Envase
27	Betametasona, solución	Ampolleta 3 mg	GI, ENF.	Ampolletas

	inyectable		INMUNOALERGICAS	
28	Bicarbonato de sodio inyectable	Ampolleta 10 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Ampolletas
29	Bromuro de ipatropio	Aerosol 10 ml (200 dosis)		Disparos
30	Butilioscina, inyectable	Solución inyectable 20 mg, c/3 amp. de 1 ml	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolleta
31	Butilioscina, solución	15 ml, 6.67 mg		Mililitros
32	Butilioscina, tabletas	Caja de 20 tabletas de 10 mg c/u	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
33	Captopril	Tabletas 25 mg, envase c/30	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
34	Carbamazepina, suspensión	Suspensión 120 ml		Miligramos
35	Carbamazepina, tabletas	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
36	Cefalexina	Tabletas 500 mg, caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
37	Cefotaxima, 1 g	Ampolleta 1 g, 4 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
38	Cefotaxima, 500 mg	Ampolleta 500 mg, 2 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
39	Ceftriazona	Ampolleta de 0.5 g, en 5 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
40	Cefuroxime	Tabletas 500 mg		Miligramos
41	Cimetidina	Tabletas 200 mg		Miligramos
42	Ciprofloxacina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
43	Citalopram			Miligramos
44	Claritomicina	Tabletas 250 mg		Miligramos
45	Clindamicina	Tabletas 300 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
46	Clioquinol	Envase 60 g	GI, DERMATOLOGIA	Envase
47	Clioquinol/hidro cortisona	Envase 20 g		Envase

48	Clomipramina			Miligramos
49	Cloranfenicol solución oftálmica	Frasco con 15 ml	GI, OFTALMOLOGIA	Mililitros
50	Clorfeniramina, jarabe	Jarabe 0.5 mg frasco 120 ml.	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Frasco
51	Clorfeniramina, tabletas	Tabletas de 4 mg. caja c/20	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
52	Cloropropamida	Tabletas 250 mg, caja c/50		Miligramos
53	Cloroquina	Tabletas de 150 mg. caja c/1000		Miligramos
54	Clorotiacida	Tabletas 250 mg, caja c/20		Miligramos
55	Clorpormacina	Comprimidos 100 mg		Miligramos
56	Clortalidona	Tabletas 50 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
57	Cloruro de potasio	Ampolleta 100 mg, 5 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
58	Crema Cold-Cream	Envase 75 ml		Envase
59	Cromoglicato sódico	Aerosol, envase 16 g, 112 disparos		Disparos
60	Dapsona	Tabletas 100 mg c/1000		Miligramos
61	Desipramina			Miligramos
62	Desogestril y Etinilestradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
63	Diazepam	Ampolleta 10 mg, 2 ml, c/50		Ampolletas
64	Diclofenaco	Tabletas 75 mg	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
65	Dicloxacilina	Cápsulas de 250 mg c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
66	Difenidol	Tabletas de 25 mg caja c/30	GI, OTORRINOLARING.	Miligramos
67	Doxiciclina, tabletas	Cápsulas de 100 mg caja c/10	GI, ENF. INFECC.	Miligramos

68	Electrolitos orales	Sobre 27.9 gr	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Sobres
69	Epinefrina subcutánea	Ampolleta de 1 ml		Ampolleta
70	Eritromicina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja c/20		Miligramos
71	Eritromicina, suspensión	Suspensión 125 mg envase 120 ml		Miligramos
72	Eritromicina/sulfisoxazol	Frasco de 150 ml, 200/600 mg c/5 ml		Miligramos
73	Estreptomina inyectable	1 gm. frasco ampula 2 ml.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
74	Etambutol	Comprimidos 400 mg, caja c/50		Miligramos
75	Famotidina	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
76	Fenitoína, suspensión	Suspensión oral 37.5 mg./ 5ml		Miligramos
77	Fenitoína, tabletas	Tabletas, caja c/50		Miligramos
78	Fenobarbital	Comprimidos 50 mg, c/30		Miligramos
79	Flumazenil	Ampolleta 5 ml		Ampolleta
80	Fluvoxamina			Miligramos
81	Fluoxetina		GI, PSIQUIATRIA	Miligramos
82	Fosfato de Clindamicina	Ampolleta de 300 mg, 2 ml		Ampolleta
83	Fumarato ferroso, suspensión	Suspensión oral 2.9 mg/100 ml, equiv. a 0.953 mg de Fe	GI, HEMATOLOGIA	Mililitros
84	Fumarato ferroso, tabletas	Tabletas 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
85	Gentamicina, 20 mg	Solución inyectable 20 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
86	Gentamicina, 80 mg	Solución inyectable 80	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas

		mg/2 ml		
87	Glibenclamida	Tabletas 5 mg, caja c/50	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
88	Glimepirida			Miligramos
89	Gluconato de calcio, solución al 10%	(Calcium amp 10X10 ml)		Mililitros
90	Imipramina			Miligramos
91	Indometacina	Cápsulas 25 mg, c/30	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
92	Inmunoglobulina humana antirrábica			Dosis
93	Inmunoglobulina humana antitetánica	Unidosis		Dosis
94	Insulina Humana	Fco. 10 ml. 100 u/ml	GI, ENDOCRINOLOGIA	Mililitros
95	Ipecacuana	Jarabe		Mililitros
96	Isoniacida	Tabletas 100 gr, envase c/200 tab.		Miligramos
97	Isoniazida y Rifampicina	Tabletas 200/150 mg, envase c/120 tab.		Tabletas
98	Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida	Tabletas o grageas 75 mg/150 mg/400 mg, c/240		Tabletas
99	Ketorolaco	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
100	Ketorolaco, inyectable	Ampolleta 30 mg, c/3	GI, ANALGESIA	Ampolleta
101	Ketotifeno	Frasco con 120 ml	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Mililitros
102	Levonorgestrel y etilenestradiol	Envase con 28 tabletas	GI, PLAN. FAMILIAR	Tableta
103	Levotiroxina	Tabletas de 0.025 mg, c/50		Tableta
104	Lidocaína al 2% con epinefrina	Frasco Amp. 1 g/0.25 g 50 ml		Frasco

105	Lidocaína al 2%, 50 ml	Frasco Amp. 1 gm/50 ml	GI, ANALGESIA	Fco. ampula
106	Lidocaína al 5%	Sol. Inyectable 100 mg/2 ml, c/5 ámpulas		Fco. ampula
107	Lindano shampoo	Shampoo de 1g/100 ml		Frasco
108	Loperamida	Tabletas 2 mg, c/12	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
109	Loratadina	Tabletas 10 mg, c/20	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
110	Maprotilina			Miligramos
111	Mebendazol, suspensión	Suspensión, 30 ml, 100 mg/5 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
112	Mebendazol, tabletas	Tabletas 100 mg, c/6	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
113	Metamizol, inyectable	Ampolleta de 1 gramo	GI, ANALGESIA	Ampolletas
114	Metamizol, tabletas	Tabletas 500 mg, c/10	GI, ANALGESIA	Miligramos
115	Metformina	Tabletas de 850 mg, envase c/30	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
116	Metilergometrina	Grageas de 0.125 mg, c/30		Miligramos
117	Metoprolol	Tabletas 100 mg envase c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
118	Metronidazol, inyectable	Ampolleta 200 mg, 2 X 10 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
119	Metronidazol, óvulos	Ovulos o tabletas vaginales de 500 mg. caja c/10	GI, GINECO OBSTETRICIA	Ovulos
120	Metronidazol, suspensión	Suspensión 250 mg/5 ml. frasco c/120 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
121	Metronidazol, tabletas	Tabletas 250 mg, c/20		Miligramos

122			Tabletas 500 mg, c/30		Miligramos
123	Mianserina				Miligramos
124	Miconazol crema		Tubo 20 g, nitrato de miconazol 20 mg/g	GI, DERMATOLOGIA	Pieza
125	Morfina				Ampolletas
126	Moxifloxacina				Miligramos
127	Nalbufina, inyectable	Sol.	Ampolletas 10 mg, 1 ml, caja c/5	GI, ANALGESIA	Ampolletas
128	Naproxeno tabletas		Tabletas (Flanax, 275 mg, c/20)	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
129	Nicardipino		Cápsulas 20 mg., envase con 60 cápsulas		Miligramos
130	Nifedipino		Tabletas 10 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
131	Nistatina, crema		Envase de 60 g		Envase
132	Nistatina, tabletas		Tabletas		Tabletas
133	Nistatina, tabletas vaginales		Tabletas vaginales		Tab. Vag.
134	Nitrofurantoína		Furadantina tabletas 100 mg c/40		Miligramos
135	Noretindrona y Etinilestradiol		Envase con 21 tabletas		Tableta
136	Noretisterona		Ampolleta 200 mg		Ampolleta
137	Norgestrel, progestágeno sintético y estradiol		Envase con 28 tabletas		Tableta
138	Omeprazol, cápsulas		Cápsulas 20 mg, c/7	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
139	Omeprazol, inyectable		Ampolleta 40 mg, 10 ml	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolletas
140	Oxido de zinc		(Pasta de lassar)		Tubo

		tubo 30 g		
141	Oxitocina	Ampolletas	GI, GINECO OBSTETRICIA	Ampolleta
142	Paracetamol, tabletas	Tabletas 500 mg	GI, ANALGESIA	Miligramos
143	Penicilina G. Benzatínica	Ampolletas 1,200 000 U		Ampolletas
144	Penicilina G. Procaínica	Ampolletas 800 000 U		Ampolletas
145	Penicilina G-procaína	Ampolletas 400 000 U		Ampolletas
146	Penicilina sódica	Frasco ampula 1 000 000 U		Fco. ampula
147	Piperazina	Jarabe 100 ml, 250 mg/5 ml		Miligramos
148	Polivitaminas minerales	y Tabletas		Tabletas
149	Prednisona	Tabletas de 5 mg. caja c/20	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
150	Preservativos	Caja de 3 piezas		Pieza
151	Primaquina	Tabletas de 5 mg. caja c/20		Miligramos
152	Probenecida	Frasco con 10 tabletas de 500 mg.		Miligramos
153	Propranolol	Tabletas 40 mg envase c/20		Miligramos
154	Ranitidina, inyectable	Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5	GI, GASTROENTERO LOGIA	Ampolletas
155	Ranitidina, tabletas	Tabletas 150 mg, c/100	GI, GASTROENTERO LOGIA	Miligramos
156	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/1000		Miligramos
157	Roziglitazona	Grageas 8 mg, c/14		Miligramos
158	Salbutamol aerosol	20 mg envase	GI, NEUMOLOGIA	Disparos



		c/200 disparos		
159	Salbutamol jarabe	Jarabe 2 mg/5 ml, frasco 60 ml.	GI, NEUMOLOGIA	Mililitros
160	Salbutamol, Sol. para nebulizadores	Frasco 5 mg/10 ml		Miligramos
161	Sertralina			Miligramos
162	Sodio intravenoso	Cloruro de sodio al 9% envase c/500 ml.	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
163	Subsalicilato de bismuto	PEPTO-BISMOL Susp. 120 ml, 17.5 g/ml		Miligramos
164	Sucralfato	Tabletas 20 mg, c/20		Miligramos
165	Suero Antialacrán	Frasco ampula 5 ml 1 dosis		Frasco
166	Suero antiofídico			Ampolleta
167	Suero Antiviperino frasco ampula 10 ml 1 dosis			Ampolleta
168	Sulfato ferroso	Tabletas de 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Miligramos
169	Sulfato magnesio	Ampolleta 10 ml, c/100		Mililitros
170	Talidomida	Tabletas 100 mg, caja c/50		Miligramos
171	Teofilina, jarabe	Frasco 160 ml		Mililitros
172	Teofilina, tabletas	Tabletas de 200 mg		Miligramos
173	Tetraciclina	Tabletas 500 mgr		Miligramos
174	Tolbutamida	Tabletas 500 mg, envase c/50	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
175	Toxoide tetánico	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
176	Trimetoprim c/sulfametoxazol, susp.	Suspensión 120 ml, (40 mg/5 ml)	GI, ENF. INFECC.	Miligramos

177	Trimetroprim c/sulfametoxazol, tab.	Tabletas 80 mg. caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
178	Vacuna antirrábica humana de células Diploides			Dosis
179	Vacuna BCG.	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente		Dosis
180	Vacuna DPT	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
181	Vacuna influenza	Ampolleta con 5 ml, envase c/10		Dosis
182	Vacuna Neumocóxica	Vial de 5 ml		Dosis
183	Vacuna pentavalente	Frasco ampula de DPT-HB 0.5 ml y frasco ampula con vacuna liofilizada (unidosis)		Pieza
184	Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis		Dosis
185	Vacuna Td, tétanos y difteria	Frasco 5 ml, 10 dosis		Dosis
186	Vacuna Triple Viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada unidosis		Dosis
187	Valproato	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
188	Vibramicina	Tabletas 100 mg		Miligramos
189	Vitamina A	Cápsulas 50,000 U, c/40		Gragea
190	Vitamina A, C y D solución oral frasco de 15 ml. c/gotero	Frasco de 25 dosis	GI, NUTRIOLOGIA	Dosis
191	Vitamina K	Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3		Ampolleta
	<b>Total Suma de COSTO TOTAL</b>			

### ANEXO 3

## DEFINICIONES

**Programa Salud para Todos:** Denominación adoptada en el artículo 63 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 para identificar un programa de subsidio federal para brindar protección financiera en salud a la población no asegurada.

**Seguro Popular de Salud:** Esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

**Gasto de bolsillo:** Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos.

**Gasto catastrófico en salud:** Gasto que constituye más del 30 por ciento del ingreso anual disponible (ingreso total menos el gasto en alimentación) del hogar y que pone en riesgo de empobrecimiento a los hogares de menores ingresos.

**Pago anticipado en salud:** Pago por adelantado que se realiza para cubrir el costo de la atención en salud en caso de requerirla con el fin de proteger el ingreso de las familias y fomentar la atención oportuna y preventiva.

**Cuotas de afiliación:** Monto de recursos que aportarán las familias que se afilien al programa del seguro popular de salud.

**Cultura del aseguramiento:** Conocimiento de la población de que es mejor realizar pagos anticipados que pagos directos de bolsillo para evitar el riesgo de incurrir en gastos que pueden llegar a ser catastróficos.

**Medicina preventiva:** Intervenciones que fomentan conductas que mantienen la salud de las personas y que reducen el riesgo de padecer algún problema de salud.

**Familia beneficiaria:** Miembros de la familia nuclear que por su condición socioeconómica y laboral no sean derechohabientes de la seguridad social y elijan afiliarse al Seguro Popular de Salud.

**Seguridad social:** Instituciones públicas de salud y prestaciones sociales que cubren a los trabajadores del sector formal de la economía.

**Población no asegurada:** Personas que no son beneficiarias de alguna institución de seguridad social.

**Población objetivo:** Grupo de población que cumple con las condiciones necesarias para ser beneficiaria de algún programa público.

**Población beneficiaria:** Grupo de personas que recibe los beneficios que se incluyen en algún programa público.

**Promotor de salud:** Personal encargado de organizar y promover las actividades de registro y afiliación del Programa del Seguro Popular a la población objetivo.

**OPD:** Organismo Público Descentralizado. Figura en la que se incluyen todas las modalidades de prestación de Servicios Estatales de Salud.

# **ESTÁNDAR DE PRÁCTICA ACTUARIAL NO. 01 CÁLCULO ACTUARIAL DE LA PRIMA DE TARIFA PARA LOS SEGUROS DE CORTO PLAZO (VIDA Y NO-VIDA).**

Desarrollado por el Comité de Estándares de Práctica Actuarial de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.

Adoptado por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C.  
México, noviembre de 2001. (Revisado en agosto de 2003).

## **Preámbulo**

El presente documento resume los principales lineamientos y criterios generales que el actuario debe considerar en la determinación o cálculo actuarial de las primas de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo, independientemente del ramo al que correspondan. Estos lineamientos fueron desarrollados con el fin de proporcionar una guía práctica para la realización de esta tarea. Los mismos se apegan al marco legal aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de las necesidades o propósitos de tipo comercial de las entidades aseguradoras, ni de los valores específicos que, para efectos regulatorios, se establezcan para los parámetros considerados en estos lineamientos con el propósito de incorporar márgenes prudenciales que garanticen con un elevado grado de certidumbre el cumplimiento de las obligaciones con los asegurados.

Asimismo, enuncia criterios de carácter y aplicación general, sin abarcar casos específicos que por sus características requieran de consideraciones especiales, mismos que deberán ser tratados con base en el juicio y experiencia profesional del actuario, respetando siempre los principios sobre los cuales fueron sustentados estos estándares.

El grupo de trabajo encargado del desarrollo de este estándar estuvo conformado por miembros de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.

Con el propósito de hacerlo del conocimiento del gremio actuarial, así como para recabar todas las observaciones y sugerencias de los actuarios involucrados e interesados en este tema, un primer borrador fue sometido a un proceso de auscultación entre los miembros de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C. y del Colegio Nacional de Actuarios, A.C., a fin de incorporar los comentarios pertinentes.

Este documento corresponde a la versión final del estándar, el cual ha sido adoptado por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C.

## **• Sección 1. Propósito, alcance y fecha de aplicación**

**1.1 Propósito.-** El propósito de este estándar es establecer los elementos y criterios que deben ser considerados en el proceso de cálculo actuarial de la prima de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo en los seguros de vida, daños, accidentes, enfermedades y salud. Los elementos contenidos en este estándar son de aplicación general y obligatoria para todos los actuarios que ejerzan su profesión para instituciones y sociedades mutualistas de seguros que operen en México.

1.2 **Alcance.**- Este estándar de práctica fue elaborado para la determinación de la prima de tarifa de contratos de seguro de corto plazo, desde el punto de vista actuarial, sin considerar situaciones especiales que pudieran presentarse como consecuencia de requerimientos de tipo comercial o restricciones estatutarias.

Los elementos contenidos en este estándar fueron definidos en términos generales y es factible que se presenten situaciones que no estén explícitamente contempladas en los mismos. Corresponderá al actuario involucrado, con base en su mejor juicio y criterio, la resolución de los casos no previstos o de aquellos para los cuales este estándar no se considere aplicable.

1.3 Fecha de aplicación.- 1º de enero de 2004.

• **Sección 2. Antecedentes y situación actual.**

El cálculo actuarial de las primas de tarifa, en las diferentes operaciones de seguro, depende de las características del riesgo, así como del plazo de los contratos; este proceso constituye un factor decisivo para la rentabilidad del negocio y la base fundamental para la constitución de las reservas correspondientes, bajo un esquema de suficiencia.

Los lineamientos que aquí se presentan están orientados a:

- Establecer los principios sobre los cuales se sustenta una prima de tarifa.
- Definir los conceptos y elementos que deben ser considerados en su determinación
- Señalar las características generales que deben tener los procedimientos actuariales válidos para la determinación de la prima de tarifa.
- Definir la información con la que se debe contar para sustentar la prima de tarifa propuesta, así como los requerimientos mínimos para garantizar que dicha prima de tarifa cumple con los principios establecidos en estos estándares.

Es importante mencionar que históricamente, en México, el proceso de cálculo actuarial de una prima de tarifa se ha realizado con base en el conocimiento, experiencia práctica y criterio del actuario responsable, apoyado fundamentalmente en la información estadística disponible y en la normatividad establecida para cada ramo y tipo de seguro, sin que existiera algún documento técnico de carácter gremial para tal propósito, exceptuando aquéllos que han sido elaborados por asociaciones profesionales extranjeras y que se consideran aplicables en nuestro país.

El grupo de trabajo reconoce que en el futuro deberán desarrollarse mejoras y estándares adicionales, para considerar otros aspectos específicos relacionados con el cálculo actuarial de las primas de tarifa.

### • **Sección 3. Definiciones.**

Para efectos de la aplicación de los estándares de práctica actuarial, se han definido los siguientes conceptos:

**3.1 Cálculo actuarial.-** Se refiere al procedimiento con el que se determina actuarialmente el valor de la prima de tarifa de un seguro, o cualquier variable, parámetro o medida relacionada con un riesgo asegurado.

**3.2 Costos de administración.-** Son los relativos a la suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otra función necesaria para el manejo operativo de una cartera de seguros de corto plazo.

**3.3 Costos de adquisición.-** Son los relacionados con la promoción y venta de los seguros, que incluyen comisiones a intermediarios, bonos y otros gastos comprendidos dentro de este rubro.

**3.4 Costo de siniestralidad y otras obligaciones contractuales.-** Refleja el monto esperado de los siniestros del riesgo en cuestión, actualizados por el impacto de la inflación pasada y tomando en cuenta un estimado de la inflación futura, así como el de otras obligaciones contractuales, considerando, en su caso, el efecto de deducibles, coaseguros, salvamentos y recuperaciones, así como el margen para desviaciones y la provisión para gastos de ajuste y otros gastos relacionados con el manejo de los siniestros, si son aplicables. En el caso de riesgos de naturaleza catastrófica, debe considerar el costo anual que corresponda, en función del tipo de riesgo y el período de recurrencia considerado en el modelo de cálculo utilizado.

**3.5 Información confiable.-** Es aquella cuya fuente y forma de generación sea conocida, comprobable y veraz, o que sea generada y publicada por una institución reconocida a nivel nacional o internacional.

**3.6 Información homogénea.-** Se refiere a que los datos estadísticos utilizados para el cálculo actuarial de la prima de tarifa, deben corresponder a unidades (personas o cosas) expuestas, en condiciones iguales o similares, a riesgos del mismo tipo.

**3.7 Información suficiente.-** Aquella cuyo volumen de datos permite la aplicación de métodos estadísticos o modelos de credibilidad y que abarca todos los aspectos relacionados con la valoración del riesgo en cuestión.

**3.8 Margen de utilidad.-** Es la contribución marginal a la utilidad bruta general, que se haya definido para el ramo y tipo de seguro en cuestión, de conformidad con las políticas establecidas por la empresa que asume el riesgo.

**3.9 Nota técnica.-** Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo actuarial de la prima y en el que se sustenta la aplicación de los estándares de práctica actuarial. En este documento deben incluirse de manera específica: la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, las características, alcances, limitaciones y condiciones de la cobertura, las definiciones, conceptos, hipótesis y procedimientos empleados y, en su caso, las estadísticas y datos utilizados en la valoración del riesgo, así como las fuentes de

información y cualquier otro elemento necesario para fundamentar actuarialmente la prima resultante.

**3.10 Prima de tarifa.-** Monto unitario necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, de adquisición y de administración, así como el margen de utilidad previsto.

**3.11 Principios actuariales.-** Teorías y conceptos fundamentales de uso y aplicación común en la práctica actuarial, que son generalmente aceptados y que se encuentran explicados y sustentados en la literatura nacional o internacional.

**3.12 Procedimientos actuariales.-** Conjunto de métodos y técnicas científicamente sustentadas, aplicables al problema de seguros que se pretende resolver y que son congruentes con los principios actuariales.

**3.13 Productos financieros.-** Retorno o ingreso que la entidad que asume los riesgos de los contratos de seguro, espera obtener razonablemente, por la inversión de los recursos que respalden las reservas por constituir para garantizar las obligaciones de dichos contratos y por los flujos libres que se espera obtener por éstos.

**3.14 Seguros de corto plazo.-** Son todos aquellos contratos de seguro con una duración igual o menor a un año, independientemente del ramo al que pertenezcan. En esta definición quedan comprendidos seguros de los ramos de Vida, Daños, Accidentes, Enfermedades y Salud.

**3.15 Tasa de inversión.-** Es la tasa de interés que se utiliza para estimar los productos financieros.

**3.16 Tasa técnica o de descuento para el cálculo de la prima.-** Es la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

#### • Sección 4. Principios

**Principio 1.-** La prima de tarifa es la cantidad necesaria para cubrir, al menos, el valor esperado de los costos futuros.

Una prima de tarifa es una estimación del valor actual de los costos futuros esperados, por lo que su determinación debe realizarse de manera prospectiva y antes de que se efectúe la transferencia del riesgo del asegurado a la aseguradora.

**Principio 2.-** La prima de tarifa debe garantizar suficiencia y solidez.

Una prima de tarifa, junto con los productos financieros esperados, debe proveer ingresos suficientes para cubrir, al menos, todos los costos asociados a la transferencia del riesgo, considerando la evolución y las posibles desviaciones de dichos costos en el tiempo, así como el margen de utilidad esperado, a fin de garantizar que el seguro sea financieramente sólido. En su caso, deberá considerarse

también el otorgamiento de dividendos por experiencia global, propia o combinada, a fin de garantizar la suficiencia de la prima de tarifa.

**Principio 3.-** La prima de tarifa debe reconocer las características individuales o particulares de la unidad expuesta al riesgo.

Una prima de tarifa debe tomar en cuenta las características de la unidad expuesta al riesgo y la experiencia acumulada en grupos de unidades de riesgo homogéneos o similares. También puede tomar en cuenta la experiencia particular de grupos o colectividades específicas, con base en información estadística suficiente y confiable que sustente el comportamiento del riesgo.

**Principio 4.-** La determinación de la prima de tarifa debe sustentarse sobre bases actuariales.

Una prima de tarifa se presume suficiente, si representa una estimación actuarial del valor esperado de todos los costos futuros asociados a una transferencia individual de riesgos, de conformidad con los principios 1, 2 y 3.

#### • **Sección 5. Prácticas recomendadas**

**5.1 Cálculo actuarial de la prima de tarifa.-** El cálculo actuarial de la prima de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo, debe realizarse considerando los productos financieros (tasa técnica de interés) y todos los costos futuros (actualizados por inflación) relacionados con la transferencia del riesgo, utilizando procedimientos actuariales y basándose en criterios prudenciales que permitan que las hipótesis sobre tasas de interés adoptadas para el cálculo tengan un grado razonable de confiabilidad, considerando las políticas y portafolios de inversión de la compañía, los riesgos asociados al mismo y tomando como referencia la tasa libre de riesgo del mercado, así como las expectativas macroeconómicas de tasas de rendimiento futuras y la inflación.

**5.2 Determinación de los costos relacionados con la transferencia del riesgo.-** En la valoración actuarial deberán contemplarse todos aquellos costos en los que incurrirá la entidad aseguradora al hacer frente al riesgo que está asumiendo y que deben comprender al menos: el costo de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, incluyendo un margen para desviaciones, así como los costos de adquisición y de administración y el margen de utilidad. Dentro del margen de utilidad se podrá incorporar un margen adicional para cubrir el costo neto del reaseguro no proporcional, cuando éste resulte significativo y razonable, en función a la transferencia del riesgo y a las condiciones del mercado. Independientemente de los costos operativos y financieros, en los seguros con pago fraccionado de primas deberá considerarse el impacto de la cancelación prematura por falta de pago.

**5.3 Integración de información.-** El cálculo actuarial de una prima de tarifa debe basarse en información homogénea, suficiente y confiable, sobre el riesgo en cuestión y las variables consideradas.



**5.4 Revisión de la prima de tarifa.**- La prima de tarifa debe revisarse periódicamente en función de las variaciones en los elementos considerados, conforme se recopile nueva información que cumpla con las características establecidas en el punto 5.3.

**5.5 Elementos adicionales.**- El cálculo actuarial de una prima de tarifa puede incorporar también otros elementos relativos a la experiencia siniestral, las políticas de suscripción o variables del mercado o del entorno, entre otros, referidos al riesgo o los costos asociados, siempre que se pueda estimar objetivamente su efecto.

**5.6 Experiencia de reaseguradores.**- Cuando no sea factible integrar la información de acuerdo con lo señalado en el punto 5.3, el cálculo de la prima de tarifa puede fundamentarse en las primas de riesgo establecidas por el mercado internacional de reaseguro, en relación a los riesgos en cuestión u otros riesgos análogos.

#### • **Sección 6. Otras Recomendaciones**

**6.1 Congruencia.**- En todo momento, el actuario procurará vigilar que exista congruencia entre lo establecido en las condiciones contractuales de un producto de seguros de corto plazo y la nota técnica correspondiente; de no ser así, o en caso de que no le sea posible cumplir con esta responsabilidad, deberá revelarlo conforme a las políticas, normas y procedimientos aplicables.

**6.2 Documentación.**- La nota técnica y cualquier otra documentación relacionada con la valoración del riesgo y los procedimientos aplicados por el actuario, en apego al presente estándar, debe ser resguardada por la entidad que la aplique y estar disponible para fines de consulta, seguimiento y auditoría

**CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS PUBLICADA EN EL DIARIO  
OFICIAL DE LA FEDERACION EL 13 DE DICIEMBRE DEL 2010.**

**TITULO 5.**

**DEL REGISTRO DE PRODUCTOS DE SEGUROS**

**CAPITULO 5.1.**

**DE LA FORMA Y TERMINOS PARA EL REGISTRO DE PRODUCTOS DE  
SEGUROS**

Para los efectos de los artículos 36, 36-A, 36-B, 36-C, 36-D, 96 y 107 de la LGISMS:

**5.1.1.** El registro de los productos de seguros que las Instituciones y Sociedades Mutualistas pretendan ofrecer al público, únicamente podrá realizarse vía remota a través del envío de información y archivos magnéticos por Internet. Para tal efecto, deberán acceder al módulo que se encuentra en la Página Web de la Comisión.

Para efecto de las presentes Disposiciones, toda referencia al registro de productos de seguros comprenderá las notas técnicas, beneficios adicionales y cláusulas y formatos de carácter general que se señalan en las Disposiciones 5.1.13, 5.1.14 y 5.1.18, respectivamente, con las excepciones que procedan.

**5.1.2.** El registro de productos se llevará a cabo, según el tipo de seguro que corresponda, conforme a la siguiente clasificación:

**I.** Seguros Tradicionales. Serán aquéllos que se ubiquen dentro de algunas de las operaciones de seguros de vida, daños o accidentes y enfermedades, excepto los seguros a los que se refieren las fracciones II y V del artículo 8o. de la LGISMS;

**II.** Seguros de Pensiones. Serán aquéllos que se ubiquen en lo previsto en la fracción II del artículo 8o. de la LGISMS;

**III.** Seguros de Salud. Serán aquéllos que se ubiquen en lo previsto en la fracción V del artículo 8o. de la LGISMS, y

**IV.** Microseguros. Serán aquéllos que se ubiquen dentro de algunas de las operaciones de seguros de vida, daños o accidentes y enfermedades, excepto los seguros a los que se refieren las fracciones II, XI, XI Bis y XI Bis-1 del artículo 8o. de la LGISMS, y tengan como propósito promover el acceso de la población de bajos ingresos a la protección del seguro mediante la utilización de medios de distribución y operación de bajo costo.

**5.1.3.** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, deberán designar ante la Comisión hasta cuatro operadores responsables de efectuar el registro de sus productos de seguros, mediante la presentación de una solicitud suscrita por su director general o equivalente, que acompañe lo siguiente:

**I.** Para cada uno de los operadores responsables que se designen, el formato señalado en el Anexo 5.1.3-a de las presentes Disposiciones, firmado y en sobre cerrado, mediante el cual aceptan su responsabilidad en la utilización de la Página Web de la Comisión.

En dicho formato se deberá proporcionar su clave de usuario y la contraseña que utilizarán para acceder al módulo de registro de productos de seguros, mismas que tendrán el carácter de personales e intransferibles, y que se conformarán de acuerdo a lo dispuesto en el documento "Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas", disponible en la Página Web de la Comisión, y

**II.** La relación de los responsables de firmar los documentos señalados en la Disposición 5.1.4 y la de quienes la Institución o Sociedad Mutualista faculta para tal efecto por cumplir éstos con los requisitos establecidos en la LGISMS.

La solicitud a que se refiere la presente Disposición se hará mediante la presentación del formato establecido en el Anexo 5.1.3-b debidamente cumplimentado, y deberá entregarse en la Dirección General de Informática de la Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, 01020 México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 horas y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

El Anexo 5.1.3-b se utilizará también en los casos en que se solicite dar de baja a cualquiera de los operadores responsables de efectuar el registro de productos de seguros, así como los responsables de firmar los documentos señalados en la Disposición 5.1.4.

**5.1.4.** Tratándose de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de adhesión, se deberán remitir a la Comisión de manera conjunta, los documentos que se describen a continuación, creando para cada uno de ellos archivos de formato PDF, elaborados mediante el software denominado Adobe Acrobat:

**I.** La nota técnica a que se refiere el artículo 36-A de la LGISMS, misma que deberá ser firmada electrónicamente por un actuario con cédula profesional, que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o haya obtenido la acreditación de la Comisión requerida para este efecto.

En dicha nota técnica se consignará la siguiente leyenda:

“(Nombre del profesionista) con cédula profesional y certificación o acreditación, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la metodología para la determinación de la prima, reservas y demás elementos técnicos considerados en la presente nota técnica, se apega a lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros”;

**II.** La documentación contractual a que se refiere el artículo 36-B de la LGISMS, misma que será firmada electrónicamente por el responsable de la elaboración del dictamen jurídico previsto en el artículo 36-D de la misma Ley;

**III.** El dictamen jurídico que certifique el apego de la documentación contractual a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la LGISMS y demás disposiciones aplicables, firmado electrónicamente por el responsable de su elaboración, el cual deberá asentar lo siguiente:

“(Nombre del profesionista) con cédula profesional y registro otorgado por esa Comisión como Dictaminador Jurídico No. \_\_\_\_\_, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la documentación contractual del producto denominado (nombre del producto) se apega a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y demás disposiciones aplicables”.

Para el registro de las cláusulas y formatos de carácter general a las que se refiere la fracción I de la Disposición 5.1.18, el dictamen jurídico deberá establecer lo siguiente:

“(Nombre del profesionista) con cédula profesional y registro otorgado por esa Comisión como Dictaminador Jurídico No., hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que las cláusulas y/o formatos de carácter general incorporados a la documentación contractual de los productos de (nombre de la operación, ramo) se apegan a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y demás disposiciones aplicables”.

Adicionalmente, en el referido dictamen jurídico se podrá realizar cualquier tipo de consideración que se estime conveniente, respecto a características especiales de la documentación contractual, tales como su utilización, comercialización, etc., y

**IV.** El análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual al que se refiere el artículo 36-D de la LGISMS, que será firmado electrónicamente

tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la Institución, el cual deberá incluir al menos la siguiente leyenda:

“Los que suscribimos (nombre del actuario) con cédula profesional

\_\_\_\_\_ y certificación o acreditación \_\_\_\_\_ y (nombre del abogado de la institución) con cédula profesional \_\_\_\_\_), bajo nuestra responsabilidad profesional, hacemos constar que hemos verificado que las obligaciones asumidas en las condiciones contractuales del producto denominado (nombre del producto), se encuentran fielmente respaldadas mediante los métodos actuariales descritos en la nota técnica correspondiente”.

Para el registro de las cláusulas o formatos de carácter general a los que se refiere la fracción I de la Disposición 5.1.18, el análisis de congruencia únicamente deberá precisar que las mencionadas cláusulas o formatos no tienen sustento en notas técnicas.

Las firmas electrónicas referidas en la presente Disposición, deberán aplicarse utilizando las propias herramientas informáticas que proporciona el Adobe Acrobat, conforme al “Instructivo Para la Creación y Firma de los Documentos PDF”, disponible en la Página Web de la Comisión.

El uso de firmas electrónicas, claves de usuario, contraseñas de acceso y otros medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto en las presentes Disposiciones, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a ésta y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio.

**5.1.5.** Cada una de las personas facultadas para firmar los documentos descritos en la Disposición 5.1.4, deberán hacer entrega de las llaves públicas asociadas a sus firmas electrónicas, acompañadas del formato establecido en el Anexo 5.1.5, mediante el cual reconocen su responsabilidad en la utilización de dichas firmas.

Las llaves públicas asociadas a las firmas electrónicas tendrán una vigencia de 5 años contados a partir de su fecha de expedición, por lo que, cumplido ese plazo, deberán entregar una nueva llave pública en los términos de las presentes Disposiciones.

Adicionalmente, los actuarios que elaboren y firmen las notas técnicas de los productos, deberán presentar el certificado vigente emitido por el colegio profesional de la especialidad o, en su caso, el documento en el que conste la acreditación de conocimientos ante la Comisión para tal efecto.

Los actuarios estarán habilitados en el sistema de registro en tanto mantengan vigente su certificación o acreditación para elaborar y firmar notas técnicas, por lo que concluido el plazo de vigencia, deberán comprobar la obtención de un nuevo certificado o acreditación, o en su caso, el refrendo respectivo.

La entrega de las llaves públicas y demás documentos señalados en la presente Disposición, deberá hacerse en la Dirección General de Informática de la Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, 01020 México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 horas y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

Los interesados podrán solicitar generar las llaves públicas referidas en la presente Disposición al momento de realizar la entrega de sus documentos, en la Dirección General señalada en el párrafo anterior.

**5.1.6.** En el caso de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de no adhesión, y que de acuerdo a la regulación aplicable requieran registro ante la

Comisión, las Instituciones deberán apegarse a los lineamientos señalados en la Disposición 5.1.4, con excepción de lo relativo al dictamen jurídico.

En este supuesto, el archivo correspondiente a la documentación contractual se firmará electrónicamente por el abogado de la Institución que suscriba el análisis de congruencia.

Las Instituciones podrán solicitar un número de registro único para los productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de no adhesión, mediante la remisión de los formatos o modelos generales que se utilizarán en este tipo de contratos, su respectiva nota técnica y análisis de congruencia, debiéndose manifestar con precisión cuáles cláusulas o conceptos son sujetos de variación durante el proceso de contratación.

Si al celebrarse el contrato se modifica el proyecto de la documentación contractual previamente registrada, la Institución deberá hacer el envío de todos los documentos en formato PDF, solicitando la sustitución del producto, y deberá hacer los comentarios correspondientes en el campo de la pantalla de captura de la Página Web de la Comisión destinado para tal fin. El procedimiento para la obtención de los acuses de recibo de dichos archivos será análogo al descrito en la Disposición 5.1.9.

**5.1.7.** Tratándose de las Instituciones especializadas en salud y con relación a los seguros señalados en la fracción V del artículo 8o. de la LGISMS, de manera adicional a los documentos señalados en la Disposición 5.1.4, con excepción del dictamen jurídico, si se trata de un contrato de no adhesión, deberán presentar un archivo PDF que contenga el folleto explicativo y el suplemento a los que se refiere la Trigésima Quinta de las “Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud”. Los archivos señalados se firmarán electrónicamente por el abogado de la Institución que suscriba el análisis de congruencia, y deberán remitirse para cada una de las solicitudes de registro de un producto, con independencia de que hayan sido registrados previamente.

**5.1.8.** Para todo lo relativo a la captura, envío y recepción de información a través de la Página Web de la Comisión, incluyendo la remisión de archivos, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán observar lo señalado en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas” antes señalado.

En lo referente al proceso de creación de archivos, aplicación de opciones de seguridad, firmas electrónicas y demás elementos técnicos relacionados con los documentos en formato PDF, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán apegarse al documento “Instructivo Para la Creación y Firma de los Documentos PDF”, disponible en la Página Web de la Comisión

Toda actualización a los instructivos referidos en los dos párrafos anteriores, será dada a conocer en su momento por la Comisión.

El desapego a cualquiera de las presentes Disposiciones será motivo de suspensión del producto de seguros, en los términos del artículo 36-D de la LGISMS.

**5.1.9.** Cuando las solicitudes de registro de los productos de seguros cumplan con las validaciones de recepción establecidas, el sistema emitirá de forma automática una confirmación de recepción con el número de registro respectivo, con el cual la Institución o Sociedad Mutualista podrá ofrecer al público los servicios previstos en el mismo.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán acceder a la Página Web de la Comisión, a fin de obtener los ejemplares de los documentos PDF con los acuses de recibo, firmados electrónicamente por los servidores públicos autorizados de la Comisión, conforme a lo establecido en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”, disponible en la Página Web de la Comisión.

El registro del producto de seguros sólo podrá acreditarse con los documentos que cumplan con las validaciones propias del Adobe Acrobat, relativas a la autenticidad de las firmas electrónicas, y que no presenten alteraciones.

**5.1.10.** Para efectos de inspección y vigilancia, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener respaldados los archivos de los documentos en formato PDF señalados en la Disposición 5.1.9.

**5.1.11.** Al solicitar el registro de un producto de seguros, se deberá indicar en la pantalla de captura del sistema, si se trata de un nuevo producto, o si se trata de la sustitución de un producto previamente registrado, en cuyo caso se deberá señalar el número de registro del producto que se sustituye.

Para la sustitución de un producto de seguros previamente registrado, deberá enviarse la documentación completa de conformidad con las presentes Disposiciones, pudiendo acompañar la nota técnica, la documentación contractual o el dictamen jurídico presentados en registros anteriores, con la firma electrónica de los servidores públicos de la Comisión, siempre y cuando no requieran modificación.

En el caso de que se trate de una sustitución derivada de un oficio de suspensión emitido por la Comisión, deberá indicarse en la pantalla de captura la opción “sustituye por suspensión”, de acuerdo a lo señalado en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”.

**5.1.12.** La nota técnica del producto de seguros que se someta a registro, deberá estar integrada en la forma y términos que se señalan a continuación:

**I. Características del producto.** Se deberán establecer las características técnicas y contractuales del producto.

a) Nombre del producto. Se indicará el nombre con el que la Institución o Sociedad Mutualista comercializará o identificará el producto;

b) Ramo al que corresponde el producto. En el caso de seguros de daños y de accidentes y enfermedades, que no correspondan a productos paquete, se deberá indicar el ramo al que corresponda;

c) Modalidades de contratación del producto. En el caso de seguros de vida, así como de accidentes y enfermedades, se deberán señalar las modalidades en que se podrá contratar el producto. Se entenderá que tales modalidades deben ser individual, grupo o colectivo;

d) Característica especial del producto. En virtud que una misma Institución o Sociedad Mutualista puede registrar y operar dos o más productos que sean iguales en nombre y modalidad de contratación, deberá indicar si el producto tiene alguna característica especial que lo distinga de otro igual en nombre y modalidad de contratación (v. gr. producto flexible, con o sin dividendos, venta masiva, experiencia propia, experiencia global, para turistas, para empleados de gobierno, etc.);

e) Temporalidad del producto. Se deberá indicar el número de años o fracción de tiempo que tendrán de vigencia de los contratos de seguro. Se podrá indicar un número de años en concreto, un rango de valores, o una descripción genérica como “edad alcanzada”, “vitalicio”, “edad de retiro”, “multianual”, etc.;

f) Tipo de contrato. Se deberá indicar si la nota técnica corresponde a un contrato de adhesión o de no adhesión, y

g) Para los productos de seguros señalados en la fracción V del artículo 8o. de la LGISMS, se deberá indicar si se utilizarán recursos propios o de terceros; si su sistema de atención de servicios médicos contará con un médico de primer contacto, es decir, la referencia inmediata para acceder a cualquier tipo de servicio y que controlará la utilización del mismo;

**II.** Descripción de las coberturas. Se deberán indicar los riesgos cubiertos, beneficios, plazos y demás aspectos técnicos que caracterizarán las formas de coberturas del producto.

a) Descripción de la forma de cobertura básica. Se deberá dar una descripción clara del riesgo cubierto por la Institución o Sociedad Mutualista, del tipo o tipos de bienes que se cubrirán, del beneficio o indemnización que se otorgará en caso de siniestro, así como cualquier circunstancia en que tales coberturas o beneficios puedan variar o modificarse durante la vigencia del seguro;

b) Descripción de las coberturas adicionales, especiales, opcionales, o que se podrán contratar mediante convenio expreso. Se deberá indicar cada una de las coberturas adicionales y opcionales que incluirá el producto o que se podrán contratar mediante convenio expreso, así como el riesgo cubierto por la Institución o Sociedad Mutualista, el bien que se cubre, y el beneficio o indemnización que se otorgará en caso de siniestro, en cada una de dichas coberturas, y

c) Descripción de coberturas de servicios. Se deberá indicar el tipo de servicios que incluirá el producto como son: asistencia médica, jurídica, automovilística, en viajes, al hogar, etc.;

**III.** Hipótesis técnicas para el cálculo de primas de riesgo y reserva de riesgos en curso.

a) En el caso de los seguros de vida, se deberán indicar e incluir las hipótesis demográficas como son tablas de mortalidad, de morbilidad, incapacidad o cualquier otra, que se utilizarán para el cálculo de las primas de riesgo y reservas de riesgos en curso;

b) Para los seguros de accidentes y enfermedades, se deberán indicar e incluir las tablas de frecuencia, montos promedio, morbilidad, índice de siniestralidad o cualquier otra, que se utilizarán para el cálculo de las primas de riesgo, y

c) En el caso de los seguros de daños, se deberán indicar los supuestos de frecuencia, severidad, índice de siniestralidad o cualquier otro que se aplicarán para el cálculo de las primas de riesgo.

En todos los casos, tratándose de productos cuya prima se base en información provista por el reasegurador, no será necesario que se indiquen las hipótesis técnicas con que se calculó la prima de riesgo;

**IV.** Información estadística. Salvo en los casos de tablas de mortalidad de asegurados, establecidas en la normatividad aplicable, se deberá incluir e indicar la información estadística que se utilizará, señalando los datos necesarios para su identificación y verificación, tales como país, autor, y año.

a) Se deberán incluir, como parte de la nota técnica, los datos consolidados de la información estadística con que se determinaron los valores de frecuencia, severidad, montos promedio o de cualquier otro parámetro de la prima;

b) La Institución o Sociedad Mutualista deberá indicar cualquier aspecto relevante sobre la modificación, depuración y transformación que haya realizado a los datos originales de la estadística;

c) En caso de adoptar tarifas del reasegurador, se deberá presentar el contrato de reaseguro que cubre el riesgo en cuestión;

d) Cuando no exista información de la Institución o Sociedad Mutualista o del mercado asegurador, que sea suficiente y confiable en términos de lo establecido en los estándares de práctica actuarial, que permita calcular la prima de producto de que se trate, se podrán proponer esquemas de tarificación experimental. En tales casos, se deberá indicar en la nota técnica del producto, que se trata de una tarifa experimental y que será actualizada, y

e) No será necesario incluir ni indicar el origen de la información estadística cuando la prima del producto de que se trate, sometido por la Institución o Sociedad

Mutualista, provenga de estudios y manuales de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros A. C., que hayan sido previamente convenidos con la Comisión, o cuando se base en estudios establecidos en la regulación mexicana de seguros;

**V. Hipótesis financieras para el cálculo de primas y reserva de riesgos en curso.**

a) Tasa de interés técnico. Se indicará la tasa o tasas de interés técnico que en su caso se utilizarán para el cálculo de primas y reserva de riesgos en curso. Asimismo, se indicarán los supuestos de inflación, incremento salarial o cualquier otro que se pretenda utilizar, y

b) Fundamentos. El valor de la tasa de interés técnico que se proponga utilizar, en su caso, para el cálculo de primas o reserva de riesgos en curso, deberá justificarse conforme a los principios establecidos para estos efectos, en los estándares de práctica actuarial.

En el caso de que la tasa de interés técnico para el cálculo de primas, que proponga la Institución o Sociedad Mutualista, sea la regulatoria, no se requerirá justificación técnica;

**VI. Procedimientos y fundamentos de la prima de riesgo.** Se indicarán los procedimientos, fórmulas y parámetros con los que se calculará la prima de riesgo.

a) Fórmulas de primas de riesgo. Se deberá indicar en forma precisa la fórmula o procedimiento con que se calculará la prima de riesgo;

b) Fundamentos. En caso de que se proponga la aplicación de fórmulas especialmente diseñadas por el actuario, teoremas matemáticos, funciones de probabilidad, teoría de la credibilidad, o procesos estocásticos, se deberán indicar los fundamentos;

c) Parámetros. Se deberá indicar el valor y la forma de cálculo de los parámetros que formen parte de las fórmulas o procedimientos de cálculo de la prima de riesgo;

d) Deducibles, coaseguros y copagos. Deberá indicarse, en su caso, las fórmulas de cálculo o el valor de los deducibles, coaseguros o copagos que se aplicarán, así como la forma en que dichos deducibles y coaseguros se reflejarán en el cálculo de la prima de riesgo, y

e) Recargos y descuentos basados en el riesgo. Deberá indicarse y justificarse cualquier recargo o descuento que se pretenda realizar como parte de la prima de riesgo, con base en el aumento o disminución del valor esperado del riesgo, como consecuencia de una determinada circunstancia. En todos los casos se deberá, justificar el valor de los descuentos o recargos, con base en la estimación de la disminución o aumento que dicha circunstancia produce en el costo esperado del riesgo, o ante carencia de información estadística, con base en fundamentos cualitativos que expliquen claramente la influencia de dicha circunstancia en el riesgo asegurado;

**VII. Procedimientos de la prima de tarifa.** Se indicarán los procedimientos, fórmulas y parámetros con que se calculará la prima de tarifa.

a) Fórmulas de primas de tarifa. Se deberá indicar en forma precisa la fórmula o procedimiento con que se calculará la prima de tarifa;

b) Costos de administración. Se deberá indicar el valor, valores o esquema de los gastos de administración que formarán parte de la prima de tarifa;

c) Costos de adquisición. Se deberá indicar el valor, valores o esquema de los costos de adquisición que formarán parte de la prima de tarifa;

d) Margen de utilidad. Se deberá indicar el valor, valores o esquema del margen de utilidad que formarán parte de la prima de tarifa;

e) Recargos y descuentos a la prima de tarifa. Deberá indicarse cualquier recargo o descuento que se pretenda realizar a la prima de tarifa, con base en el aumento o disminución de los costos de adquisición, gastos de administración o margen de utilidad, como consecuencia de una determinada circunstancia.

No se requerirá justificación de descuentos o recargos cuando formen parte de estudios y manuales de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., que hayan sido previamente convenidos con la Comisión, o cuando se base en estudios establecidos en la regulación mexicana de seguros, y



f) Se deberá indicar cualquier otro valor considerado como parte de la prima de tarifa.

Todos los parámetros, símbolos y conceptos utilizados en la nota técnica deberán estar completamente definidos. Los símbolos, parámetros o conceptos que correspondan a valores que deban estimarse, deberán quedar definidos y expresados en términos algebraicos, con independencia de que se dé una explicación conceptual de éstos.

Los símbolos que expresen operaciones algebraicas de suma, resta, multiplicación, división, raíz, exponencial, logaritmo, derivación, integración, así como los símbolos matemáticos y actuariales, deberán expresarse con la notación comúnmente utilizada. En caso de que el actuario establezca sus propios símbolos, deberá definir el significado de los mismos, de manera que no quede sujeto a interpretaciones que puedan conducir a error, confusión o indefinición;

**VIII.** Procedimientos y fundamentos de la reserva de riesgos en curso. Se indicarán los procedimientos, fórmulas y parámetros con que se calculará la reserva de riesgos en curso por póliza.

a) En el caso de los seguros de vida, de daños y de accidentes y enfermedades con temporalidad menor o igual a un año, la reserva de riesgos en curso de cada póliza se determinará a partir de la valuación de la reserva de riesgos en curso suficiente calculada con la metodología que para tales efectos haya registrado la Institución o Sociedad Mutualista, por lo que no será necesario indicar ningún aspecto técnico relacionado con el procedimiento de valuación de reserva de riesgos en curso, salvo el valor porcentual o absoluto con que se determinará dicha porción para el cálculo de la provisión de gastos de administración que formará parte de la reserva de riesgos en curso;

b) En el caso de los seguros de vida con temporalidad superior a un año, se deberá indicar en forma específica la fórmula de cálculo de la reserva matemática, correspondiente a cada póliza. En su caso, se deberá indicar el valor de los gastos de administración que se utilizará para el cálculo de la provisión de gastos de administración que formará parte de la reserva de riesgos en curso de cada póliza. Asimismo, se deberá indicar, en su caso, el valor del costo de adquisición de primer año que se utilizará para calcular la pérdida de primer año que se aplicará al cálculo de la reserva matemática mínima de cada póliza;

c) En el caso de seguros de daños y de accidentes y enfermedades con temporalidad superior a un año, se deberá indicar el procedimiento con que se calculará la reserva de riesgos en curso de cada póliza, tomando en cuenta que en congruencia con la normativa aplicable, dicha reserva debe calcularse en función de la anualidad correspondiente al año de vigencia de la póliza, las anualidades correspondientes a años futuros y los rendimientos calculados con la tasa de interés técnico con que se haya calculado la prima, adicionando la provisión para gastos de administración que corresponda y el ajuste por suficiencia que resulte de la valuación realizada con el método registrado por la Institución o Sociedad Mutualista para tales efectos;

d) Se deberá indicar el procedimiento de cálculo de la prima diferida que se utilizará para el cálculo de la reserva matemática mínima de los seguros de vida de largo plazo, y

e) Salvo en el caso de los aspectos de reserva de riesgos en curso y reserva de dividendos que se señalan en las presentes Disposiciones, los métodos correspondientes a la reserva de siniestros ocurridos no reportados, siniestros pendientes de valuación, suficiencia de la reserva de riesgos en curso y reservas de riesgos catastróficos, deben registrar conforme a la normativa aplicable para cada una de las citadas reservas, por lo que las metodologías no deben incluirse en el contenido de la nota técnica de un producto de seguro;

**IX.** Dividendos. Se indicará la fórmula y parámetros con que se calcularán, en su caso, los dividendos, así como la fórmula de cálculo de la reserva de dividendos que habrá de formar parte de la reserva de obligaciones pendientes de cumplir;

**X.** Valores garantizados. Se indicarán las fórmulas de cálculo de los valores garantizados que se otorgarán (valor de rescate, seguro saldado y seguro prorrogado), y

**XI.** Otros aspectos técnicos relevantes. Se deberán indicar, en su caso, los siguientes aspectos técnicos relevantes:

a) En el caso de seguros de grupo y colectivos, se deberán definir los aspectos técnicos previstos en el Reglamento respectivo;

b) En los seguros en que se ofrezca el otorgamiento de rendimientos ligados a la reserva, se deberá definir el procedimiento con que serán calculados dichos rendimientos y conforme a la normativa aplicable, y

c) En el caso de seguro de salud y gastos médicos mayores, en los cuales existan coberturas sin que haya una suma asegurada que limite el monto de la responsabilidad de la aseguradora, se deberá incluir la estimación de la pérdida máxima probable (PML) por cada riesgo asegurado. La pérdida máxima probable deberá ser un valor tal, que para cada póliza o riesgo asegurado, la probabilidad de que se presente una reclamación que exceda dicho valor, se considere poco significativa. El valor de la pérdida máxima probable podrá ser determinado conforme a los procedimientos que se señalan a continuación:

1) Como el costo estimado de la reclamación que se produciría bajo el supuesto del peor escenario posible de ocurrencia de siniestro de un accidente o enfermedad, que implique la afectación de las coberturas que ampara el producto en cuestión. Dicho costo podrá ser determinado por un médico, con base en el valor teórico del costo de los servicios médicos que serían utilizados por el asegurado, para la restauración de su estado de salud. En la aplicación de este criterio se puede utilizar la evidencia empírica de casos de siniestros ocurridos en instituciones de seguros del mercado mexicano o extranjero, y

2) Como el costo estimado, mediante el siguiente procedimiento técnico:

Con la experiencia de siniestros de la propia Institución, o del mercado, se construirá la función de probabilidad acumulativa  $F(X)$ , asociada al monto de las reclamaciones individuales.

Se determinará el valor de la pérdida máxima probable como un monto  $X$  tal que, la probabilidad de que se presente una reclamación superior a dicho monto, sea menor al 2.5%, es decir:

$$PML = X \text{ tal que } 1 - F(X) \leq 0.025$$

En este caso, la Institución deberá mostrar que la estadística correspondiente a la experiencia utilizada es suficiente.

**5.1.13.** En el contenido de una nota técnica deberán aparecer asentados expresamente todos los procedimientos y parámetros utilizados. Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de mostrar la confiabilidad de procedimientos propuestos, el actuario podrá dar referencias sobre las fuentes de información utilizadas. Asimismo, podrán hacerse referencias bibliográficas con la finalidad de respaldar y fundamentar algún procedimiento, teorema o teoría especial que pretenda aplicar en el producto de seguros que somete a registro, pudiendo anexar a la nota técnica imágenes del fragmento de documento o libro al cual hace referencia.

**5.1.14.** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán registrar beneficios adicionales que se asocien a coberturas básicas registradas en otros productos de seguros, mediante solicitudes independientes remitidas en el mismo módulo de la Página Web de la Comisión, donde deberá indicarse dicha asociación. En este caso, la Institución o Sociedad Mutualista deberá adjuntar los mismos documentos señalados en la Disposición 5.1.4, que correspondan al beneficio adicional que se registra.

Podrán realizar, en un solo registro, la modificación de una nota técnica o de la documentación contractual, cuando dicha modificación sea resultado de la modificación a estas Disposiciones o de reglas de carácter general emitidas por la Secretaría, y que impliquen, de manera directa, el replanteamiento de métodos actuariales en notas técnicas o la adecuación de cláusulas de la documentación contractual. En este caso, el registro se hará mediante la sección “Registros especiales” que para tal efecto se encuentra en la Página Web de la Comisión, y deberá remitirse un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual de los productos de seguros que modifica, así como en su caso, el correspondiente dictamen jurídico.

**5.1.15.** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán elaborar, registrar y comercializar productos de seguros que consistan en agrupar e incluir en un solo contrato de seguro (producto paquete), la cobertura de riesgos que pueden corresponder a uno o más ramos u operaciones de seguro que tenga autorizada la Institución o Sociedad Mutualista. En tales casos, se deberá observar lo siguiente:

**I.** El registro se podrá efectuar utilizando notas técnicas y documentación contractual de productos previamente registrados ante la Comisión, o sometiendo las notas técnicas correspondientes a cada una de las coberturas que incluye el producto paquete y documentación contractual elaborada en forma exclusiva para el producto paquete de que se trate;

**II.** Para el registro de productos paquete, integrados por productos que se encuentran previamente registrados, se observará lo siguiente:

a) Se entenderá como productos previamente registrados, aquéllos respecto de los cuales hayan transcurrido los 30 días hábiles con que cuenta la Comisión para realizar la revisión, y no haya determinado la suspensión o no se ubiquen en el supuesto de revocación previsto en el tercer párrafo siguiente al inciso c) de la fracción II del artículo 36-D de la LGISMS;

b) En este tipo de productos, no será necesario presentar a registro las notas técnicas, en virtud de que las primas y demás elementos del producto paquete deben corresponder a las registradas en las notas técnicas de los productos previamente registrados. Por lo anterior, como parte del proceso de registro, la Institución o Sociedad Mutualista deberá indicar a través del mismo módulo de la Página Web de la Comisión, en el cual aparecerán los productos registrados de la Institución o Sociedad Mutualista, la relación de los productos que conformarán el producto paquete de que se trate;

c) Con independencia de lo anterior, se debe enviar a registro la documentación contractual consolidada que se utilizará en el producto paquete. Las diversas cláusulas de la documentación contractual consolidada deben corresponder a las establecidas en la documentación contractual de cada uno de los productos previamente registrados;

d) La documentación contractual consolidada que se utilizará en el producto paquete, debe indicar en forma precisa las condiciones contractuales que serán de aplicación general a todas las coberturas y aquellas que serán de aplicación específica a cada una de las coberturas que forman la póliza paquete, en congruencia con las condiciones generales previamente registradas;

e) Por lo que hace al dictamen jurídico, éste deberá indicar que las cláusulas de la documentación contractual consolidada, corresponden a las cláusulas de la documentación contractual de los productos previamente registrados, y

f) En estos casos no se requerirá que se incluya análisis de congruencia;

**III.** Para el registro de productos paquete integrados por productos en los que no se quiera utilizar o que no se cuente con nota técnica y documentación contractual de productos de seguros que hayan sido previamente registrados, para todas las coberturas que constituyen el producto paquete, se observará lo siguiente:

a) Deberá presentarse una nota técnica que comprenda cada una de las coberturas del producto paquete de que se trate;

b) Se deberá presentar la documentación contractual consolidada del producto paquete, que comprenda cada una de las coberturas que constituyen el producto paquete;

c) En la documentación contractual consolidada que se utilizará en el producto paquete, se deberá indicar en forma precisa las condiciones contractuales que serán de aplicación general a todas las coberturas y aquellas que serán de aplicación específica a cada una de las coberturas del producto paquete;

d) El análisis de congruencia y el dictamen jurídico deberán realizarse en los mismos términos que para el registro de productos no considerados como productos paquete, y se presentarán al momento del registro, y

e) La nota técnica y el análisis de congruencia deberán ser firmados electrónicamente, por cada uno de los actuarios certificados o acreditados ante la Comisión, para la elaboración de notas técnicas de seguros de vida, daños o accidentes y enfermedades, en función de las operaciones de seguros a que correspondan los riesgos cubiertos en el producto paquete. Para la firma electrónica del producto paquete, por más de un actuario, se deberá proceder en los términos establecidos en el “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”;

**IV.** Tratándose de productos paquete integrados por productos de seguros que se encuentran previamente registrados, en caso de que alguna de las notas técnicas o documentación contractual previamente registradas en que se basaron, sean modificadas y sustituidas, la Institución o Sociedad Mutualista deberá proceder en forma inmediata a realizar la actualización y sustitución del registro del producto paquete respectivo. En caso de que la Institución o Sociedad Mutualista no haga la actualización mencionada, el producto paquete de que se trate se considerará revocado, y

**V.** Para el registro de productos paquete se deberá observar lo dispuesto en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”, señalado en la Disposición 5.1.3.

**5.1.16.** En el caso de las Instituciones especializadas en salud, se entenderá por contrato tipo, aquél que, elaborado por las Instituciones en términos generales, se suscriba en la misma forma y condiciones con sus prestadores de servicios, los cuales deberán indicar claramente sus alcances y efectos legales. Las Instituciones deberán conservar los contratos que celebren con terceros para la prestación de los servicios y deberán presentarlos o proporcionarlos a la Comisión cuando los solicite.

**5.1.17.** Conforme a lo establecido en el artículo 36-D de la LGISMS, no requerirán registro los siguientes productos de seguros que se formalicen a través de contratos de no adhesión:

**I.** Los que por su naturaleza técnica o características especiales, impliquen que la Institución adopte las tarifas y condiciones de aseguramiento de los reaseguradores, y

**II.** Para el caso de seguros distintos a los colectivos, de grupo, o de venta masiva, aquellos que cumplan con lo siguiente en todo momento:

a) Tratándose de seguros de vida, aquéllos cuya prima directa anual pactada sea por un monto menor al 5% de la reserva de riesgos en curso del ramo al cierre del ejercicio inmediato anterior y cuya suma asegurada no se traduzca en un incremento en el requerimiento bruto de solvencia igual o mayor al 1%;

b) Tratándose de seguros de accidentes y enfermedades, aquéllos cuya prima directa anual pactada sea por un monto menor al 5% de las primas directas del ramo del ejercicio inmediato anterior y, para el caso de accidentes personales, que

no se traduzca en un incremento en el requerimiento bruto de solvencia igual o mayor al 1%, y

c) Tratándose de seguros de daños, aquéllos cuya prima directa anual pactada sea por un monto menor al 5% de las primas directas del ramo del ejercicio inmediato anterior.

Con independencia de lo anterior, para efectos de inspección y vigilancia, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener en sus archivos, las notas técnicas y documentación contractual correspondientes a los productos de seguros señalados en la presente Disposición.

**5.1.18.** La documentación contractual de los productos de seguros que se sometan a registro deberá comprender lo siguiente:

**I.** Respecto a los modelos de los contratos de adhesión y las cláusulas adicionales independientes, se deberán presentar los documentos que formen parte de los mismos y que sean necesarios para su operación. Estos documentos comprenden: solicitudes, carátulas, certificados, consentimientos, cuestionarios, recibos de pago de primas y todos aquellos que deban ser firmados por el contratante o asegurado;

**II.** En los seguros de Vida y de Accidentes y Enfermedades que contengan el rubro para hacer la designación de beneficiarios, se deberá incluir un texto de advertencia en los siguientes términos:

“Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

“Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”;

**III.** En los seguros de deudores, que se contratan a instancia de los acreditantes para que les sea cubierto el saldo insoluto del crédito al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total permanente de los acreditados asegurados, deberán observar lo siguiente:

a) En las pólizas se deberá indicar las formas en que el acreditado asegurado recibirá una copia de la póliza o certificado del seguro, así como la descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas;

b) Insertar en las pólizas y certificados de seguros en los que la suma asegurada convenida se fije en una cantidad líquida, ajustable conforme a algún indicador o no, cláusulas en las cuales con claridad se establezca:

1) Que la designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida, y

2) Que si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda, y

c) Insertar, tanto en las pólizas y certificados a que se refiere el inciso b) precedente, como en los que se convenga que la suma asegurada será una cantidad equivalente al saldo insoluto sin fijar una cantidad líquida, cláusulas en las que con claridad se establezca:

1) Que el acreditado asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro, el importe del saldo insoluto amparado por el seguro, más sus accesorios;

2) Que el asegurador se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, y

3) Que el acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio al asegurador para que éste, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente;

**IV.** En los seguros de gastos médicos mayores, se deberán incluir los criterios que a continuación se indican:

a) Deberán señalar a los contratantes dentro del texto de las pólizas correspondientes, en todos los contratos individuales o colectivos de nueva emisión, la secuencia en la que se aplicarán el deducible y coaseguro, en combinación con la suma asegurada, al momento de pagar un siniestro;

b) En los seguros colectivos con experiencia propia correspondientes a pólizas de nueva vigencia, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán, en su caso, registrar ante la Comisión, para sus contratos de adhesión, un endoso en el que se establezca que en caso de que no se efectúe la renovación de la póliza con la misma aseguradora, se limitará la obligación de ésta al pago de las reclamaciones iniciales o complementarias correspondientes a erogaciones por concepto de gastos médicos cubiertos, efectuadas por el asegurado con anterioridad al término de la vigencia de la póliza, quedando únicamente en este caso excluidas las erogaciones realizadas con fecha posterior a dicha vigencia;

El apartado anterior, quedará condicionado al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1) En el texto de la póliza se deberán manifestar las implicaciones económicas que puedan resultar para los asegurados, como consecuencia de la decisión del contratante de cambiar el seguro de una Institución a otra, y

2) El requisito mencionado en el inciso 1) anterior, se deberá hacer del conocimiento de los asegurados, por escrito, a través de los certificados individuales que se les otorguen, y

c) La obligación de insertar las manifestaciones a que se refiere el punto b) anterior, se hará extensiva a aquellos contratos de libre negociación que, conforme a la ley, no requieren el registro de la Comisión;

**V.** Toda vez que la obligación de pago de la indemnización no está sujeta a condición alguna, las Instituciones y Sociedades Mutualistas que proporcionen cobertura de Responsabilidad Civil a Vehículos, con aplicación de deducible, deberán responder por los daños que ocasionen los mismos, sin condicionar al pago previo de deducibles;

**VI.** En las pólizas, endosos, cláusulas adicionales y demás documentación contractual en que se establezcan exclusiones, la tipografía a utilizar en las mismas no deberá ser inferior a 12 puntos en negritas;

**VII.** Con el fin de aclarar al solicitante del seguro que el solo hecho de la suscripción de la solicitud y su entrega al agente de seguros o a la Institución o Sociedad Mutualista, no son garantía de que esta última acepte celebrar el contrato o los términos propuestos, salvo que garantice la aceptación de la solicitud, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán incluir en todos los formularios de solicitudes de seguro o de cobertura, el siguiente texto, el cual no deberá ser inferior a 12 puntos en negritas:

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”;

**VIII.** Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 41, fracción I, inciso a), de la LGISMS, en el caso de productos de seguros con componentes de ahorro que generen una reserva en la que se contemple el acreditamiento de rendimientos producidos por la inversión, se deberá presentar para registro, como parte de la

documentación contractual del producto de seguros, un programa de capacitación especializada que contemple el marco jurídico y regulatorio en la materia, así como las características y aspectos técnicos del producto, que se aplicará a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la promoción o venta del producto de seguro de que se trate, el cual podrá quedar excluido de la póliza que la Institución entregue al asegurado o contratante. Los programas de capacitación deberán contemplar un temario, en el cual se incluya el contenido por unidad, módulo y tema;

**IX.** Todos los documentos señalados en la presente Disposición deberán presentarse en un solo archivo de formato PDF.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán solicitar el registro de cláusulas de carácter general o formatos, entendiéndose como tales, aquellas que pretendan añadirse a toda una operación o ramo y cuya incorporación no tenga repercusiones en las notas técnicas correspondientes, a través de la opción “cláusulas generales” del módulo de registro de productos. En este caso, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán remitir, en adición a la cláusula o formato de carácter general, el dictamen jurídico y el análisis de congruencia a los que se refieren las fracciones III y IV de la Disposición 5.1.4, en formato PDF, respectivamente, y

**X.** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán cuidar que la documentación que se presente, reúna los siguientes requisitos:

- a) Esté redactada en idioma español y con caracteres legibles a simple vista;
- b) No contenga estipulaciones que se opongan a lo previsto en las disposiciones legales que le son aplicables y que no establezca obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para los contratantes, asegurados o beneficiarios;
- c) Establezca el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios;
- d) Incluya los aspectos y cláusulas necesarias conforme a las presentes Disposiciones y las demás disposiciones legales aplicables, y
- e) Concuere plenamente con la nota técnica en los términos de la Disposición 5.1.21.

**5.1.19.** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán consignar en la carátula de la póliza, formato de solicitud, folleto explicativo, en su caso, en la última página de las condiciones generales, certificados y endosos, que el producto de seguros que ofrece al público se encuentra registrado ante la Comisión, mediante la inclusión de la siguiente leyenda, la cual deberá presentarse ante la Comisión para efectos de registro:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_".

Tratándose de registros bajo la opción “cláusulas generales” en los términos de la fracción I de la Disposición 5.1.18, la leyenda de que se trata deberá omitir la referencia a la nota técnica, sin menoscabo de que ésta se incorpore en la impresión de las referidas cláusulas, únicamente cuando se haga del conocimiento del asegurado o contratante mediante endoso.

**5.1.20.** Quien suscriba el dictamen jurídico a que hace referencia el artículo 36-D, fracción I, inciso c), de la LGISMS, deberá contar con registro de dictaminador jurídico otorgado por la Comisión, para lo cual será necesario que proporcione todos los datos personales solicitados y suscriba con firma autógrafa el Formato Solicitud de Registro de Dictaminadores Jurídicos que aparece en la Página Web de la Comisión.

Posteriormente, en dicha Página Web, el solicitante deberá acceder al sistema de “Citas y Registro de Personas”, en la opción “Registro de Dictaminadores Jurídicos”, a

efecto de incorporar la información que le será requerida para obtener una cita en la fecha y hora disponible que elija el profesionista interesado.

El solicitante deberá presentarse, en la fecha y hora que haya registrado el sistema de "Citas y Registro de Personas", en la Dirección de Contratación de la Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 1 Sur, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, 01020 México, D.F., y entregar en original y copia simple para acuse de recibo, el Formato Solicitud referido ante el servidor público designado por la Dirección General Jurídica Consultiva y de Intermediarios de la Comisión, para recibir y verificar la documentación soporte de su solicitud, así como, en su caso, llevar a cabo la entrega del oficio de registro de dictaminador jurídico.

El oficio de registro, será entregado al solicitante, previo acuse de recibo, siempre y cuando dé cumplimiento a los requisitos y documentación a que se refiere la presente Disposición.

En caso de que el solicitante obtenga su registro como dictaminador jurídico, sus datos personales serán protegidos e incorporados en el sistema de datos personales del registro de dictaminadores jurídicos de la Comisión y se tendrá por aceptado el uso de medios electrónicos, en el entendido de que las comunicaciones electrónicas que se generen entre la Comisión y el dictaminador jurídico, producirán los mismos efectos que las leyes le otorgan a esa clase de comunicaciones.

Para los efectos del párrafo anterior, el solicitante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- I. Contar con título de licenciado en derecho o su equivalente, así como con la cédula profesional correspondiente, y enviar en un archivo en formato PDF, a través del referido sistema de "Citas y Registro de Personas", en la opción de "Registro de Dictaminadores Jurídicos", copia escaneada de esta última, a fin de que la Comisión lleve a cabo la verificación de sus datos en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública;
- II. Contar por lo menos con 5 años de experiencia en la formulación de contratos de seguro o en la aplicación de la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás disposiciones legales y administrativas relacionadas con las operaciones de seguros.

Para acreditar este requisito, el solicitante deberá agregar en el sistema de "Citas y Registro de Personas" su currículum vitae, en el que, entre otros aspectos, se precisen las actividades realizadas por cuenta propia, o bien, en su calidad de empleado de instituciones públicas o privadas, que avalen su experiencia, indicando las fechas en la realización de dichas actividades.

En el caso de las actividades realizadas por cuenta propia, y para efectos de acreditar lo asentado en el currículum vitae de referencia, el solicitante deberá exhibir ante el servidor público designado por la Comisión, copia certificada de poderes notariales otorgados a su favor, de lo cual pueda inferirse la experiencia profesional requerida (con una copia simple para su cotejo y devolución al interesado).

Por lo que se refiere a las actividades realizadas como empleado de instituciones públicas o privadas, y para efectos de acreditar lo asentado en el currículum vitae de referencia, el solicitante deberá adjuntar en el mencionado sistema, en un archivo en formato PDF, copia de los nombramientos o cargos por él ocupados, o bien, constancias de servicios firmados por el área de recursos humanos de la institución correspondiente, los cuales sean indubitables para comprobar la experiencia profesional necesaria.

La Comisión tomará en cuenta todos aquellos documentos que el solicitante aporte y que permitan demostrar que cuenta con los conocimientos teóricos requeridos en materia de seguros, tales como: participación en cursos, conferencias, seminarios nacionales o internacionales, congresos, etc.; así como la documentación que avale la experiencia del solicitante, como cartas expedidas por instituciones u otro tipo de documentos. Esta información también deberá anexarse en un archivo en formato PDF en el multicitado sistema de "Citas y Registro de Personas";

- III. Ser profesionista independiente de la Institución o Sociedad Mutualista de que se trate, o bien, desempeñar el cargo de Director Jurídico o su equivalente, o el cargo



jerárquico inmediato inferior a éste en la Institución o Sociedad Mutualista para la que pretende dictaminar.

Si el solicitante expresa que actualmente se desempeña como empleado de una Institución o Sociedad Mutualista, o tal situación se desprende del currículum vitae presentado, podrá anexarse en un archivo en formato PDF copia del nombramiento o cargo, o bien, de la constancia de servicios que acredite su nivel de Director Jurídico o equivalente o, en su caso, del cargo jerárquico inmediato inferior a éste. Si no existieren estos nombramientos o si de la constancia de servicios no pudiera desprenderse con toda claridad dichos niveles, podrá admitirse en un archivo en formato PDF copia de la constancia emitida por el área de recursos humanos de la Institución o Sociedad Mutualista correspondiente, y

**IV.** Contar con su Clave Unica de Registro Poblacional (CURP) y Registro Federal de Contribuyentes (RFC), de los cuales se deberá acompañar copia simple y anexarse en un archivo en formato PDF en el sistema de "Citas y Registro de Personas."

Cuando no se acredite alguno o algunos de los requisitos antes señalados, la Comisión girará oficio de prevención al interesado por una sola vez, el cual será entregado en el domicilio que haya proporcionado en el sistema de "Citas y Registro de Personas", dentro de los diez días hábiles siguientes a aquél en que se haya recibido la respectiva solicitud de cita, a fin de que el interesado remita, dentro del plazo de tres días hábiles siguientes al de la recepción del citado oficio, los documentos necesarios para subsanar la deficiencia de su solicitud y, en su caso, se emita el oficio de registro.

Si el interesado no remite los documentos requeridos en dicho plazo, la Comisión desechará su solicitud de registro, mediante oficio que se entregará en el domicilio que se haya proporcionado en el sistema de "Citas y Registro de Personas".

El registro como dictaminador jurídico tendrá una vigencia de tres años y podrá refrendarse por períodos iguales mediante el Formato de Solicitud de Refrendo del interesado, siempre y cuando la misma sea recibida en la Comisión, cuando menos con treinta días hábiles de anticipación a la fecha en que concluya la vigencia del registro, a través del sistema de "Citas y Registro de Personas", en la opción "Refrendo de Dictaminadores Jurídicos". En el caso de que dicha solicitud se presente de manera extemporánea, la Comisión desechará la petición, debiendo el interesado solicitar nuevamente su registro como dictaminador jurídico, y cumplir con los requisitos que al efecto se establecen en la presente Disposición.

Concluida la vigencia del registro como dictaminador jurídico, sin que se haya solicitado el refrendo correspondiente ante la Comisión dentro de un periodo máximo de seis meses, el interesado deberá acreditar nuevamente la actualización de sus conocimientos teóricos en materia de seguros, conforme a lo señalado en el último párrafo de la fracción II anterior.

Derivado de la solicitud de refrendo, y si el dictaminador jurídico no ha incurrido de manera grave o reiterada en infracciones a la LGISMS o a las disposiciones de carácter general que de ella deriven, la Comisión otorgará el refrendo respectivo, a través de oficio dirigido al correo electrónico que se haya proporcionado en el sistema de "Citas y Registro de Personas".

Los dictaminadores jurídicos que no se hayan registrado u obtenido su refrendo, de registro de conformidad con lo señalado en esta Disposición, deberán presentar de manera personal, en el domicilio indicado en el tercer párrafo de la presente Disposición, en la fecha y hora de la cita que obtengan a través del referido Sistema de Citas y Registro de Personas, original y copia simple para acuse de recibo, del Formato Solicitud ubicado en la opción "Refrendo de Dictaminadores Jurídicos", ante el servidor público designado por la Dirección General Jurídica Consultiva y de Intermediarios de la Comisión, para llevar a cabo la entrega del oficio de refrendo.

Las solicitudes de registro, refrendo, constancias, identificaciones oficiales y demás documentos presentados tanto en forma electrónica como físicamente, que contengan alteraciones, raspaduras o enmendaduras, no tendrán validez alguna.

**5.1.21.** Para efecto de la elaboración del análisis de congruencia al que se refiere el artículo 36-D de la LGISMS, el actuario y el abogado de la Institución que suscriban dicho análisis, deberán verificar que las obligaciones asumidas en las condiciones contractuales del producto de seguros, se encuentren fielmente respaldadas mediante los | descritos en la nota técnica correspondiente.

Adicionalmente, el referido análisis deberá detallar los aspectos contractuales más relevantes, que a juicio del actuario y del abogado repercutan en el diseño técnico del producto, y viceversa.

**5.1.22.** En los casos que proceda la suspensión del producto de seguros, en términos de lo establecido por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la LGISMS, así como de las presentes Disposiciones, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, deberán dentro de un plazo máximo de cinco días hábiles a partir de aquél en el que fue notificada la suspensión de referencia, dejar de ofrecer y contratar el producto correspondiente, hasta en tanto se integre la nota técnica o la documentación contractual correspondiente conforme a los preceptos legales antes citados y estas Disposiciones.

Cuando un producto sea suspendido, la Institución contará con un plazo de 60 días hábiles a partir de la notificación del oficio de suspensión, para realizar la corrección de las irregularidades que dieron origen a la suspensión. Dicho plazo solamente se suspenderá a partir de la fecha en que las Instituciones y Sociedades Mutualistas restablezcan el registro del producto suspendido, por considerar que han integrado la nota técnica o la documentación contractual conforme a lo indicado por la Comisión y en consecuencia podrán ofrecer y contratar el producto de seguro correspondiente.

No obstante lo anterior, para los efectos de la revocación del producto de que se trate, en caso de que la Comisión determine que la Institución o Sociedad Mutualista no ha subsanado las observaciones que motivaron la suspensión del producto, ésta podrá suspenderlo nuevamente, y el cómputo del plazo de 60 días se reanudará a partir del día en que sea notificada la subsecuente suspensión.

En caso de que se suspenda un producto sometido a registro que sustituyó a otro previamente registrado, el producto sustituido se entenderá rehabilitado automáticamente y podrá ofrecerse al público en tanto la Institución o Sociedad Mutualista remita el producto suspendido con las correcciones pertinentes.

Para efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como productos previamente registrados, aquéllos respecto de los cuales hayan transcurrido los 30 días hábiles con que cuenta la Comisión para realizar la revisión, y no haya determinado la suspensión o no se ubiquen en el supuesto de revocación previsto en el tercer párrafo siguiente al inciso c) de la fracción II del artículo 36-D de la LGISMS.

**5.1.23.** Tratándose del registro de los microseguros a que se refiere la fracción IV de la Disposición 5.1.2, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán, además de cumplir con las Disposiciones establecidas en las presentes Disposiciones, observar lo siguiente:

I. En la nota técnica y en la documentación contractual:

a) Para el caso de seguros de personas, cuando se trate del seguro individual, deberán considerar una suma asegurada que no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, con independencia del período de pagos, y en el seguro de grupo o colectivo, una suma asegurada que corresponda a cada integrante del grupo o colectividad asegurada, que no podrá ser superior a 3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, con independencia del período de pagos;

b) Para el caso de seguros de daños, deberán considerar una prima mensual correspondiente al riesgo asegurado, que no podrá ser superior a 1.5 días del

salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, con independencia del período de pagos;

c) Deberán formalizarse a través de contratos de adhesión, ya sean productos de seguros individuales, colectivos o de grupo;

d) No deberán establecer el pago de dividendos, y

e) No deberán establecer pagos de deducibles, copagos, franquicias o cualquier otra forma de participación del asegurado o sus beneficiarios en el costo del siniestro o servicio, y

**II.** La documentación contractual deberá contener, además, lo siguiente:

a) Una redacción clara, precisa y sencilla de la póliza, y en su caso, del certificado individual, evitando la utilización de términos especializados y estableciendo condiciones simplificadas;

b) Las cláusulas obligatorias previstas en las disposiciones legales y administrativas vigentes, transcribiendo además las que a continuación se indican:

1) “Competencia. En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF”, y

2) “Indemnización por Mora. En caso de mora, la institución de seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)”;

c) Lo previsto en la fracción II de la Disposición 5.1.18, para estos productos de seguros deberá establecerse en los siguientes términos: “ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre beneficiarios a menores de edad, NO SE DEBE señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización”;

d) Una cláusula que señale el plazo de prescripción que corresponda conforme al artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro;

e) Las exclusiones que en su caso se establezcan, deberán ser generales y no guardar relación con el riesgo individualizado;

f) En los seguros que amparen el riesgo de muerte, el consentimiento por escrito para ser asegurado y la designación de beneficiarios;

g) Para los seguros de personas, la vigencia de la póliza será anual con renovación automática, y solamente se podrá cancelar por aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la prima. La vigencia de la póliza podrá ser menor a un año, cuando se trate de:

1) Seguros de deudores para cubrir el saldo insoluto de créditos;

2) Seguros cuyo pago de prima esté ligado a los flujos de pago de créditos;

3) Seguros cuyo pago de prima se realice junto con pagos periódicos de servicios o de productos adquiridos a plazo, y

4) Seguros cuyo pago de primas se efectúe con recursos provenientes de apoyos sociales de carácter gubernamental;

h) Mecanismos simplificados para el cobro de la prima;

i) Período de gracia de treinta días naturales para el pago de la prima; en el caso de seguros con periodicidad menor a un año, dicho período de gracia podrá ajustarse proporcionalmente a la vigencia de la póliza;

j) Procedimiento simplificado para la reclamación y pago de la indemnización, la cual deberá efectuarse dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente integrada;

k) El señalamiento de que el comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato en los términos que se establezcan en el propio contrato, póliza o certificado;

l) La indicación de que en los casos de seguros individuales se entregará al asegurado un ejemplar de la póliza y de las condiciones generales, y para el caso de los seguros colectivos o de grupo, se entregarán certificados a cada uno de los asegurados, y

- m) La póliza o certificado, contendrá los siguientes datos:
- 1) Nombre, teléfono y domicilio de la Institución o Sociedad Mutualista;
  - 2) Firma de funcionario autorizado de la Institución o Sociedad Mutualista;
  - 3) Operación y ramo del seguro, número de la póliza y/o del certificado;
  - 4) Nombre del contratante;
  - 5) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado, para el caso de seguros de personas;
  - 6) Fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o del certificado;
  - 7) Detalle de las coberturas del producto de seguro y en su caso exclusiones generales;
  - 8) Forma, plazo y comprobación del pago de la prima;
  - 9) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
  - 10) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación, y
  - 11) Procedimiento de reclamación y pago de la indemnización, y
- n) El formulario de ofertas que suministre la Institución o Sociedad Mutualista deberá:
- 1) Indicar que se trata de un contrato de adhesión registrado como microseguro ante la Comisión;
  - 2) Señalar el número de registro del producto;
  - 3) Contener un extracto de las principales condiciones generales, dentro de las cuales deberán incluirse las exclusiones del seguro;
  - 4) Señalar la forma en que el proponente podrá consultar las condiciones generales, y
  - 5) Indicar la manera en que la Institución o Sociedad Mutualista entregará las referidas condiciones generales de la póliza.

**5.1.24.** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener un tanto impreso, filmado o grabado en medios magnéticos u ópticos, de las notas técnicas y documentación contractual de los planes en vigor que hayan sido registrados con anterioridad al 17 de julio de 2002.

## **CAPITULO 5.2.**

### **DE LOS ESTANDARES DE PRACTICA ACTUARIAL QUE DEBERAN APLICARSE PARA LA ELABORACION DE NOTAS TECNICAS**

Para efectos de lo dispuesto en el inciso b) de la fracción I del artículo 36-D de la LGISMS:

5.2.1. En la elaboración de las notas técnicas de productos de seguros, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, además de observar lo previsto en las disposiciones legales y administrativas aplicables, deberán apegarse a los siguientes estándares de práctica actuarial:

- I.** Cálculo actuarial de la prima de tarifa para los seguros de corto plazo (vida y no-vida), que se presenta en el Anexo 5.2.1-a;
- II.** Cálculo actuarial de la reserva de riesgos en curso para los seguros de corto plazo (vida y no-vida), que se presenta en el Anexo 7.7.1;
- III.** Cálculo actuarial de la prima de tarifa para los seguros de largo plazo, que se presenta en el Anexo 5.2.1-b, y
- IV.** Valuación actuarial de la reserva de riesgos en curso de los seguros de largo plazo, que se presenta en el Anexo 7.7.1.

## **REGLAS PARA LA OPERACION Y DESARROLLO DEL RAMO DE SALUD**

En este apartado se mencionarán las principales características de las reglas del seguro de salud, el cual fue dado a conocer en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Mayo del 2010.

### **BASES DE OPERACIÓN**

El Gobierno Federal en su Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012, se ha planteado iniciativas gubernamentales para ampliar las áreas de participación de los seguros en la economía y que estimulen una mayor adquisición de los mismos; con estrategias y acciones que implemente la propia industria aseguradora para ampliar el entendimiento entre la población del mecanismo de compensación que representan los seguros entre la población; y también con una mayor cultura de prevención de riesgos y aseguramiento en México.

Debido a lo anterior la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) ha tenido diversas modificaciones a fin de adecuar sus disposiciones conforme a la evolución del sector financiero del país, dentro del cual la actividad aseguradora tiene una relevante participación.

El artículo 7 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros prevé la emisión de las presentes reglas, al establecer que la operación y desarrollo del ramo de salud se sujetará a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud.

En las modificaciones a la ley se reconoce la importancia que representa para el país el hecho de que un mayor número de mexicanos cuenta con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes a los que están expuestos, por lo cual la operación de seguros de accidentes y enfermedades se dividió en los ramos de: Accidentes personales, Gastos Médicos y Salud.

En las presentes reglas se considera la congruencia con uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud el cual consiste en garantizar, en este caso que las Instituciones de Seguros Especializadas en el ramo de salud la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas.

Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) estarán facultadas para operar seguros que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir ó restaurar la salud del usuario ya sea de forma directa con recursos e instalaciones propios, mediante terceros ó la combinación de ambos.

Para efectos de las reglas de operación se entiende por prevenir las acciones para fomentar la salud, así como disminuir o eliminar riesgos a la salud, dar seguimiento a la salud de los usuarios-asegurados, prevenir el surgimiento de enfermedades con base a factores de riesgo epidemiológico,

Se entiende por restaurar la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud del usuario-asegurado.

La Secretaria de Hacienda y Crédito Público será la encargada de autorizar la operación de la ISES, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se encargará de la parte administrativa de las reglas de operación y la Secretaria de Salud de lo referente a la materia de salud, es decir, sobre los servicios y productos de salud, materia de los contratos de seguros privados que celebren.

.La práctica del ramo de salud presenta características distintas a las de los otros dos ramos de la operación de accidentes y enfermedades (Gastos Médicos y Accidentes personales) por lo siguiente:

- El objetivo del ramo de salud es mantener la salud del asegurado mediante acciones de prevención y restauración.
- El objeto de los seguros privados del ramo de salud es prestar servicios mediante la administración y articulación de recursos propios o contratados con terceros prestadores ó una combinación de ambos a diferencia de los otros ramos cuyo propósito es el cubrir o reembolsar los gastos necesarios en los que incurre el asegurado y
- Contempla los servicios dirigidos a prevenir la salud de los asegurados mediante acciones de fomento a través de la detección temprana de enfermedades.

### **REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN**

La constitución de la ISES se sujetará a lo previsto en el art. 16 de la LGISMS. Para poder iniciar operaciones la ISES deberá contar con la siguiente información:

- La solicitud de autorización para operar el ramo de salud, además deberá explicar la forma y términos en los que prevé prestar los servicios, especificando los recursos que empleará para la prestación del servicio.
- Mecanismo que la ISES empleará para cumplir con la responsabilidad civil, en que pudiera incurrir en el desempeño de sus actividades.
- Presentar el dictamen provisional expedido por la Secretaria de Salud.

Una vez obtenida la autorización por parte de la Secretaria de Salud la ISES no podrá iniciar operaciones hasta que cuente con el dictamen favorable por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) como resultado de la visita de inspección que se le practique para evaluar que cuenta con los sistemas necesarios para brindar los servicios de su objeto social.

### **CAPITAL MINIMO PAGADO**

En base al artículo 29 fracción I de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y al reglamento del seguro de salud, la ISES deberá contar con un capital mínimo pagado cuyo monto deberá ser en UDIS. Será determinado por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público durante el primer trimestre de cada año y deberá estar suscrito y apagado a más tardar el 30 de junio de cada año. En el diario oficial de la federación del 31 de marzo del 2011 se publico que en el ramo de Salud y Gastos Médicos el monto a pagar en el presente año fue de 1'704,243 UDIS.

Si el capital social excede del capital mínimo pagado, deberá estar pagado cuando menos en un 50%, siempre que la aplicación de este porcentaje no resulte menor al mínimo establecido, debido a que si pasa esto podría suceder que las obligaciones futuras de la compañía fueran superiores al capital del cual dispone.

### **DICTAMENES PROVISIONAL, DEFINITIVO Y ANUAL.**

La Secretaria de Salud está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia sobre los productos y servicios de salud que presten las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Asimismo está facultada para emitir dictámenes (provisional, definitivo y anual) a través de los cuales hace constar que la

institución de seguros cuenta con los elementos para ofrecer estándares de calidad en materia de salud.

Los dictámenes deben de cumplir con lo siguiente:

1) Que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros ó la combinación de ambos sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar, considerando una proyección de tres años.

2) Que los contratos ó convenios realizados con terceros para la prestación de servicios en el ramo de salud, garanticen una oferta adecuada en cuanto a la calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica para el cumplimiento con los asegurados.

3) Que cuente y cumpla en forma adecuada con su programa de control de la utilización de los servicios médicos.

4) Que cuente con los mecanismos necesarios para comunicar a los asegurados de los cambios en la infraestructura e instalaciones para prestar los servicios de salud.

5) Cuando la prestación de los servicios ofrecidos se realice con recursos propios las ISES deberán cumplir con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia.

6) Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, las ISES deberán establecer en éstos la obligación de cumplir con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y la LGISMS.

7) Que los profesionales de la salud que presten los servicios de salud cuenten con cédula profesional, en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener dicha certificación vigente y pertenecer a alguno de los colegios de profesionales.

8) Que la infraestructura hospitalaria, cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General.

9) Que en los productos de salud que comercialicen las ISES, se basen en el juicio clínico del médico siempre y cuando se fundamente en la ética médica.

10) Que las ISES cuenten con productos de salud que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus usuarios-asegurados.

11) Que cuenten con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados.

12) Que cuenten con un programa para la mejora continua en la prestación de los servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención.

13) Que las ISES cuenten con los manuales de organización y procedimiento respecto de las prestaciones de servicios de salud que ofrecen.

14) Que las ISES, en la prestación directa de los servicios médicos derivados de los contratos de seguros, establezcan la obligación de preservar los derechos de los usuarios en los siguientes términos:

- a) Los asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso libre a los servicios.
- b) En todo momento el paciente deberá ser tratado con respeto y dignidad.
- c) Los servicios proporcionados deberán tener privacidad y la información de los mismos será confidencial.
- d) Se le debe brindar, durante la atención, seguridad tanto al paciente como a sus acompañantes.
- e) Que los servidores de la salud que atienden tengan identidad y grado de preparación.
- f) Los asegurados estarán informados en todo momento sobre su padecimiento, métodos, diagnósticos, riesgos, así como los beneficios y alternativas que se ofrecen.
- g) Se podrá comunicar en todo momento con sus familiares.
- h) El asegurado dará su consentimiento si decide sujetarse a procedimientos que impliquen riesgo.
- i) Tendrá derecho a solicitar otros puntos de vista.
- j) Tendrá derecho a negarse a que le practiquen algún tipo de tratamiento.
- k) Tendrá derecho a seleccionar el médico y hospital según lo dispuesto en el contrato.

Estos dictámenes son emitidos por la Secretaría de Salud para corroborar que las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) cumplen con los elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud que se deriven de los contratos de seguros y que constituyen requisitos indispensables para poder recibir y mantener la autorización de la Secretaría para operar.

Una vez que se reciba la autorización la ISES tendrá 90 días naturales según el artículo 75 fracción II inciso a) de la LGISMS para presentar el dictamen definitivo expedido por la secretaria de salud, de no hacerlo se iniciará la revocación de la autorización.

### **CONTRALOR MEDICO**

Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) además de su área médica deberán contar con un Contralor Médico, el cual será el encargado de vigilar que los funcionarios y empleados de las ISES cumplan con la normativa externa e interna en materia de prestación de servicios médicos que sea aplicable.

El contralor Médico será nombrado por el consejo de administración de la ISES y ratificado por la Secretaría de Salud. Dicho consejo podrá nombrar ó destituir, pero para ello deberán notificar a la Secretaría de Salud y a la Comisión dentro de los diez días hábiles siguientes a dicho acto. En un informe se deberán exponer las razones por las cuales el consejo de administración adoptó esa decisión, sin ser esto motivo de que se cuestione la decisión del consejo.

El Contralor será independiente del área médica y dependerá únicamente del consejo de administración y, en su caso, de la asamblea de accionistas, sin poder estar subordinado a ningún otro órgano social ni funcionario de la ISES. Este Contará con el nivel de Director ó gerente debido a la naturaleza de su cargo y asistirá a las sesiones del mismo, en el cual participara en todo caso con voz pero sin voto.



Las actividades que el Contralor Médico realizara son las siguientes:

- 1) Vigilar que la integración de la red de prestadores de atención médica cumpla con los requisitos establecidos en estas reglas.
- 2) Vigilar el funcionamiento correcto de la red de servicios médicos de la ISES a fin de que su cobertura sea apropiada y adecuada a las necesidades del asegurado.
- 3) Validar los servicios médicos que se contraten con los prestadores de servicios de las ISES.
- 4) Vigilar el cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos de las ISES, de las guías clínicas o protocolos médicos y de la prestación de los servicios médicos.
- 5) Vigilar el cumplimiento de las políticas y procedimientos que defina la ISES para garantizar los servicios ofrecidos en los diferentes planes de los asegurados.
- 6) Vigilar que la capacidad de los prestadores y la infraestructura de las ISES, sea suficiente para dar el servicio contratado por los asegurados.
- 7) Vigilar el cumplimiento del programa de mejoramiento continuo en la prestación de servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención definido por la ISES.
- 8) Conocer los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la Secretaría de Salud.
- 9) Vigilar el cumplimiento de las presentes reglas en materia de salud.
- 10) Formular recomendaciones para la autocorrección de desviaciones en la prestación de los servicios de salud, y especificar el plazo para su corrección e informar al Consejo de Administración de la misma.
- 11) Vigilar la recepción, seguimiento y resolución, de las controversias médicas presentadas.
- 12) Vigilar que en la ISES el juicio clínico del médico se salvaguarde durante su práctica, siempre y cuando se base en evidencias y en la ética médica.
- 13) Informar de sus obligaciones cuatrimestralmente a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la secretaria de Salud.

Dado que dicho puesto es clave debido a que es en gran parte responsable de que el dictamen que expide la Secretaria de Salud sea favorable o no, los requisitos para poder ser Contralor Médico son los siguientes:

1. Ser médico o en su caso odontólogo que cuente con cédula profesional, que emita la Secretaría de Educación Pública.
2. Acreditar solvencia moral, así como especialidad clínica con certificación vigente o demostrada capacidad técnica y administrativa en servicios de salud mediante los estudios correspondientes y, en ambos casos, experiencia profesional con un mínimo de cinco años.

3. No haber sido condenado por delito que merezca pena privativa de la libertad o por delitos patrimoniales, intencionales o relacionados con su actividad médica.
4. No haber sido sentenciado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
5. No ser cónyuge o tener relación de parentesco por afinidad, civil o consanguíneo dentro del segundo grado o algún vínculo de relación laboral o profesional con:
  - a) Los accionistas de control de la ISES.
  - b) El director general de la ISES o los funcionarios que ocupen los dos niveles inmediatos inferiores a éste.
  - c) Los accionistas de control de los prestadores de la ISES.
  - d) Los funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los prestadores de la ISES cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los planes ofrecidos a la población asegurada.
- 6 No tener algún nexo patrimonial con las ISES autorizadas, ni vínculo laboral con la ISES de que se trate.
- 7 No ser prestador de la propia ISES o tener algún nexo patrimonial con prestadores de la ISES.
- 8 No fungir como Contralor Médico en más de una ISES, con la excepción de que las ISES pertenezcan al mismo grupo financiero.
- 9 No encontrarse en alguno de los supuestos de impedimento para ser consejeros, y contralor normativo de las instituciones de seguros, previstos en la LGISMS
- 10 Residir en territorio nacional.
- 11 Contar con la ratificación de su nombramiento, por parte de la Secretaría de Salud.

#### **EXPEDIENTES CLINICOS.**

- 12 Cuando la ISES preste los servicios con recursos propios ó de terceros deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico.
- 13 Cuando el asegurado así lo solicite, la ISES deberá cerciorarse de que sus prestadores transfieran un resumen clínico a la institución o prestador que el usuario indique, guardando la confidencialidad del caso.

#### **DEL CONTROL DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE LA MEJORA CONTINUA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

En beneficio de los asegurados las ISES mantendrán en forma permanente la adecuada atención médica, mediante la instrumentación de los siguientes programas.

- a) El programa para el control de la utilización de los Servicios médicos, en el cual se deberán incluir mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización. Dicho programa estará a cargo del Contralor Médico.

b) El programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención y fomente la enseñanza, la investigación médica y el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance así como el desempeño en la prestación de los servicios de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

La Secretaria de Salud emitirá las disposiciones de carácter general bajo las cuales deberán apegarse las ISES en la elaboración de dichos programas.

### **BASES TECNICAS**

Con la finalidad que las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) hagan frente a las obligaciones futuras que surgirán, derivadas de los contratos de salud, deberán constituir, incrementar, e invertir las reservas técnicas en los términos de los artículos 46 y 47 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de las disposiciones generales que derivan de la misma y de las presentes reglas. Dichas reservas técnicas incluyen:

- La Reserva de riesgos en curso de pago para hacer frente a los eventuales riesgos de las pólizas en vigor.
- La de obligaciones pendientes de cumplir para cubrir los siniestros ocurridos pendientes de liquidación.

Las instituciones de seguros calcularán y registrarán las reservas a que se refiere el artículo 46 de esta Ley de manera mensual y al 31 de diciembre de cada año para efectos de balance. La valuación de las reservas técnicas deberá ser elaborada y firmada por un actuario con cédula profesional que además cuente con la certificación vigente emitida por el colegio profesional de la especialidad.

El monto de las reservas se incrementará durante el ejercicio en la forma y con la periodicidad que al efecto señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, tomando en cuenta la conveniencia de propiciar que las instituciones mantengan las reservas en proporción a las operaciones realizadas, de manera que durante todo el ejercicio cuenten con los recursos necesarios para garantizar sus responsabilidades.

### **REGISTRO DE BASES TECNICAS**

Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) las notas técnicas en que sustenten cada una de las coberturas, planes y primas netas de riesgo, de conformidad con lo establecido en el artículo 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

### **REGISTRO DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL**

Las ISES deberán registrar en base al artículo 36-B de la LGISMS los contratos de adhesión que ofrezca al público en general en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de los seguros de salud.

Al momento de la contratación, las ISES deberán entregar al contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguro. Dicho folleto deberá contar con los siguientes elementos:

- El plan de seguros.
- Deberá describir de forma clara y precisa tanto el plan de seguro que se haya contratado como los planes.
- La forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados.
- Detallar la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados.
- Suplemento que Incluya todas las clínicas y hospitales empleados por la ISES para la atención de sus asegurados.
- Nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado.
- Otros prestadores de servicios que pueden ser utilizados por el asegurado.

El folleto y su suplemento deberán formar parte del producto que la ISES registre ante la comisión.

### **REASEGURO**

Las operaciones de reaseguro que realice la ISES se harán de conformidad con lo establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

### **CAPITAL MINIMO DE GARANTIA Y REGIMEN DE INVERSIÓN**

Las instituciones deben mantener recursos de capital suficientes para cubrir el requerimiento de capital mínimo de garantía (CMG) conforme a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) y en las “Reglas para el capital mínimo de garantía de las Instituciones de Seguros” publicadas en el diario oficial de la federación el 12 de Agosto del 2009, por lo cual el importe de este CMG deberá mantenerse invertido conforme lo establecen las citadas reglas.

Como parte de los recursos propios de las aseguradoras, el capital mínimo de garantía permite que se mantengan de manera permanente en niveles suficientes para hacer frente a las variaciones adversas como: enfrentar la exposición a desviaciones de la siniestralidad esperada, la exposición de sus prácticas de reaseguro y de sus inversiones, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que contraigan con los asegurados, reduciendo los posibles desequilibrios económico-financiero que se pudieran producir en su operación, por lo cual en todo momento deberá mantenerse invertido conforme al régimen de inversión que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público determine mediante reglas de carácter general.

### **SISTEMA ESTADISTICO**

Las ISES deberán contar con una base de datos estadísticos y presentar ante la Comisión la información estadística necesaria para la elaboración de bases estadísticas y actuariales que sustenten las primas de riesgo de salud, la realización de estudios e investigaciones en materia de salud, así como para el desarrollo del propio sector, la evaluación de aspectos médicos, y para el análisis de su evolución.

Cuando la información estadística se origine en la prestación de los servicios y ésta se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en

éstos la obligación de los prestadores de procesar, disponer y presentar la información estadística que permita dar cumplimiento a la ISES con lo previsto a los sistemas estadísticos.

La base de datos estadísticos que concentre la información estará a cargo de la Comisión, quien se encargará de recibir, administrar y procesar la información que proporcione la ISES. La Comisión y la Secretaría de Salud darán a conocer información e indicadores relativos a la operación del ramo de salud que orienten al público y contribuyan a la sana competencia y transparencia del sistema de la ISES.

## **LA COMERCIALIZACIÓN**

La ISES estará obligada a suscribir contratos de seguros, de acuerdo a lo que establecen la LGISMS, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las presentes reglas, los reglamentos expedidos por el Ejecutivo Federal y las disposiciones administrativas de carácter general que al efecto emita la Secretaría o, en su caso, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La ISES podrá realizar la comercialización de sus productos de manera directa o a través de agentes de seguros debidamente autorizados por la Comisión.

En la elaboración de sus productos de seguros, las ISES procurarán incorporar criterios de acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, para las coberturas ofrecidas en los productos.

La Secretaría de Salud, como parte de las acciones que lleve a cabo para el otorgamiento de los dictámenes a los que se refiere el Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas, podrá hacer recomendaciones a la ISES a fin de que se cumpla con lo establecido en el párrafo anterior.

## **LA OPERACIÓN**

Las ISES deberán contar con una red de servicios propia, contratada o una combinación de ambas, que sea congruente en cuanto a su distribución territorial, con los lugares donde se comercializa y suscriben los contratos.

Las ISES deberán incluir en sus contratos una cláusula que la obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de urgencia médica, por causas en que se acredite saturación, cambios en la red de infraestructura hospitalaria, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el asegurado haya asistido previamente a la propia red de servicios de la ISES y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos fuera de la red de prestadores de la ISES, por la misma urgencia médica.

Las ISES deberán informar a los asegurados los cambios en la red de infraestructura hospitalaria, por escrito y dentro de los quince días hábiles siguientes en que éstos sucedan. De igual forma deberá ofrecer planes donde el asegurado pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la ISES y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

Las ISES deberán establecer en sus pólizas si existe o no la renovación obligatoria y, en su caso, la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria, las ISES deberán utilizar criterios establecidos en la nota técnica correspondiente, con el objeto de evitar posibles discriminaciones.

Las ISES estarán obligadas a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro dentro de la vigencia del mismo. En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica.
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.
3. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

En el caso de contratos de no adhesión podrán pactarse condiciones distintas a las previstas en el párrafo anterior, previo registro de la nota técnica y la documentación contractual del producto de que se trate ante la Comisión y de conformidad con la LGISMS.

En los contratos de seguro de salud, se considerara una enfermedad preexistente cuando el evento que lo define como tal hay surgido antes del inicio ó cuando la ISES cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad.

La ISES podrá establecer en sus contratos, las enfermedades y/o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

Las infracciones a las presentes reglas se sancionarán en los términos previstos por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

## BIBLIOGRAFÍA

México sano, año 1, núm. 6, diciembre 2008, pág. 8 ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx))

Artículo No.12, Microseguros. Mejorar el manejo de los riesgos para las poblaciones de bajos ingresos.

Los Microseguros en México, El Financiero-Opinión, Pag19. Isabel Cruz Hernández.

Convención de Aseguradores 2010. Ponencia del M.A. Rafael González Añorve Director General de HIR Compañía de Seguros con el tema: Microseguros, situación actual.

Estándar de Práctica actuarial No.1. Estándares de práctica actuarial de la asociación Mexicana de Actuarios. "Calculo actuarial de la prima de tarifa para los seguros de corto plazo (vida y no-vida)". Pag 4-5

Circular S-8.1.1 "Estándares de práctica actuarial que deberán aplicarse para la elaboración de Notas Técnicas".

Las microfinanzas y los microseguros en México, boletín técnico No.21-2007. Estudio sobre microseguro.

[http://www.condusef.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=817&Itemid=157](http://www.condusef.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=817&Itemid=157)

<http://microcredito.wordpress.com/2007/06/01/surge-el-microseguro-con-todo-un-potencial-economico-y-social/>

[http://www.ilo.org/wow/Featuredbook/lang--es/WCMS\\_081459/index.htm](http://www.ilo.org/wow/Featuredbook/lang--es/WCMS_081459/index.htm)

<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,4814134,00.html>

[http://www.microinsurancenetwork.org/publication/fichier/Issues\\_in\\_the\\_regulation\\_and\\_supervision\\_SP.pdf](http://www.microinsurancenetwork.org/publication/fichier/Issues_in_the_regulation_and_supervision_SP.pdf)

<http://www.mundoprestamos.com/finanzas/microcreditos/> (antecedentes de los microseguros)

<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=66768> (antecedentes de los microseguros)

[http://www.microseguros.info/uploads/media/BOL\\_21\\_07\\_CTN\\_SS.PDF](http://www.microseguros.info/uploads/media/BOL_21_07_CTN_SS.PDF)

"Microseguros: Experiencia regulatoria en México. Manuel Aguilera Verduzco. Noviembre 2007."

Microseguros, Taller CNSF, Act. José Enrique Peña Velazquez.

Presentación "Principios y prácticas", Taller CNSF, Act. José Enrique Peña Velazquez.

Presentación “Productos y Servicios de los Microseguros”, Taller CNSF, Act. José Enrique Peña Velazquez.

[http://www.cnsf.gob.mx/Eventos/Premios/2006%20Seguros/3er\\_lugar\\_Seguros\\_2006.pdf.pdf](http://www.cnsf.gob.mx/Eventos/Premios/2006%20Seguros/3er_lugar_Seguros_2006.pdf.pdf)

Presentación “Operaciones de los Microseguros y Opciones Institucionales”, Taller CNSF, Act. José Enrique Peña Velazquez.

“Microseguros en México”, disponible en:

[http://pronafim.gob.mx/news\\_12\\_28.asp](http://pronafim.gob.mx/news_12_28.asp) Última modificación: Viernes 25 de Febrero de 2011 Por: [pronafim.gob.mx](http://pronafim.gob.mx)

Presentación en la Convención de aseguradoras 2010 “Ponencia de Microseguros 2010”

<https://www.amis.org.mx/onepage/servlet/FWControllerServlet?mvcapp=FWMyOnePage&command=myonepage&rid=21&b=i&sid=176643V10916031S03121114&b=i&tabset=1&temp=3&p=1&taborder=1&numOfFrameToUse=1&initLoad=false&fp=1>

[http://www.microcapital.org/microcapital-story-grameen-kalyan-offers-health-microinsurance-for-usd-173-per-year-and-partners-with-pfizer-inc-ge-healthcare-and-mayo-clinic-is-it-economically-viable/.](http://www.microcapital.org/microcapital-story-grameen-kalyan-offers-health-microinsurance-for-usd-173-per-year-and-partners-with-pfizer-inc-ge-healthcare-and-mayo-clinic-is-it-economically-viable/)

“PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO, 2007-2012, Salud bucal”, Secretaria de Salud, primera edición 2008.

“Microseguro Dental”, disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf>

[http://www.banxico.org.mx/AplBusquedasBM2/bgenwww.jsp?\\_action=search](http://www.banxico.org.mx/AplBusquedasBM2/bgenwww.jsp?_action=search)

“Finalidades y funciones del banco de México”, disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Estándar de Práctica N° 1 Cálculo Actuarial de la Prima de Tarifa para los Seguros de Corto plazo Circular Única de seguros, Anexo 5.2.1-a

“Reglas para la operación y desarrollo del ramo de Salud, con fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo del 2010”.

“Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales”. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo de 2007.

“Ley general de salud 2011”



Título 5 “Del registro de productos de seguros”, capítulo 5.1 “de la forma y términos para el registro de productos de seguros” Circular Única de seguros publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre de 2010.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1935; Texto Vigente Última reforma publicada DOF 20-06-2008.

“Artículo 7° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1935”.

“Definiciones”, disponible en:

[http://kidshealth.org/kid/en\\_espanol/adultos/heart\\_disease\\_esp.html](http://kidshealth.org/kid/en_espanol/adultos/heart_disease_esp.html) (enfermedad cardiaca).

[http://www.geosalud.com/Cuidado%20de%20los%20Ni%C3%B1os/fiebre\\_reumatica.htm](http://www.geosalud.com/Cuidado%20de%20los%20Ni%C3%B1os/fiebre_reumatica.htm) (fiebre reumática)

<http://www.sdpt.net/CAR/TAR1.htm> (definición de Tratamiento Restaurativo Atraumático)

[http://www.salud.com/enfermedades/enfermedad\\_vascular\\_cerebral.asp](http://www.salud.com/enfermedades/enfermedad_vascular_cerebral.asp)

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1020989&http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1020989](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1020989&http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1020989)

“Compartamos Banco”, disponible en:

<http://www.compartamos.com/wps/portal/AcercaCompartamosBanco/Historia>

Minzoni Consorti, Antonio (1976):

*Lecciones de técnica actuarial de los seguros contra los daños*, México, textos universitarios, página 13.

“Diccionario Mapfre Seguros”, disponible en:

<http://www.mapfre.com/wdiccionario/general/diccionario-mapfre-seguros.shtml>.

<http://www.mapfre.com/wdiccionario/terminos/vertermino.shtml?a/asimetria-de-la-informacion.htm>

“Estadística de Pobreza de ingresos”, disponible en:

[http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/POB\\_INGRESOS\\_2010/Pobreza\\_por\\_ingresos\\_2010.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/POB_INGRESOS_2010/Pobreza_por_ingresos_2010.es.do)

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>

[http://web.coneval.gob.mx/Informes/Interactivo/Medicion\\_pobreza\\_2010.pdf](http://web.coneval.gob.mx/Informes/Interactivo/Medicion_pobreza_2010.pdf)

“Grupo Salinas”, disponible en:

<http://www.gruposalinas.com/contenido.aspx?p=Elektraes>