



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

“El Microseguro en México”

**Desarrollo de una Nota Técnica del
Microseguro de Accidentes y Enfermedades**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIA

P R E S E N T A :

LIBNA SULAMIT PARRA HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

M. en A.O. OSCAR ARANDA MARTÍNEZ

México, 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Hoja de Datos del Jurado

1. Datos del alumno.

Parra
Hernández
Libna Sulamit
04455 2174 7197
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Actuaría
3 0109816 0

2. Datos del Asesor.

M. en A.O.
Oscar
Aranda
Martínez

3. Datos del sinodal 1

Act.
Ricardo
Villegas
Azcorra

4. Datos del sinodal 2

Act.
José Luis
López
Escorcia

5. Datos del sinodal 3

Act.
Ana Rosa
Camacho
Lombilla

6. Datos del sinodal 4

M. en I.
Act. Fernando
Vanegas
Chávez

7. Datos de la tesis

“El Microseguro en México”
Desarrollo de una Nota Técnica del Microseguro de Accidentes y
Enfermedades
81 p.
2012

DEDICATORIAS

A Tomás y a Soco por su apoyo constante e incansable a lo largo de mi vida, por sus consejos y regaños y por lograr inculcarme todo lo que he aprendido de la vida. Gracias! Los quiero.

A mis hermanos con quienes he compartido cada día y aún más, gracias por sus consejos, por escucharme y por apoyarme en todo lo que hago.

A mis amigos y amigas, con quienes compartí alegrías, tristezas, deseos y momentos inolvidables.

A cada una de las personas que me han enseñado y acompañado a lo largo de mi vida y que ya no se encuentran presentes.

A Conducef y a mis jefes, por todas las cosas que he aprendido y por permitirme desarrollarme personal y profesionalmente.

A Ge, gracias por ser un pilar en mi vida, por cada palabra de ánimo, por esos fines de semana tan cortos, por escucharme, por ser la pareja que siempre he deseado, mi razón de ser y de convertirme en mejor persona cada día, simplemente por ser la persona con la que quiero estar toda la vida...Contigo!!

AGRADECIMIENTOS

A Oscar Aranda Martínez por su apoyo, confianza y dedicación en la elaboración del presente trabajo.

A mi profesor Luis Rincón por sus ánimos, sugerencias y apoyo desde el comienzo de esta tesis.

A mis sinodales Ricardo Villegas Azcorra, José Luis López Escorcía, Ana Rosa Camacho Lombilla y Fernando Vanegas Chávez por su tiempo y comentarios valiosos que aportaron en este trabajo.

A ti, lector por dedicarle tiempo, espero que despierte en ti el interés por aprender más acerca de este tema tan importante.

ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

Objetivo

Introducción.

1 Análisis de la pobreza

1.1 Definición de pobreza

1.2 Condiciones Materiales

1.3 Condiciones Económicas

1.4 Condiciones Sociales

1.5 Tipos de pobreza

1.5.1 Pobreza de patrimonio

1.5.2 Pobreza de capacidades

1.5.3 Pobreza alimentaria

1.6 Medición de la pobreza

1.6.1 Bienestar económico

1.6.2 Derechos sociales

1.6.3 Medidas de incidencia

2 El Sector Asegurador en México y la Póliza de Seguros

2.1 Historia

2.2 Estructura del Sector Asegurador

2.3 Definiciones relevantes

2.4 El contrato de seguro

2.5 La póliza

2.5.1 Condiciones generales de la póliza

3 El Seguro Popular

3.1 Definición

3.2 Beneficiarios

3.3 Fundamento

- 3.4 Funcionamiento
- 3.5 Financiamiento
- 3.6 Afiliación
- 3.7 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
- 3.8 Cobertura Nacional

4 El Microseguro

- 4.1 Antecedentes Históricos
- 4.2 Definición
- 4.3 Marco Normativo
- 4.4 Características Generales de la Regulación
- 4.5 Barreras para el desarrollo del Microseguro
- 4.6 Mecanismos de cobertura
- 4.7 Mercado potencial
- 4.8 Características principales
- 4.9 Situación Actual de los Microseguros
- 4.10 Percepción de los usuarios
- 4.11 Diferencias entre el Seguro Tradicional y el Microseguro

5 Nota Técnica Actuarial del Microseguro de Accidentes Personales

- 5.1 Definiciones relevantes
- 5.2 Características generales del plan y su comercialización
- 5.3 Hipótesis técnicas para el cálculo de primas de riesgo
- 5.4 Reserva de suficiencia

Conclusiones

Bibliografía

Objetivo

Desarrollar una Nota Técnica del Producto Microseguro de Accidentes y Enfermedades para la cobertura Muerte Accidental de acuerdo con la Circular Única de Seguros, en la cual se establecen los términos para el registro de los productos de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, tomando en cuenta el entorno de la población a la que dicho producto es dirigido (población marginada), la penetración del mercado Asegurador, las estadísticas relevantes de Microseguros y del Sector Asegurador en general, así como evaluar el impacto de éste producto y su conveniencia en la actualidad como complemento del Seguro Popular.

Introducción

En México, la pobreza extrema se ha convertido en un problema social de gran interés dentro del ámbito institucional. Este tema ha sido analizado por diversos organismos nacionales e internacionales desde diferentes enfoques. De todos estos análisis se ha concluido que uno de los factores determinantes para la mitigación de la pobreza es la cobertura frente a diversos riesgos que afectan a la población en su totalidad, específicamente el financiero, motivo de esta tesis. De esta manera, se propone el Microseguro como una alternativa de protección para las poblaciones vulnerables así como apoyo complementario para una iniciativa del gobierno que ha cobrado mayor importancia en los últimos años: El Seguro Popular.

Esta tesis se compone de cinco capítulos. En el primero titulado “Análisis de la pobreza” se explican las diferentes definiciones asociadas a la pobreza así como las condiciones que influyen en el entorno de las personas que viven en ella. Además, se analiza la metodología de medición de la pobreza, a cargo del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) junto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

En el segundo capítulo, “El Sector Asegurador en México y la Póliza de Seguros”, se presentan los diversos hechos que dieron como resultado el seguro como hoy lo conocemos así como definiciones relevantes en materia de seguros y las partes que conforman la póliza de seguros.

En el tercer capítulo, “El Seguro Popular” se realiza un análisis detallado de qué es el Seguro Popular, cuál es su origen y fundamento así como los factores fundamentales para su funcionamiento en la actualidad y el porcentaje de cobertura que ha alcanzado hasta la fecha.

En el cuarto capítulo, “El Microseguro” se expone a detalle este instrumento, su definición, el marco normativo que lo rige, las barreras que influyen en su desarrollo, los mecanismos de cobertura, su comercialización, características principales, la situación actual y las semejanzas con el seguro tradicional.

En el quinto y último capítulo se desarrolla a manera de ejemplo una Nota Técnica del Microseguro de Accidentes Personales para la cobertura Muerte Accidental como complemento del Seguro Popular.

Capítulo I. Análisis de la pobreza

1.1 Definición de pobreza

Según el Comité Técnico para la Medición de la pobreza¹, pobreza es un “Término que hace referencia a la privación de elementos necesarios para la vida humana dentro de una sociedad, y de medios o recursos para modificar ésta situación”.

De acuerdo con distintas investigaciones realizadas en torno a este concepto, se ha llegado a la conclusión de que son diversos los factores que determinan la insuficiencia de estos recursos, Paul Spicker, Sonia Álvarez Leguizamón y David Gordon, en su glosario de pobreza² los dividen en tres grupos de aspectos relacionados entre sí: Condiciones económicas, Condiciones Materiales y Condiciones Sociales.

GRÁFICA I
CONCEPTOS DE POBREZA



¹ Medición de la pobreza. Variantes metodológicas y estimación preliminar. (2002) Secretaría de Desarrollo Social. Comité Técnico para la Medición de la Pobreza.

² Paul Spicker, Sonia Álvarez Leguizamón y David Gordon. Definiciones de pobreza: doce grupos de significados.

1.2 Condiciones Materiales

Son aquellas relacionadas con el dinero, se toma en cuenta la pobreza como un concepto material. La población es pobre porque no tiene algo que necesita o porque carece de los recursos para acceder a las cosas que necesita. Este tipo de condiciones se dividen en tres; patrón de privaciones, necesidad y limitación de recursos.

Necesidad. El primer grupo de definiciones se refiere a la pobreza como carencia de bienes o servicios materiales; es decir, falta de factores indispensables como comida, vestido, combustible o techo. Las diferentes definiciones hablan de la carencia y comparten parcialmente aquello de lo que se carece, sin embargo, la diferencia se encuentra en origen y el fundamento de las necesidades.

Patrón de privaciones. En esta definición, se enfatiza el hecho de que no toda necesidad es signo de pobreza, en algunas interpretaciones se toma en cuenta la importancia de cierta clase de necesidades, como el hambre y la falta de vivienda, así como la gravedad de las privaciones sufridas. Por ejemplo, el alimento y el techo son vistos con frecuencia como más importantes que el entretenimiento o el transporte (aunque puede haber elementos para considerar “pobre” a la población que no puede acceder al entretenimiento o transporte). La duración de las circunstancias de privación es relevante: una persona puede estar sin techo debido a un desastre natural, pero aun así ser capaz de controlar suficientes recursos como para asegurar la rápida satisfacción de sus necesidades.

Limitación de recursos. En este sentido, las necesidades mantienen un vínculo estrecho con los recursos; toda necesidad lo es de algo. Puede considerarse que la pobreza refiere a circunstancias donde las personas carecen de ingreso, riqueza o recursos para adquirir o consumir las cosas que necesitan. Booth afirmaba que “los ‘pobres’ son aquellos cuyos medios de vida pueden ser suficientes, pero son apenas suficientes para una vida decente e independiente; los ‘muy pobres’ serían aquellos cuyos medios de

vida resultan insuficientes de acuerdo a un nivel de vida considerado normal en ese país” (1971: 55).

La limitación de los recursos, o más precisamente el control limitado sobre los recursos, tiende a implicar un consumo bajo, en este sentido, la pobreza puede ser una forma de necesidad causada por la limitación de recursos.

1.3 Condiciones Económicas

Si la pobreza está asociada a una falta de recursos, también puede ser entendida en términos económicos. Uno de los enfoques más utilizados para medir la pobreza es el de los ingresos; a tal punto que algunos científicos sociales consideran que pobreza es equivalente a bajos ingresos aunque faltarían una serie de elementos para complementar esta idea.

Nivel de vida. La idea de “necesidad” supone que algunos artículos o bienes son particularmente importantes o necesarios. Aunque la idea de nivel de vida está totalmente ligada a la necesidad, es un concepto de índole general que refiere no tanto a las razones específicas de privación sino a la experiencia general de vivir con menos que los demás. La Organización Internacional del Trabajo considera que “al nivel más básico, individuos y familias son considerados pobres cuando su nivel de vida, medido en términos de ingreso o consumo, está por debajo de un estándar específico” (OIT, 1995: 6).

Por otro lado, el Banco Mundial define a la pobreza como “la incapacidad para alcanzar un nivel de vida mínimo” (1990: 26). Su línea de pobreza –el modo de calcular la pobreza más empleado a nivel internacional– está basada en una cifra arbitraria (uno o dos dólares diarios) y se utiliza para identificar la pobreza en referencia al nivel general de vida que debe ser alcanzado con ese ingreso.

Desigualdad. Las personas pueden ser consideradas pobres porque están en situación de desventaja respecto de otros en la sociedad. Es importante

mencionar que a nivel mundial, se ha tratado de establecer el nivel de ingreso necesario para acceder a los niveles mínimos de vida considerados aceptables en esa sociedad en ese momento. Sin embargo, no existe tal consenso dado que las condiciones de cada país difieren y junto con ello, la necesidad de la población en general.

Posición económica. Una “clase” de personas es un grupo identificado en virtud de su posición económica en la sociedad. La clase es un aspecto de desigualdad, pero esa desigualdad es una característica de la estructura social y no de la desigualdad de recursos o del consumo; los recursos y el consumo son, en el mejor de los casos, un indicador de posición social.

1.4 Condiciones Sociales

Este grupo de definiciones se enfoca más a las condiciones a las que la gente está expuesta definidas por el comportamiento o ideología como se describen a continuación:

Clase social. Las definiciones vinculadas a la clase social comúnmente refieren a las condiciones sociales de los pobres. La idea de “clase social” identifica la posición socioeconómica con el estatus socioeconómico.

Dependencia. Algunas veces se considera a la población pobre como aquellos que reciben beneficios sociales debido a su carencia de medios. El sociólogo George Simmel sostiene que la “pobreza”, en términos sociológicos, refiere no tanto a las personas con bajos ingresos sino a aquellos que son dependientes: “La persona pobre, sociológicamente hablando, es el individuo que recibe asistencia porque carece de medios de subsistencia” (Simmel, 1965: 140). Este concepto, dependencia, es un elemento fundamental en la discusión de la pobreza en los medios de difusión masiva y en la cultura popular.

Exclusión. Ese significado es relevante para el análisis de la población en su conjunto pues afecta a todo tipo de individuos en las distintas áreas

geográficas, puede ser vista no sólo en términos de niveles de ingreso, sino también vinculada a cuestiones como salud, educación, acceso a servicios y vivienda. Esta definición supera la idea de privación, pues incluye problemas que resultan de la estigmatización y el rechazo social, aun cuando existe una tendencia a asociar “exclusión” con las necesidades materiales.

Carencia de Seguridad Básica. Aunque la carencia en la seguridad básica también es una necesidad, puede ser vista también como vulnerabilidad ante los riesgos sociales. En este sentido, se clasifica a la gente pobre como aquella que carece de elementos suficientes para contrarrestar las enfermedades y los daños ocasionados por ellas.

Mediante este argumento, sería posible considerar pobre a alguien que no está necesitado; la distinción entre esta definición y la primera es muy marcada. Aunque la carencia de seguridad básica y la limitación de recursos están relacionadas, ese vínculo no es directo. Existen casos, en particular en países en desarrollo, donde el aumento de recursos tiene como efecto el aumento de la vulnerabilidad. Distintos tipos de campesinos en una agricultura de subsistencia pueden ser pobres, pero no vulnerables. Cuando entran al mercado y venden sus cosechas al contado, o aumentan sus ganancias contrayendo deudas, o invierten en empresas riesgosas, sus ingresos suben pero se vuelven vulnerables. Existen elementos de compensación entre pobreza y vulnerabilidad (o entre seguridad e ingreso).

Ausencia de titularidades. Ésta definición alude a la carencia de seguridades como una falta de derechos. La falta de vivienda es el resultado de la falta de acceso a la vivienda o la tierra, no de la inexistencia de viviendas en sí, las hambrunas, no son el resultado de la falta de alimentos, sino de la incapacidad de la población para comprar los alimentos existentes. La ausencia de titularidad es fundamental para la condición de pobreza: las personas con titularidades no son pobres.

1.5 Tipos de pobreza

En México, el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) aunando esfuerzos con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), tiene dentro de sus funciones establecer los lineamientos y criterios para realizar la definición, identificación y medición de la pobreza en México, estas Instituciones destacan tres tipos de pobreza, descritos a continuación:³

1.5.1 Pobreza de patrimonio

Proporción de hogares cuyo ingreso por persona es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud, educación, vestido, calzado, vivienda, transporte público.

1.5.2 Pobreza de capacidades

Proporción de hogares cuyo ingreso por persona es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud, educación.

1.5.3 Pobreza alimentaria

Proporción de hogares cuyo ingreso por persona es menor al necesario para cubrir las necesidades de alimentación (canasta normativa) de INEGI-CEPAL.

1.6 Medición de la pobreza

Con estos tipos de pobreza, se construyó la metodología para medir la pobreza en México tomando en cuenta los siguientes indicadores:

- Ingreso corriente per cápita;
- Rezago educativo promedio en el hogar;
- Acceso a los servicios de salud;
- Calidad y espacios de la vivienda;

³ Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL)

- Acceso a los servicios básicos en la vivienda;
- Acceso a la alimentación;
- Grado de cohesión social.

En esta metodología se consideran dimensiones que constituyen a la pobreza en el Estado Mexicano mencionados en el artículo 36 de la Ley General de Desarrollo Social, con excepción de la cohesión social. Para efectos de identificación de la población en situación de pobreza, y conforme a lo establecido en el marco conceptual, estas dimensiones se han dividido en dos grupos:

- El de la dimensión asociada al espacio del bienestar económico, la cual se mide operativamente por el indicador de ingreso corriente per cápita.
- El de las dimensiones asociadas a los derechos sociales, es decir, la educación, la salud, la seguridad social, la alimentación, la vivienda y sus servicios, las cuales se miden por medio de los seis indicadores de carencia social referidos.

De acuerdo con lo anterior, se establecen las siguientes definiciones:

1.6.1 Bienestar económico.

Se identifica a la población cuyos ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades.

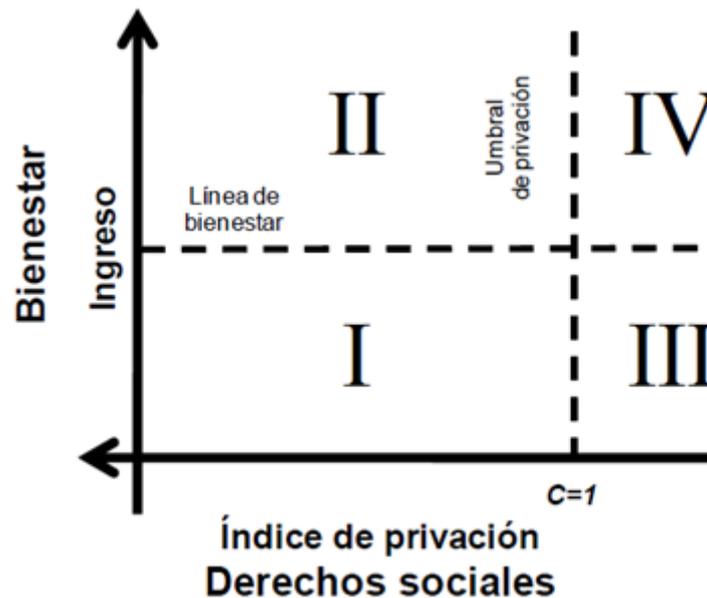
1.6.2 Derechos sociales.

Se identifica a la población con al menos una carencia social en los indicadores asociados a este espacio. A la medida agregada de estas carencias se le denominará índice de privación social.

Una vez definidos estos conceptos, el CONEVAL combina la variable ingreso con índice de privación social construyendo la siguiente clasificación:

GRÁFICA II

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL



En el eje vertical se mide el ingreso de las personas, la línea de bienestar indica si las personas tienen un ingreso suficiente o no. En el eje horizontal se representan los derechos sociales medidos mediante el índice de privación social, es decir, a las personas que son carentes. Las personas que se encuentran a la izquierda del Umbral de privación son las que tienen al menos una carencia.

De acuerdo con la figura anterior, los cuadrantes se definen a continuación:

I. Pobres multidimensionales. Población con ingreso inferior al valor de la línea de bienestar y que padece al menos una carencia social.

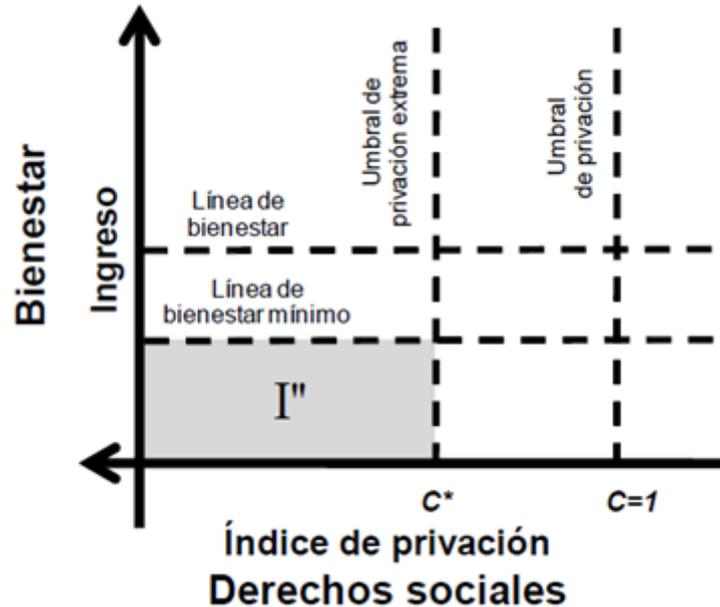
II. Vulnerables por carencias sociales. Población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar.

III. Vulnerables por ingresos. Población que no presenta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar.

IV. No pobre multidimensional y no vulnerable. Población cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar y que no tiene carencia social alguna.

GRÁFICA III

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL EXTREMA



En la gráfica anterior se identifica la línea de bienestar mínimo así como el umbral de privación extrema conformando el cuadrante I'' que contiene a la población en situación multidimensional extrema, la cual dispone de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana; además, presenta al menos tres de las seis carencias sociales.

A la población pobre multidimensional no incluida dentro de la población pobre multidimensional extrema se le denominará población en situación de *pobreza multidimensional moderada*.

1.6.3 Medidas de incidencia

De acuerdo con el CONEVAL existen ciertas medidas que refieren el porcentaje de la población o de un grupo de población específico que padece algún tipo de carencia económica o social. Los trece indicadores de

incidencia de pobreza multidimensional, de bienestar o de carencia que se reportan son los siguientes:

1. Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar.
2. Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.
3. Carencia por rezago educativo.
4. Carencia de acceso a los servicios de salud.
5. Carencia de acceso a la seguridad social.
6. Carencia por la calidad y espacios de la vivienda.
7. Carencia por servicios básicos en la vivienda.
8. Carencia de acceso a la alimentación.
9. Población con una o más carencias sociales.
10. Población con tres o más carencias sociales.
11. Población en pobreza multidimensional.
12. Población en pobreza multidimensional extrema.
13. Población en pobreza multidimensional moderada.

Carencia de acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial del nivel de vida que brinda las bases necesarias para el mantenimiento de la existencia humana y su adecuado funcionamiento físico y mental. Cuando las personas carecen de un acceso a los servicios de salud oportuno y efectivo, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede afectar en mayor grado el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física.

El Artículo 4° de la Constitución establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS). De esta forma, las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social, o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, deben ser inscritas en dicho sistema (artículo 77 bis 3 de la LGS).

A partir de estos criterios, se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.

Carencia de acceso a la seguridad social.

La seguridad social puede ser definida como el conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades, como accidentes o enfermedades, o ante circunstancias socialmente reconocidas, como la vejez y el embarazo. La exclusión de los mecanismos sociales de protección afecta la capacidad de los individuos para enfrentar contingencias fuera de su control que pueden disminuir de modo significativo su nivel de vida y el de sus familias (CEPAL, 2006).

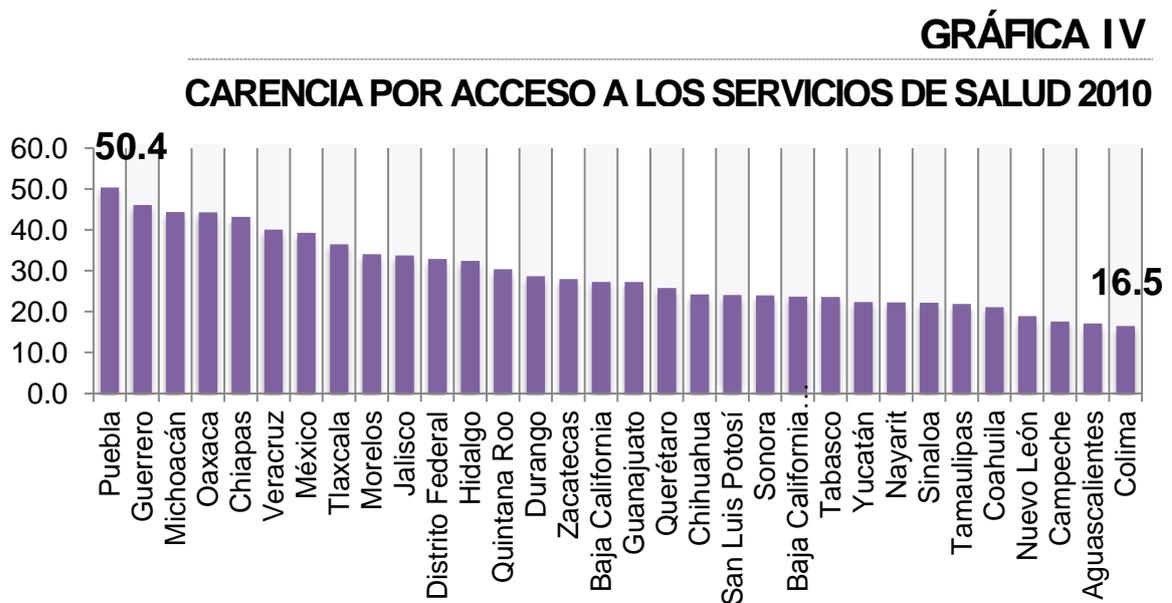
La seguridad social se encuentra consagrada en el Artículo 123 de la Constitución, relativo al trabajo, dentro del cual se definen coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a los trabajadores y sus familiares. La Ley del Seguro Social (LSS), considerada de utilidad pública para los trabajadores establece que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Esta Ley establece dos regímenes para el acceso a la seguridad social: el obligatorio y el voluntario, así como un sub-régimen de inscripción voluntaria al régimen obligatorio. En el caso de la población no trabajadora, ambos sistemas prevén tres tipos de mecanismos de acceso: de manera directa, a través de las jubilaciones y pensiones; de manera indirecta, por las redes de parentesco con la población que actualmente cotiza o recibe una jubilación o pensión, y también de manera indirecta para la población que disfruta de una pensión por orfandad o viudez.

En el caso de la población en edad de jubilación (sesenta y cinco años o más), se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiario de algún programa social de pensiones para adultos mayores. La población que no cumpla con alguno de los criterios mencionados, se considera en situación de carencia por acceso a la seguridad social.

El indicador de carencia por acceso a la seguridad social comprende las condiciones mínimas sin las cuales los individuos no podrían ejercer este derecho social. Sin embargo, es necesario profundizar sobre diversos aspectos de esta dimensión, como la calidad de las pensiones y el acceso a otras prestaciones (como las guarderías o los créditos para vivienda).

Cifras

La siguiente gráfica muestra el porcentaje de la población con carencia por acceso a los Servicios de Salud en México. En el año 2010, Puebla figuró como el Estado más carente y Colima como el menos carente, el Distrito Federal se encuentra dentro del promedio con 32.9% de población con carencia. El porcentaje total del país fue de 33.2%, como sigue:



CAPÍTULO II. El Sector Asegurador en México y la Póliza de Seguros

2.1 Historia⁴

El Seguro mexicano cifra sus inicios en las famosas leyes de Rodas que fueron la base del derecho mercantil en Atenas. En una parte de dichas Leyes se habla «de las obligaciones de los cargadores de contribuir a la indemnización de los graves daños causados en perjuicio común en caso de tempestad o rescate de buque apresado por enemigos o piratas». Aunque el primer registro que se tiene es una póliza de seguro marítimo en 1347.

Es interesante mencionar que el primer instrumento jurídico que reguló la actividad aseguradora, particularmente marítima, fue la Ordenanza de Barcelona en 1345. En México, antes del período colonial, se encontraron entre los mayas y chichimecas algunas situaciones que pueden considerarse como “cierta forma de seguro”, al hablarse de «indemnizaciones» y del «pago de deudas».

El Seguro en México, como en muchos otros países nació en el mar y fue hasta 1789 que se constituyó la primera compañía de seguros en Veracruz denominada Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España y fue hasta 1802 que se estableció la segunda compañía de seguros y noventa años después la primera Ley del Seguro.

La Previsora fue la primera compañía de seguros mutuos contra incendio en México y fue publicada el 4 de febrero de 1865 en el Diario del Imperio donde se establece la primera definición del seguro como sigue:

“Seguro es un contrato de indemnización de los que en derecho se llaman «Aleatorios», por el cual se obliga una de las partes contratantes a

⁴ Minzoni Consorti, Antonio. Memoria de los quince años de la nueva Comisión Nacional de Seguros y Fianzas 1990-2005.

indemnizar a la otra de los perjuicios que sufra por la realización de los riesgos previstos o determinados en los objetos especificados, mediante una cantidad estipulada y por un tiempo conveniente”.

El 16 de diciembre de 1892 nació la Primera Ley de Seguro en México con lineamientos y reglas para las Instituciones de Seguros locales y extranjeras que operaban en el país. Ésta Ley, es también conocida como Ley del timbre debido a que las compañías de seguros, así como las operaciones a que se dedicarían, quedaron sujetas al impuesto del Timbre de documentos y libros, para la protocolización de las escrituras, estatutos y demás documentos que debían registrarse; a la renta interior, por el importe de los contratos de seguros; y al cuatro por ciento sobre las primas que causaren.

La exposición de motivos de esta Ley, refirió la «necesidad de fijar las prescripciones fundamentales a que han de someterse las sociedades nacionales y extranjeras de Seguros sobre la Vida, contra incendio y otros riesgos, que en todas partes han sido objeto de una legislación más o menos rigurosa, cuyo propósito es garantizar los intereses de las personas que con ellas contratan; además, es necesario modificar los impuestos que habían gravado con desigualdad y sin sistema las diversas operaciones de las expresadas compañías».

A raíz de esta ley, se formó la primera Asociación Mexicana de Agentes de Seguros contra Incendio que armonizó los intereses de los mismos y estableció una Tarifa de Seguros de Incendio de la República Mexicana así como un Reglamento.

Cabe señalar que en 1905 figuraba un precepto final de los Estatutos de la Asociación, el cual decía que todas las compañías pertenecientes a la Asociación se comprometerían a no aceptar ni colocar seguro alguno ni participar en riesgo alguno en la República, «en el cual tenga intervención a participación cualquier compañía representada en el país y que no perteneciera a la Asociación o que tuviera concesiones especiales». Con

todo ello, se sentaban las bases de la actual Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).

Después de múltiples reformas, en mayo de 1910 se promulgó la Ley Relativa de la Organización de las Compañías de Seguros sobre la Vida que regulaba por primera vez, en forma moderna, el seguro de vida contratado en México. Poco después, en agosto, se aplicó el Reglamento de la misma ley que fue una guía para que las compañías cumplieran cabalmente con la ley, usando la tabla de mortalidad conocida con el nombre de Experiencia americana, mientras se formaba la Tabla Mexicana (ésta se puso en vigor hasta 1967, denominándose Tabla de Mortalidad Mexicana E.M. 62-67).

A partir de dicha ley, las compañías de seguros habrían de someter a la aprobación de la Secretaría de Hacienda las formas de solicitudes, de exámenes médicos y de pólizas, así como las tarifas de primas y los prospectos que describan sus diversos planes de seguros.

Además, dicha ley estableció la creación del departamento de Seguros que más tarde se convertiría en la Comisión Nacional de Seguros. El 25 de mayo de 1926 bajo la presidencia de Plutarco Elías Calles, se promulgó la Ley General de Sociedades de Seguros (20 años después de la Segunda Ley del Seguro) que fue el documento completo que regulaba la actividad aseguradora en todos los ramos en los que una Institución de Seguros pudiera operar.

Se dice que esta Ley decretó la “Mexicanización del Seguro”, lo que significó que el capital mayoritario de una institución de seguros debía ser de socios mexicanos ya que dio por primera vez la división de las operaciones de seguros, así como la inspección y vigilancia de las Instituciones de Seguros a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En la Ley sobre el Contrato de Seguro se respalda el documento básico para el sector asegurador así como la celebración de éste y disposiciones especiales.

El 14 de Septiembre de 1946 nace la Comisión Nacional de Seguros, su primer reglamento publicado en 1947 y el segundo en 1956, modificando su estructura y las funciones del presidente, entre otros.

Fue hasta 1970, cuando se creó la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros con el decreto denominado: “Reforma y Adiciones a la Ley General de Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares y a la Ley Orgánica del Banco de México”.

En 1985, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dio reglas específicas sobre la constitución de la reserva por riesgos en curso por todo tipo de ramo de la actividad aseguradora.

En 1990, se reformó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la cual establece la división de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y Comisión Nacional Bancaria, agregándose la actividad fianzas en la Comisión Nacional de Seguros, aun dependiendo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Con el Tratado de Libre Comercio, en 1994, se inició una etapa trascendental que afectó a todos los sectores, para el sector asegurador se estableció que las aseguradoras canadienses y las americanas tendrían al mercado asegurador mexicano, por otro lado, las afianzadoras y casas de bolsa podrían establecer filiales sin límites de participación en el mercado, en 1995, se publicaron nuevas reglas de inversión de las Reservas Técnicas.

En ese mismo año, se publicó un decreto presidencial para el tema de las pensiones con el fin de revisar a fondo la Ley del Seguro Social, así como cambiar radicalmente el Sistema Pensionario de los trabajadores de las empresas privadas afiliados al instituto.

De ahí en adelante, se ha conservado y mejorado la estructura de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para cumplir sus funciones, supervisando que la operación de los sectores asegurador y afianzador se apegue al marco normativo, así como el sano desarrollo de las Instituciones de Seguros y Fianzas con el propósito de extender la cobertura de sus servicios a mayor parte de la población.

2.2 Estructura del Sector Asegurador

Al mes de marzo de 2011, 99 instituciones conformaban el Sector Asegurador, de ellas, una es sociedad mutualista de seguros, otra es institución nacional de seguros y las demás son instituciones privadas. De las 99 compañías, 55 operaron Seguro de Vida (Incluyendo Seguro de Pensiones derivado de las leyes de Seguridad Social) y 78 operaron Seguro de No Vida (Accidentes y Enfermedades, Daños, Salud, Crédito a la Vivienda y Garantías Financieras). Por otro lado, 10 compañías operaron, exclusivamente, el ramo de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social, 11 el ramo de Salud, 3 el ramo de Crédito a la Vivienda y 1 el ramo de Garantía Financiera. Se muestran en la gráfica IV

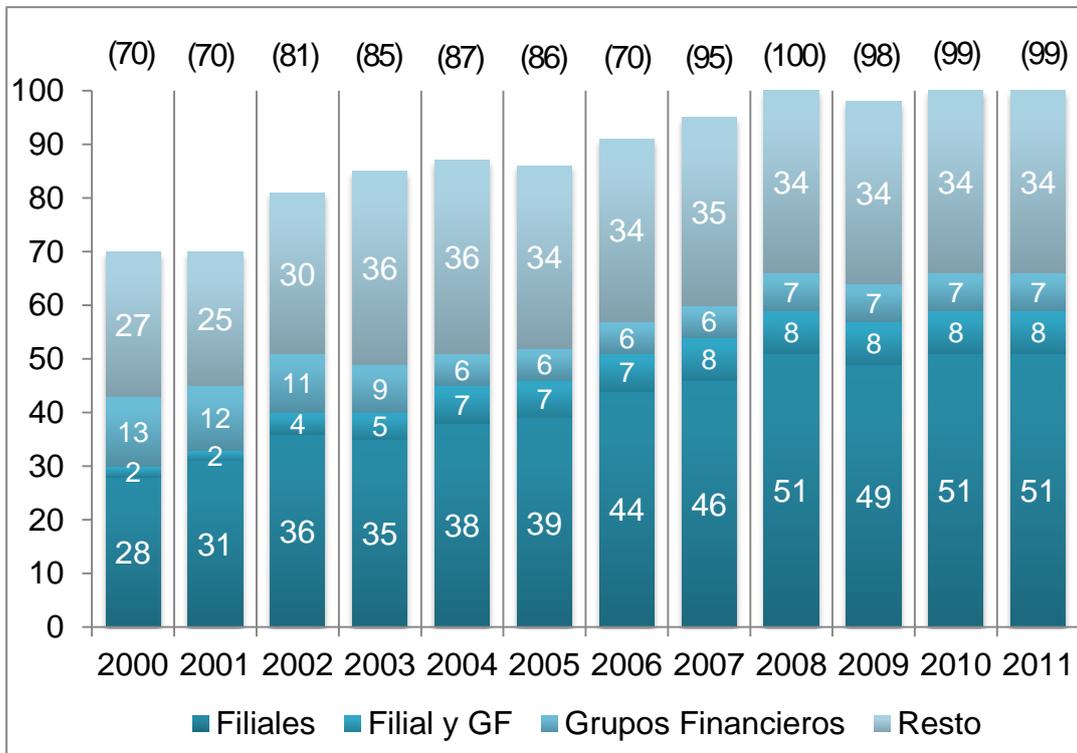
TABLA I
COMPOSICIÓN DEL SECTOR ASEGURADOR

Tipo de Seguros	Número de Compañías
Con una o más operaciones	
Vida	55
No Vida	78
Exclusivas en un ramo	
Pensiones	10
Salud	11
Crédito a la Vivienda	3
Garantías Financieras	1

CNSF. Boletín de análisis Sectorial. Marzo 2011

GRÁFICA V

ESTRUCTURA DEL SECTOR ASEGURADOR



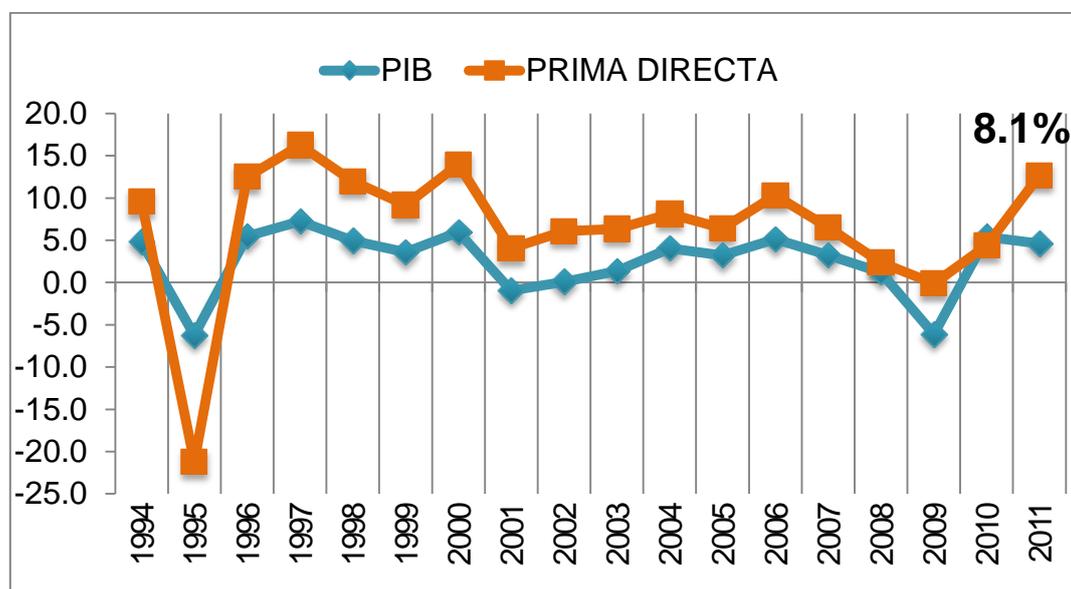
Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, marzo 2011, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

En la gráfica anterior se muestra el crecimiento del sector Asegurador del 2000 al 2011. En el último trimestre, el sector estaba compuesto de 14 Instituciones incorporadas a algún grupo financiero, mientras que 58 presentaban capital mayoritariamente extranjero con autorización para operar como filiales de instituciones financieras del exterior. De esas instituciones aseguradoras, 7 presentaban capital mayoritariamente extranjero al mismo tiempo que pertenecían a un grupo financiero.

Además, el total de las primas emitidas al finalizar el trimestre fue de 68,593.7 millones de pesos, de los cuales 98.3% correspondió a seguro directo y el restante a primas tomadas en reaseguro. Con esto, las primas directas incrementaron 8.1% respecto al cierre de marzo de 2010 como se muestra en la siguiente gráfica:

GRÁFICA VI

CRECIMIENTO REAL ANUAL: PRIMA DIRECTA



Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, marzo 2011, CNSF.

Además, la operación de vida se incrementó en 14.5% respecto al año anterior. Dentro del mismo ramo, Vida Individual se incrementó 23.1% y Vida Grupo 3.6%.

Cabe mencionar que los Seguros de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social se incrementaron en un 1.1%. La operación Accidentes y Enfermedades incrementó 0.1%.

La operación de Daños también registró un importante crecimiento de 6.3% en prima directa. Al excluir automóviles, este incremento es del 10.5%. Dentro de esta operación, el ramo de diversos tuvo el mayor incremento con 37.5%, seguido con el ramo marítimo y Transportes con 31.2%, Terremoto con 8.6%, Responsabilidad Civil y Riesgos profesionales con 8.3% , Automóviles con 3.2% y Agrícola con 2.9%

TABLA II

PRIMA DIRECTA DE LA OPERACIÓN DAÑOS

Ramos	Crecimiento Real Anual
Incendio	-18
Terremoto	8.6
Responsabilidad Civil y Riesgos profesionales	8.3
Marítimo y Transportes	31.2
Crédito a la Vivienda	-9.7
Agrícola	2.9
Diversos	37.5
Automóviles	3.2
Daños sin Automóviles	10.5
Daños	6.3

CNSF. Boletín de Análisis Sectorial. Marzo 2011

2.3 Definiciones relevantes

Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

Asegurador (Compañía)

Nombre con el cual se designará a la aseguradora en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

Indemnización

Es la cantidad que está obligada a pagar la aseguradora a consecuencia de un siniestro, después de restarle el deducible y coaseguro, si los hubiera. La indemnización puede ser pagada en especie, en dinero, reponiendo el bien dañado o reparándolo.

Exclusiones

Son aquellos conceptos o riesgos que expresamente la aseguradora no da por cubiertos en una póliza.

Copago

Cantidad fija o porcentaje a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos.

2.4 El contrato de seguro

Es un documento legal con el que, según la Ley del Contrato de Seguro en su Artículo 1o, se obliga la empresa aseguradora, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. En dicho contrato se establecen las condiciones para que la aseguradora cubra el daño, así como la póliza.

Además, en el Artículo 19 se establece que el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación.

2.5 La póliza

Es el documento que contiene las líneas generales así como los derechos y obligaciones a los que se comprometen cada una de las partes. En el Artículo 20 de la ley sobre el Contrato de Seguro se establece que la empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes.

I. - Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;

II. - La designación de la cosa o de la persona asegurada;

III. - La naturaleza de los riesgos garantizados;

IV. - El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;

V. - El monto de la garantía;

VI. - La cuota o prima del seguro;

VII. - Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Este documento podrá reponerse o cancelarse de acuerdo con la ley y podrá ser de carácter nominativo, a la orden o al portador.

2.5.1 Condiciones generales de la póliza

Como su nombre lo indica, se le llama así a las características que acuerdan el asegurador y el asegurado a través de un contrato de Seguro, se especifican los detalles del riesgo, las restricciones para que éste se cubra, los términos en los que se cubre, descripción de coberturas, pago de indemnizaciones, pago de la prima, es decir, todo lo relacionado con el pago del bien o interés asegurable.

Cobertura

Beneficios ofrecidos por este seguro dirigido a prevenir y restaurar la salud con acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Tiene como objeto cubrir los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos erogados en territorio nacional.

Tipos de Prima

a) La prima neta o de riesgo: se trata de la cantidad necesaria para que la aseguradora pueda hacer frente a las reclamaciones de los asegurados o de sus beneficiarios.

b) La prima de tarifa: está formada por la prima neta más los gastos de adquisición y administración, los impuestos, las utilidades, los derechos de póliza y demás costos y gastos que tenga la aseguradora.

Beneficios adicionales

Los endosos son aquellos documentos que complementan la póliza, incluidas las modificaciones o adecuaciones de tipo administrativo, que pueden o no modificar la cobertura original. Éstos constituyen beneficios adicionales o cláusulas adicionales cuando otorgan coberturas adicionales no estipuladas en la póliza. Los endosos pueden o no significar un costo adicional.

Reservas

Es la cantidad de dinero almacenada en un fondo para solventar las obligaciones con los asegurados. En el artículo 46.º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se establece la obligación de las compañías de seguros de constituir la reserva de riesgos en curso.

CAPÍTULO III. El Seguro Popular

3.1 Definición

El Seguro popular es una alternativa de protección para todas las personas a través del sistema de Protección Social en Salud, busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no cuentan con seguridad social.⁵

3.2 Beneficiarios

- Los cónyuges; o
- La concubina y el concubinario; o
- El padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato
- Los hijos menores de edad;
- Los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con los mencionados en los primeros tres puntos
- Los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes;
- Los hijos discapacitados dependientes;
- Los ascendientes directos en línea recta mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar
- Las personas que aun no teniendo parentesco de consanguinidad con los mencionados en los números 1 a 3, habitan en la misma vivienda y dependan económicamente de él y sean menores de 18 años o discapacitados dependientes de cualquier edad.

⁵ Definición: www.seguro-popular.gob.mx

3.3 Fundamento

La Protección Social en Salud es el mecanismo mediante el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

El Artículo 77 de la Ley General de Salud y otras normas, contienen las reglas para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Para ello se cuenta con una gama de convenios y procedimientos a través de los cuales los estados y el Distrito Federal ejercen los recursos transferidos por la Federación conforme a los cuales se adquieren los servicios de salud.

3.4 Funcionamiento

Las personas afiliadas a este Microseguro, tienen derecho a recibir servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, obtenidos del financiamiento público federal y estatal, lo cual constituye la principal fuente de recursos para proteger a las personas con un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que incluye sin costo las intervenciones y medicamentos asociados al primer y segundo nivel de atención.

Además, con el objeto de apoyar el financiamiento de la atención de los afiliados del SPSS que sufran enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos, se constituyó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos sin anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas, administrado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Para cubrir las necesidades de la población, el SPSS utiliza los siguientes mecanismos:

- Los servicios y acciones específicas establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que incluye 275 intervenciones de los principales padecimientos, diagnósticos y terapéuticos reportados como egresos hospitalarios y el 100% de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica.
- La atención de enfermedades consideradas como catastróficas se otorga a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) que cubre 49 intervenciones de un grupo de 8 enfermedades: cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea, cuidados intensivos neonatales, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, cataratas y VIH/SIDA.

En el año 2010 se lograron avances significativos con la reforma a la Ley General de Salud estableciendo una cuota per cápita en vez de familiar lo que permite el equilibrio en la distribución de recursos en las entidades federativas y el Convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica, con el cual se garantiza la atención médica de todos los afiliados del territorio nacional independientemente de su lugar de residencia.

Además, de acuerdo con el financiamiento, en el año 2010 se logró el 5.7% de aumento en el presupuesto federal, así como 12.2% de incremento en las Entidades Federativas por concepto de Cuota Social y Aportación solidaria con respecto al año anterior, así como un incremento en la aportación Solidaria Estatal (ASE), ascendiendo a 15,166.4 millones de pesos en el año 2010.

3.5 Financiamiento

El modelo Financiero de Financiamiento se basa en las Aportaciones por persona afiliada del gobierno federal y de las entidades federativas, así como por las contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica, ilustrados a continuación.

GRÁFICA VII

APORTACIÓN ANUAL POR PERSONA EN 2010



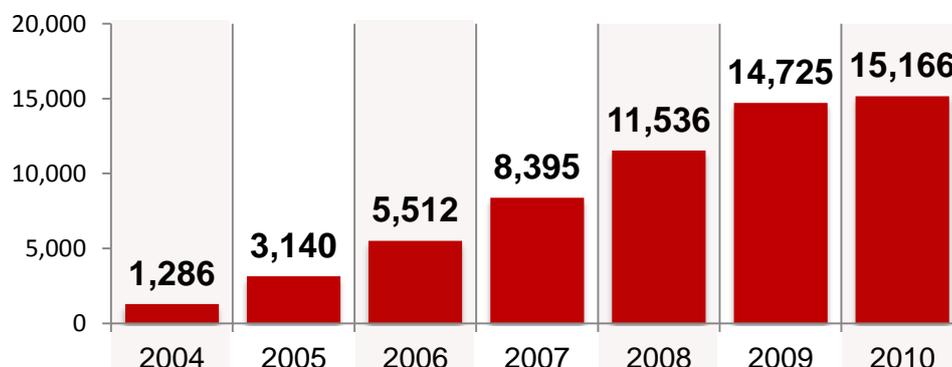
1/ SMGVDF: Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal de 2009 actualizado en enero de 2010 con base en el índice Nacional de Precios al consumidor. Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Las Aportaciones Federales equivalen a una cuota Social por persona beneficiaria equivalente al 3.92% de un Salario Mínimo General Vigente Diario en El DF y una aportación Solidaria Federal equivalente a 1.5 veces el Monto de la Cuota Social.

La Aportación Solidaria Estatal se refiere al monto de los recursos que los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal otorgan por cada beneficiario, equivalente a la mitad de la Cuota Social. Cabe destacar que este monto ascendió a 15,166.4 millones de pesos en el 2010 siendo el más alto desde el inicio de la operación.

GRÁFICA VIII

APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL



Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud (Cifras preliminares)

Además, algunas de las familias afiliadas participan con una Cuota Familiar anual y progresiva conforme a su ingreso familiar. El pago de la cuota puede ser de forma trimestral. En el 2010, las cuotas Familiares fueron las siguientes:

TABLA III

CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO EN 2010 (CIFRAS EN PESOS)

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0.0
II	0.0
III	0.0
IV	0.0
V	2,075.0
VI	2,833.6
VII	3,647.9
VIII	5,650.4
IX	7,519.0
X	11,378.9

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

El ingreso familiar se determina a partir de la evaluación socioeconómica llevada a cabo en el momento de la afiliación. Con base en esta información se ubica a las familias por decil de ingreso. Las familias de los deciles I, II, III, IV no pagan Cuota Anual, tampoco lo hacen las familias que pertenezcan a los deciles I al VII que tengan al menos un niño mexicano nacido a partir del 1º de Diciembre de 2006 al momento de incorporarse o que cuenten con una mujer embarazada.

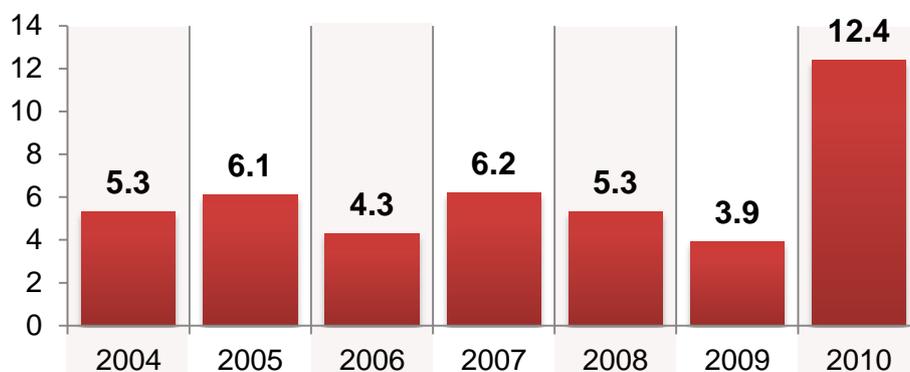
Las personas que deseen incorporarse en forma individual pagarán sólo el 50% de la Cuota Familiar que les corresponde.

También se pueden incorporar las familias beneficiarias de programas federales que combatan la Pobreza extrema y las que residan en localidades de muy alta marginación con menos de 250 habitantes.

En el año 2010, las aportaciones por Cuota Familiar sumaron 212.5 millones de pesos. Durante el año, se dio prioridad a la incorporación de la población más vulnerable y grupos prioritarios, como son los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los beneficiarios de otros programas enfocados al combate de la pobreza, así como población indígena. En el 2010, se llevó a cabo el esfuerzo más grande de afiliación de toda la historia del Seguro Popular al ser afiliados 12.4 millones de personas, cifra que triplica la afiliación obtenida un año antes.

GRÁFICA IX

AVANCE DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR (CIERRE EN MILLONES DE PERSONAS)



Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

3.6 Afiliación

Durante el año 2010, se afiliaron 43.5 millones de personas, lo cual representa un incremento de 39.8% más afiliados que el año 2009. Respecto al crecimiento previsto para el 2010, el avance fue de 88.5% para llegar a la cobertura Universal de acuerdo con el Censo General de Población y vivienda (INEGI 2005)⁶. Baja California Sur, Coahuila, Colima, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Tamaulipas destacan con niveles de 100%.

⁶ La meta programada de afiliación para el CNPSS se definió en 49.1 millones de afiliados para llegar a la cobertura universal voluntaria, el avance en 2010 fue de 43.5 millones de afiliados, dada la capacidad operativa de las entidades federativas; planteándose concluir la afiliación de 49.1 millones de personas en 2011.

TABLA IV

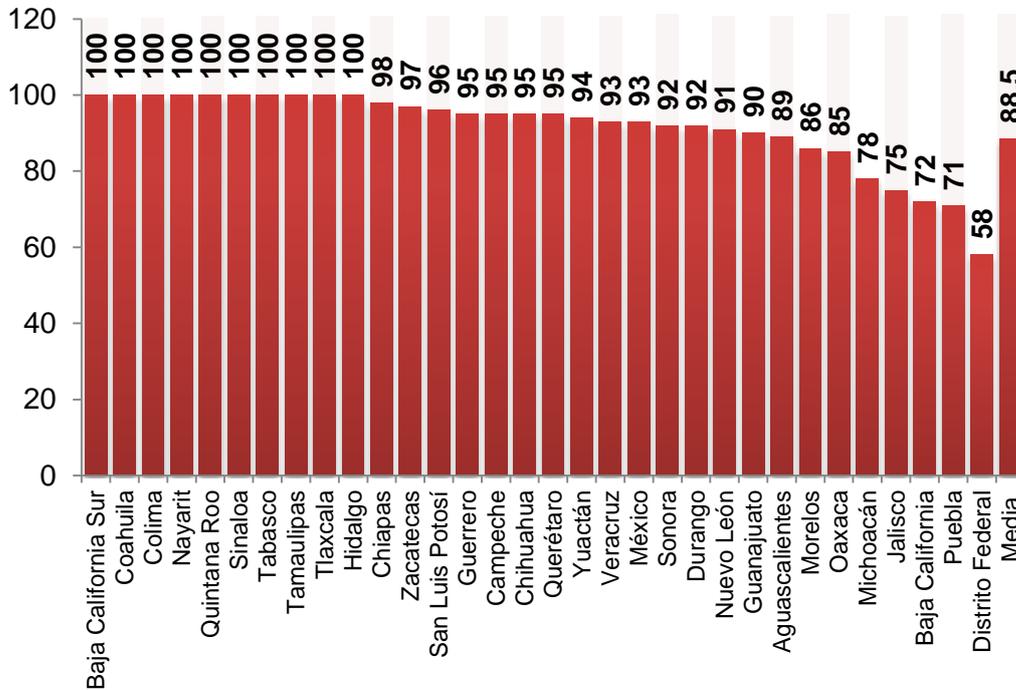
AFILIACIÓN REGISTRADA AL SPSS
(CIFRAS A DICIEMBRE 2010)

Entidad Federativa	2009 (a)	2010 (b)	Variación		Programado Diciembre	% [(b)/(c)] *100
			Absoluta (b)-(a)	% [(b)/(a)]-1	(c)	
Aguascalientes	392,765	416,961	24,196	6.2%	468,035	89.1
Baja California	594,928	797,261	202,333	34.0%	1,108,845	71.9
Baja California Sur	123,015	164,681	41,666	33.9%	164,681	100.0
Campeche	362,705	416,328	53,623	14.8%	438,749	94.9
Coahuila	469,323	630,000	160,677	34.2%	630,000	100.0
Colima	234,625	275,487	40,862	17.4%	275,487	100.0
Chiapas	2,069,736	2,997,900	928,164	44.8%	3,055,338	98.1
Chihuahua	665,328	1,033,038	367,710	55.3%	1,090,010	94.8
Distrito Federal	1,108,461	1,744,419	635,958	57.4%	2,938,078	59.4
Durango	383,101	538,607	155,506	40.6%	587,328	91.7
Guanajuato	2,080,049	2,560,975	480,926	23.1%	2,841,051	90.1
Guerrero	1,146,246	1,973,798	827,552	72.2%	2,068,207	95.4
Hidalgo	1,072,325	1,403,601	331,276	30.9%	1,409,957	99.5
Jalisco	1,710,472	1,967,804	257,332	15.0%	2,630,553	74.8
México	3,371,043	5,826,998	2,455,955	72.9%	6,245,992	93.3
Michoacán	1,231,370	1,647,610	416,240	33.8%	2,114,861	77.9
Morelos	603,442	780,672	177,230	29.4%	908,053	86.0
Nayarit	399,759	550,000	150,241	37.6%	550,000	100.0
Nuevo León	611,148	946,529	335,381	54.9%	1,041,260	90.9
Oaxaca	1,547,336	2,069,971	522,635	33.8%	2,438,745	84.9
Puebla	1,571,934	2,188,072	616,138	39.2%	3,081,669	71.0
Querétaro	515,916	711,236	195,320	37.9%	751,099	94.7
Quintana Roo	315,719	509,134	193,415	61.3%	509,134	100.0
San Luis Potosí	861,518	1,211,402	349,884	40.6%	1,255,976	96.5
Sinaloa	770,155	1,007,979	237,824	30.9%	1,007,979	100.0
Sonora	511,152	689,720	178,568	34.9%	750,047	92.0
Tabasco	1,259,003	1,381,712	122,709	9.7%	1,381,712	100.0
Tamaulipas	983,673	1,220,269	236,596	24.1%	1,220,269	100.0
Tlaxcala	533,082	725,497	192,415	36.1%	728,050	99.6
Veracruz	2,392,627	3,620,147	1,227,520	51.3%	3,874,294	93.4
Yucatán	618,059	783,368	165,309	26.7%	831,250	94.2
Zacatecas	622,934	727,543	104,609	16.8%	752,114	96.7
Total Nacional	31,132,949	43,518,719	12,385,770	39.8%	49,148,823	88.5

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

GRÁFICA X

PORCENTAJE DE AVANCE EN LA AFILIACIÓN RESPECTO A LA COBERTURA UNIVERSAL (CIFRAS A DICIEMBRE 2010)



Además, se afiliaron 43,274,810 personas, las cuales representan el 99.4% del total, mismas que corresponden a los cuatro primeros deciles de ingreso, mientras que los deciles del V al X agrupan a 243,909 que representan el 0.6% del total que forman parte del régimen contributivo.

TABLA V
AFILIADOS AL SPSS POR DECIL DE INGRESO
(CIFRAS A DICIEMBRE 2010)

Entidad federativa	Total	Afiliados al SPSS por decil de ingreso									
		I	%	II	%	III	%	IV	%	V a X	%
Aguascalientes	416,961	251,987	60.4%	133,272	32.0%	23,786	5.7%	6,101	1.5%	1,815	0.4%
Baja California	797,261	570,230	71.5%	166,532	20.9%	35,144	4.4%	15,351	1.9%	10,004	1.3%
Baja California Sur	164,681	80,644	49.0%	40,867	24.8%	24,052	14.6%	12,537	7.6%	6,581	4.0%
Campeche	416,328	320,452	77.0%	87,148	20.9%	5,693	1.4%	2,021	0.5%	1,014	0.2%
Coahuila	630,000	461,366	73.2%	154,998	24.6%	11,064	1.8%	1,781	0.3%	791	0.1%
Colima	275,487	182,652	66.3%	77,668	28.2%	12,659	4.6%	2,124	0.8%	384	0.1%
Chiapas	2,997,900	2,741,358	91.4%	250,273	8.3%	4,737	0.2%	1,355	0.0%	177	0.0%
Chihuahua	1,033,038	768,180	74.4%	242,616	23.5%	20,475	2.0%	1,629	0.2%	128	0.0%
Distrito Federal	1,744,419	1,610,129	92.3%	133,554	7.7%	610	0.0%	118	0.0%	8	0.0%
Durango	538,607	370,025	68.7%	149,841	27.8%	15,401	2.9%	2,438	0.5%	902	0.2%
Guanajuato	2,560,975	1,900,406	74.2%	576,795	22.5%	62,353	2.4%	16,111	0.6%	5,310	0.2%
Guerrero	1,973,798	1,750,231	88.7%	202,492	10.3%	15,850	0.8%	3,520	0.2%	1,705	0.1%
Hidalgo	1,403,601	1,129,152	80.4%	262,536	18.7%	8,278	0.6%	3,223	0.2%	412	0.0%
Jalisco	1,967,804	1,182,335	60.1%	564,179	28.7%	150,721	7.7%	47,910	2.4%	22,659	1.2%
México	5,826,998	4,621,239	79.3%	1,178,812	20.2%	20,869	0.4%	3,879	0.1%	2,199	0.0%
Michoacán	1,647,610	1,373,303	83.4%	247,770	15.0%	18,225	1.1%	5,675	0.3%	2,637	0.2%
Morelos	780,672	664,450	85.1%	107,708	13.8%	6,011	0.8%	1,660	0.2%	843	0.1%
Nayarit	550,000	395,497	71.9%	137,405	25.0%	14,366	2.6%	2,255	0.4%	477	0.1%
Nuevo León	946,529	526,331	55.6%	315,362	33.3%	75,517	8.0%	21,285	2.2%	8,034	0.8%
Oaxaca	2,069,971	1,906,196	92.1%	157,842	7.6%	3,956	0.2%	1,435	0.1%	542	0.0%
Puebla	2,188,072	1,655,462	75.7%	481,509	22.0%	35,959	1.6%	12,743	0.6%	2,399	0.1%
Querétaro	711,236	497,280	69.9%	170,170	23.9%	25,718	3.6%	14,143	2.0%	3,925	0.6%
Quintana Roo	509,134	360,867	70.9%	93,515	18.4%	44,093	8.7%	7,751	1.5%	2,908	0.6%
San Luis Potosí	1,211,402	857,008	70.7%	269,780	22.3%	50,589	4.2%	20,362	1.7%	13,663	1.1%
Sinaloa	1,007,979	642,464	63.7%	236,268	23.4%	70,537	7.0%	37,154	3.7%	21,556	2.1%
Sonora	689,720	396,182	57.4%	208,844	30.3%	60,388	8.8%	17,720	2.6%	6,583	1.0%
Tabasco	1,381,712	619,047	44.8%	351,219	25.4%	175,969	12.7%	111,152	8.0%	124,325	9.0%
Tamaulipas	1,220,269	1,043,217	85.5%	163,689	13.4%	11,285	0.9%	1,740	0.1%	338	0.0%
Tlaxcala	725,497	618,993	85.3%	103,255	14.2%	2,910	0.4%	325	0.0%	14	0.0%
Veracruz	3,620,147	3,012,725	83.2%	590,498	16.3%	13,506	0.4%	3,396	0.1%	22	0.0%
Yucatán	783,308	648,279	82.8%	125,257	16.0%	8,141	1.0%	1,256	0.2%	435	0.1%
Zacatecas	727,543	464,182	63.8%	222,249	30.5%	32,475	4.5%	7,531	1.0%	1,106	0.2%
Total	43,518,659	33,621,869	77.3%	8,203,923	18.9%	1,061,337	2.4%	387,681	0.9%	243,896	0.6%

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

De las 187,938 localidades con viviendas habitadas en el país, en 106,842 se reportan beneficiarios afiliados al Seguro Popular. Como resultado de los esfuerzos por ampliar la cobertura, durante 2010 se logró ampliar la cobertura en 10,865 localidades más que las reportadas en 2009, lo que representa un incremento del 11.3%. Las entidades que destacan por sus altos niveles de cobertura son el Estado de México (90.8%), e Hidalgo (86.2%), mientras que las que presentan el menor avance son Baja California (19.0%), y Sonora (25.8%). En estas entidades el avance se ve

afectado debido a la existencia de un gran número de localidades reportadas por INEGI que no registran habitantes.

TABLA VI
AFILIADOS AL SPSS POR DECIL DE INGRESO
(CIFRAS A DICIEMBRE 2010)

Entidad Federativa	Total* (a)	Localidades cubiertas		Variación		% respecto al total		Por cubrir (a)-(c)
		2009 (b)	2010 (c)	Abs. (c)-(b)	% [(c)/(b)] -1	2009 (b)/(a)	2010* (c)/(a)	
Aguascalientes	1,851	773	847	74	9.6%	41.8%	45.8%	1,004
Baja California	3,966	619	752	133	21.5%	15.6%	19.0%	3,214
Baja California Sur	2,467	707	864	157	22.2%	28.7%	35.0%	1,603
Campeche	2,623	731	933	202	27.6%	27.9%	35.6%	1,690
Coahuila	3,938	1,130	1,297	167	14.8%	28.7%	32.9%	2,641
Colima	1,112	345	297	-48	-13.9%	31.0%	26.7%	815
Chiapas	19,386	8,801	10,013	1212	13.8%	45.4%	51.7%	9,373
Chihuahua	12,141	3,174	3,683	509	16.0%	26.1%	30.3%	8,458
Distrito Federal	482	153	187	34	22.2%	31.7%	38.8%	295
Durango	6,009	2,703	3,143	440	16.3%	45.0%	52.3%	2,866
Guanajuato	8,629	5,597	5,882	285	5.1%	64.9%	68.2%	2,747
Guerrero	7,193	4,391	5,228	837	19.1%	61.0%	72.7%	1,965
Hidalgo	4,554	3,740	3,927	187	5.0%	82.1%	86.2%	627
Jalisco	10,643	6,633	6,933	300	4.5%	62.3%	65.1%	3,710
México	4,815	4,128	4,374	246	6.0%	85.7%	90.8%	441
Michoacán	9,142	5,855	6,523	668	11.4%	64.0%	71.4%	2,619
Morelos	1,363	821	880	59	7.2%	60.2%	64.6%	483
Nayarit	2,592	1,311	1,478	167	12.7%	50.6%	57.0%	1,114
Nuevo León	5,218	2,252	3,113	861	38.2%	43.2%	59.7%	2,105
Oaxaca	10,186	6,045	6,659	614	10.2%	59.3%	65.4%	3,527
Puebla	6,348	4,399	4,706	307	7.0%	69.3%	74.1%	1,642
Querétaro	2,584	1,620	1,700	80	4.9%	62.7%	65.8%	884
Quintana Roo	1,823	505	672	167	33.1%	27.7%	36.9%	1,151
San Luis Potosí	6,887	3,897	4,576	679	17.4%	56.6%	66.4%	2,311
Sinaloa	5,875	3,459	3,600	141	4.1%	58.9%	61.3%	2,275
Sonora	7,383	1,620	1,907	287	17.7%	21.9%	25.8%	5,476
Tabasco	2,530	1,978	2,009	31	1.6%	78.2%	79.4%	521
Tamaulipas	7,498	2,867	3,070	203	7.1%	38.2%	40.9%	4,428
Tlaxcala	1,239	639	769	130	20.3%	51.6%	62.1%	470
Veracruz	20,578	11,172	12,373	1201	10.8%	54.3%	60.1%	8,205
Yucatán	2,325	1,287	1,659	372	28.9%	55.4%	71.4%	666
Zacatecas	4,558	2,625	2,788	163	6.2%	57.6%	61.2%	1,770
Total nacional	187,938	95,977	106,842	10,865	11.3%	51.1%	56.8%	81,096

*Total de localidades según el Censo Nacional de Población y vivienda 2005.

Fuente. CNPSS, Secretaría de Salud.

Además, del total de Beneficiarios, 16.1 millones pertenecen a zonas rurales, lo que equivale al 36.9% del total. En las zonas urbanas son 27.4 millones de afiliados, equivalentes al 63.1%. Los afiliados que habitan en zonas rurales tuvieron un crecimiento de 36.7% respecto a 2009, mientras que las personas en zonas urbanas mostraron un crecimiento del 41.4%,

Renovación de afiliación

Este indicador refleja la dinámica de entrada y salida de la seguridad social y, en cierto grado, la satisfacción, confianza y elegibilidad de las personas hacia el Sistema. Al mes de diciembre de 2010 se reportó el 73.5% de la estimación prevista para el ejercicio 2010. Destacan los estados de Guerrero con 98.9%, Nayarit con 97.4% y el estado de México con 96%; por el contrario, las entidades que observan una menor reafiliación son el Distrito Federal con 11.8%, Baja California con 36.3% y Sonora con 47.9%.

Entre las causas que impiden la reafiliación se reportan las siguientes:

- Debido a que las personas en situación más vulnerable que ya pertenecen al Sistema, muchas veces no pueden afrontar el pago de su traslado a los Módulos de Afiliación y Orientación, por lo que, de no ser visitados, hay impedimento para que lo hagan con recursos propios.
- La falta de aviso de notificación por parte de los usuarios respecto a cambios de domicilio.

3.7 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Se constituye con el 8% de los recursos destinados a la Cuota Social y de las Aportaciones Solidarias (Federal y Estatal), y es administrado y operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS).

Para incorporar un padecimiento al FPGC se requiere que el Consejo de Salubridad General lo defina como una enfermedad catastrófica; posteriormente, la CNPSS propone su inclusión como una enfermedad susceptible de ser financiada con recursos del FPGC, de acuerdo a características como su prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera. Una vez incorporada se define la tarifa correspondiente, después se necesitan autorizar los casos y monto para el pago respectivo. Hasta el 2010, se incluyen 49 intervenciones clasificadas en ocho grupos diferentes: cáncer cérvico uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplantes de médula ósea, cáncer de mama y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos.

Existen en total 204 prestadores de servicio, el 57.8% se concentra en diez entidades federativas: Distrito Federal, Chihuahua, Jalisco, Tamaulipas, Guanajuato, Chiapas, México, Michoacán, Sinaloa y Veracruz.

TABLA VII**NÚMERO DE PRESTADORES DE SERVICIO DEL FPGC**

Entidad federativa	Número de Prestadores
Aguascalientes	6
Baja California	4
Baja California Sur	2
Campeche	3
Coahuila	7
Colima	2
Chiapas	9
Chihuahua	14
Distrito Federal	30
Durango	3
Guanajuato	10
Guerrero	7
Hidalgo	2
Jalisco	11
México	9
Michoacán	8
Morelos	2
Nayarit	4
Nuevo León	6
Oaxaca	5
Puebla	5
Querétaro	3
Quintana Roo	2
San Luis Potosí	5
Sinaloa	8
Sonora	5
Tabasco	5
Tamaulipas	11
Tlaxcala	4
Veracruz	8
Yucatán	1
Zacatecas	3
Total nacional	204

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

Al 31 de diciembre de 2010 fueron validados 87,893 casos atendidos en 2009 de enfermedades catastróficas, de los cuales el 36.7% corresponde a casos de pacientes con VIH/SIDA. Además, se transfirieron 4,041.8 millones de pesos que corresponden al pago de 85,164 casos atendidos en el 2009 de las enfermedades catastróficas, por un monto de 3,625.6 millones de pesos, así como al pago de 10.4 millones de vacunas anti-influenza estacional por un monto de 416.2 millones de pesos, quedan pendientes de pago 2,729 casos por un monto de 288.4 millones de pesos.

3.8 Cobertura Nacional

Aunque la cobertura del Seguro Popular ha incrementado en los últimos años, todavía falta mucho por hacer, en la siguiente tabla se muestra el número de afiliados al Seguro Popular contra el número de habitantes por Entidad Federativa. En promedio, el Seguro Popular cubre a tan sólo el 38.2% de la población a nivel nacional con la mayor penetración en Tabasco con el 66.9% y la menor en el Distrito Federal con 19.7%.*Cifras a Diciembre de 2010.

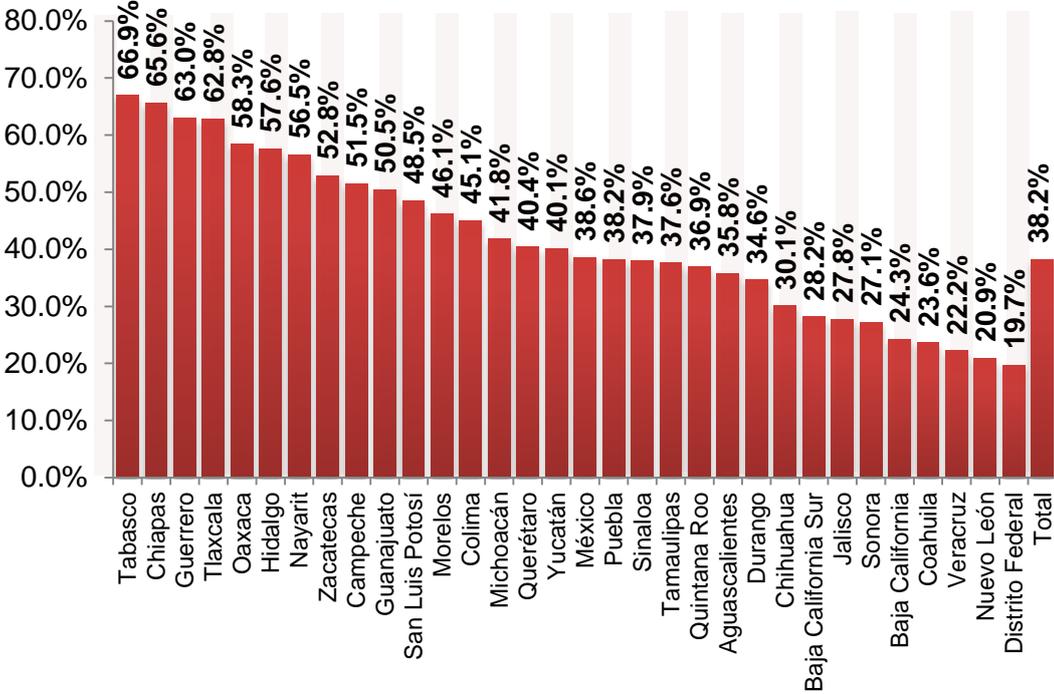
TABLA VIII
AFILIADOS AL SPSS POR DECIL DE INGRESO
(CIFRAS A DICIEMBRE 2010)

Entidad	Número de personas afiliadas al Seguro Popular	Número de Habitantes	% Cobertura
Tabasco	1,381,712	2,064,321	66.9%
Chiapas	2,997,900	4,570,620	65.6%
Guerrero	1,973,798	3,131,881	63.0%
Tlaxcala	725,497	1,155,241	62.8%
Oaxaca	2,069,971	3,547,696	58.3%
Hidalgo	1,403,601	2,437,950	57.6%
Nayarit	550,000	972,798	56.5%
Zacatecas	727,543	1,376,847	52.8%
Campeche	416,328	808,718	51.5%
Guanajuato	2,560,975	5,075,393	50.5%
San Luis Potosí	1,211,402	2,499,373	48.5%
Morelos	780,672	1,692,073	46.1%
Colima	275,487	611,399	45.1%
Michoacán	1,647,610	3,943,661	41.8%
Querétaro	711,236	1,762,433	40.4%
Yucatán	783,368	1,954,892	40.1%
México	5,826,998	15,104,265	38.6%
Puebla	2,188,072	5,725,653	38.2%
Sinaloa	1,007,979	2,657,092	37.9%
Tamaulipas	1,220,269	3,244,186	37.6%
Quintana Roo	509,134	1,380,116	36.9%
Aguascalientes	416,961	1,165,809	35.8%
Durango	538,607	1,557,575	34.6%
Chihuahua	1,033,038	3,433,274	30.1%
Baja California Sur	164,681	584,398	28.2%
Jalisco	1,967,804	7,090,510	27.8%
Sonora	689,720	2,540,834	27.1%
Baja California	797,261	3,285,689	24.3%
Coahuila	630,000	2,664,911	23.6%
Veracruz	1,620,147	7,300,701	22.2%
Nuevo León	946,529	4,522,245	20.9%
Distrito Federal	1,744,419	8,848,270	19.7%
Total	41,518,719	108,710,824	38.2%

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. CNPSS. Secretaría de Salud

GRÁFICA XI

COBERTURA A NIVEL NACIONAL



CAPÍTULO IV. El Microseguro

4.1 Antecedentes Históricos

El origen de los Microseguros se remonta a 1976, cuando el Dr. Muhammad Yunus, economista, fundó en Jobra, Bangladesh, el Banco Grameen: banco social orientado a proporcionar pequeños préstamos a grupos de mujeres pobres. Con éste sistema de microcrédito, propició la exportación de su país al resto del mundo.

En países como África, se buscó otorgar microcréditos a personas necesitadas que estaban infectadas con el virus del VIH ampliando aún más los beneficios del microcrédito a uno de los sectores más vulnerables de la población.

Aunque tuvo una extensa demanda, estos primeros experimentos del Microseguro, fueron implementados bajo un enfoque de comunidad y solidaridad, sin que en su elaboración intervinieran profesionales calificados, por lo que resultaron desastrosos en la mayoría de los casos.

Actualmente, los Microseguros se han convertido en un gran reto para el sector asegurador, así como su oportunidad más grande de desarrollo. Cubren generalmente la operación de Vida, pero también ofrecen alternativas para Gastos Médicos, Accidentes Personales y Daños.

Operan principalmente en el mercado asiático, africano y latinoamericano. En nuestro país, comenzaron a funcionar en el año 2006 con la Operación Vida, extendiéndose posteriormente a los demás ramos.

4.2 Definición

El Microseguro se define como el mecanismo de protección financiera para personas de bajos ingresos contra peligros (riesgos) específicos a cambio

del pago regular de una prima proporcional a la probabilidad y costo del riesgo cubierto⁷. Se divide en tres tipos de Operación: Vida, Accidentes y Enfermedades y Daños.

4.3 Marco Normativo

En noviembre de 2010, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas emitió la Circular Única de Seguros donde se establece el marco normativo aplicable al registro de productos bajo la modalidad de Microseguros, estableciendo solamente como Microseguros a “Aquellos 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 (Seguro de Pensiones), XI (Seguros de Crédito), XI BIS (Seguro de Crédito a la Vivienda) y XI BIS-1 (Seguro de Garantía Financiera) del Artículo 8º de la ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, 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”.⁸

Además, se publicaron modificaciones para simplificar los requisitos de certificación que deben cumplir las personas morales para la comercialización de los productos de seguros, se reconoció el pago de indemnizaciones por giros telegráficos, la comprobación del domicilio de los asegurados solamente con la testificación de personas que conozcan al interesado, así como la autorización para efectuar los pagos mediante cheque, sin que sea necesaria la leyenda para abono en cuenta.⁹

⁷ Seminario CONAC-AMA, Nov 2008

⁸ Circular Única de Seguros, Capítulo 5.1.2, CNSF, Noviembre 2010.

⁹ Tercer Informe de labores de la SHCP. 2009

4.4 Características Generales de la Regulación.¹⁰

1. Tratándose de Microseguros, los intermediarios pueden dejar de cumplir con la evaluación y certificación de conocimientos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, siempre y cuando cursen los programas de capacitación que imparta la Institución de Seguros.
2. En seguros individuales (Vida, Accidentes y Enfermedades), los Microseguros deben considerar una suma asegurada que no puede ser superior a 4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), elevado al año.
3. En seguros de grupo colectivos (Vida, Accidentes y Enfermedades), la suma asegurada que corresponda a cada integrante del grupo o colectividad asegurada no puede ser superior a 3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), elevado al año.
4. Deben formalizarse a través de contratos de edición que ofrezcan una redacción clara, precisa y sencilla.
5. No deben establecer deducibles, copagos, franquicias o cualquier otra forma de participación del asegurado o sus beneficiarios en el costo del siniestro.
6. No deben establecer el pago de dividendos.
7. Las exclusiones que en su caso establezcan, deben ser generales y no guardar relación con el riesgo individualizado.
8. Deben contemplar mecanismos simplificados para el cobro de la prima.
9. Para los seguros de Vida y Accidentes y Enfermedades, la vigencia de la póliza será anual con renovación automática y solamente se podrá cancelar por aviso del asegurado con 30 días naturales de anticipación o por falta del pago de la prima.
10. Ofrecerán un periodo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima.

¹⁰ Microseguros: Marco conceptual y evolución. Seminario "Prevención de riesgos y seguros". CNSF.

11. Considerarán un procedimiento simplificado para la reclamación y pago de la indemnización, la cual deberá efectuarse dentro de los 5 días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación.

4.5 Barreras para el desarrollo del Microseguro

Entre las barreras encontradas para el desarrollo de este producto se encuentran:

Pobreza extrema. Esta barrera se refiere a toda la población que se encuentra en los niveles más altos de marginación y por ende, es más vulnerable frente a cualquier riesgo.

Poblaciones de difícil acceso. Esta, es una de las barreras más grandes que existe pues muchas de las poblaciones marginadas en México se encuentran fuera de alcance y no existen transportes o medios fáciles para acceder a ellas.

Poco entendimiento por parte de los asegurados. Se incluye la falta de entendimiento por parte de la población para manejar un producto de este tipo debido a que es difícil convencer a la población de que se prevenga por un riesgo que podría suceder en el futuro o tal vez nunca podría suceder.

Pólizas demasiado complejas. Para resolver el problema anterior, se deben realizar pólizas sencillas y fáciles de entender, con letras accesibles para la población y con estructura sencilla y esquemática.

Desconocimiento del Sistema Asegurador. Puede ser que una de las razones por las cuales no se había hecho un esquema de este tipo debido a que la población no conoce al sistema asegurador y los beneficios que puede tener en su vida en caso de un siniestro.

Falta de capacitación. La falta de capacitación de los agentes promotores de este esquema o de las personas que tienen contacto directo con el asegurado influyen debido a que no son necesariamente especialistas en la materia, así como sucedió al inicio del funcionamiento del Microseguro en Bangladesh, dificultando la comunicación entre asegurado y Microfinanciera.

Barreras culturales. Tal vez sea difícil lograr que las poblaciones en las comunidades rurales logren acceder a una protección como esta pues aunque tiene un gran beneficio, éste no se verá reflejado a corto plazo como las ganancias obtenidas a través de sus cultivos y ganado.

Falta de regulación. Aunque se ha logrado un gran paso, se necesita ampliar un poco más la regulación del Microseguro ya que se desconoce cuántas entidades estén participando en este esquema y desgraciadamente muchas de ellas son ilícitas.

Falta de cultura de previsión. México no se identifica por ser un país que previene los malos tiempos, generalmente el individuo realiza alguna acción hasta que se presente el problema y esto puede implicar que la gente no adquiera un seguro debido a que tiene la idea de que el costo es muy alto y la reclamación toma mucho tiempo.

Falta de medios para otorgar el servicio adecuado. Puesto que se trata de un Microseguro de Accidentes y Enfermedades, se debe tomar en cuenta que el servicio que otorgarán los proveedores del servicio debe ser eficiente e inmediato pues el asegurado en algunos casos depende de un corto tiempo para solucionar el incidente y los beneficiarios dependen totalmente de la indemnización para los gastos funerarios.

4.6 Mecanismos de cobertura

Los mecanismos de cobertura, aplicables a la población de menores ingresos se dividen en dos tipos:

- Formales: Se les llama así a los productos otorgados a través del Sistema Financiero, están supervisados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y establecidos en las legislaciones correspondientes que aplican para el Sector Financiero, tales como Ahorro, Crédito y Seguros.
- Informales: Son productos que no están regulados en el Sector Financiero, sin embargo, funcionan entre comunidades, familiares o amigos para solventar los riesgos que afectan a la población, tales como: Ahorro en efectivo o en especie, cooperación entre integrantes de una comunidad para mitigar el riesgo, préstamos entre familiares o amigos, tandas, etc.

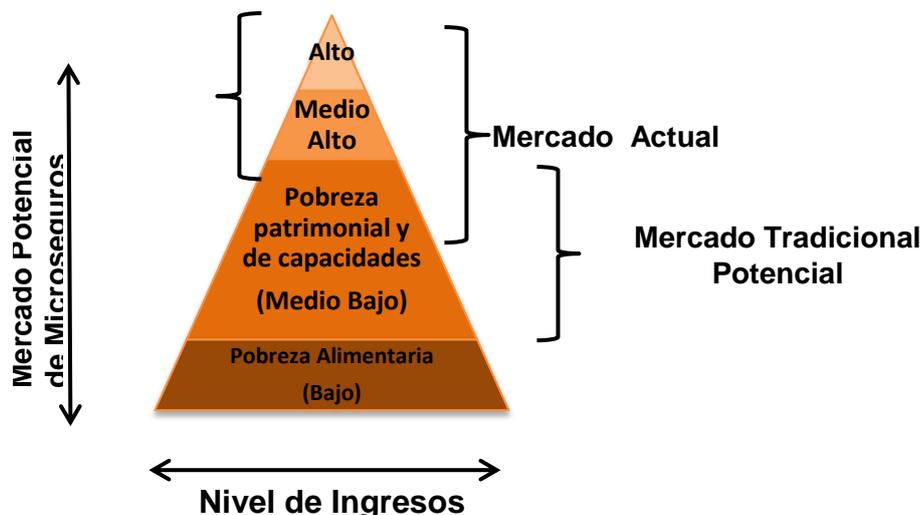
4.7 Mercado potencial

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares¹¹, en el segundo trimestre de 2010, la población nacional total corresponde a más de 108 millones de personas, de ellas, el 50% tiene un nivel de ingresos Medio bajo, el 21% cuenta con un ingreso Bajo, otro 21% tiene un ingreso Medio Alto y sólo el 8% de la población tiene ingreso Alto. Esto se representa en la pirámide poblacional de México¹² contemplando solamente como mercado potencial de Microseguros al primer grupo.

¹¹ Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2008) del Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI). Segundo trimestre de 2010.

¹² Clasificación INEGI: Alto corresponde a más de 5 salarios mínimos, Medio Alto: 2 a 4 salarios mínimos. Medio Bajo: 1 a 2 salarios mínimos. Bajo: Hasta 1 salario mínimo

GRÁFICA XII PIRÁMIDE POBLACIONAL POR NIVEL DE INGRESO



4.8 Características principales

Los productos deben contar con las siguientes características:

- Diseño sencillo y comprensible para la población.
- Pocos requisitos y exámenes sencillos de salud.
- Coberturas esenciales, productos adecuados a los riesgos a los que se encuentran expuestos.
- Sumas aseguradas pequeñas y pagos fraccionados.
- Documentos fáciles de entender, lenguaje simple y claro.
- Primas únicas de bajo costo de acuerdo con el ingreso del sector.
- Cobro a través de Microfinancieras, programas de asistencia social, corresponsales y cajas de ahorro para tener una mayor cobertura en zonas aisladas.
- Canales de distribución masivos como redes Microfinancieras, recibos de servicios públicos, entre otros.

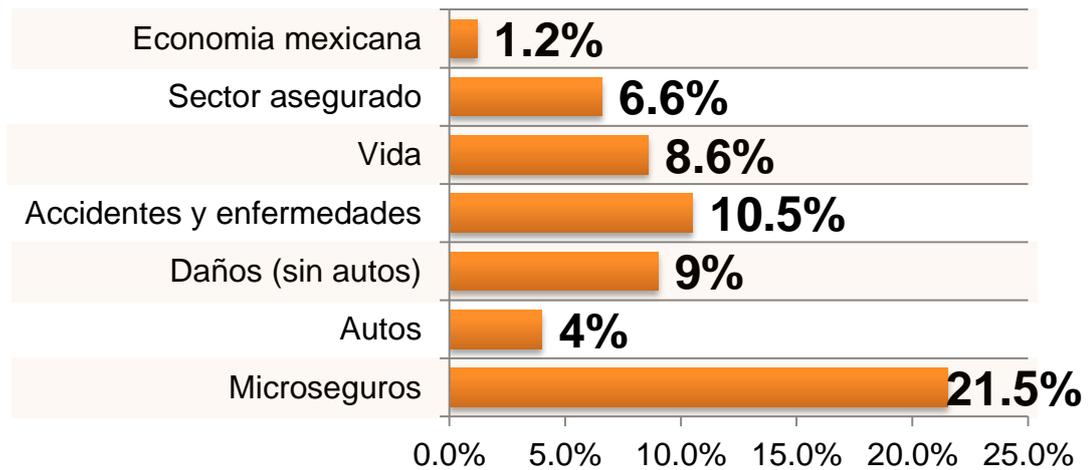
4.9 Situación Actual

De acuerdo con la Comisión Nacional de Seguros y fianzas, el Microseguro ha aportado mucho a la industria del Sector Asegurador. En general, la tasa

de crecimiento real de los Microseguros 2007-2009 fue de 21.5%, lo que supera el crecimiento de la economía mexicana e incluso de los diversos ramos del Sector Asegurador.

GRÁFICA XIII

CRECIMIENTO COMPARATIVO 2000 - 2009 (TASA DE CRECIMIENTO REAL PEROMEDIO ANUAL)

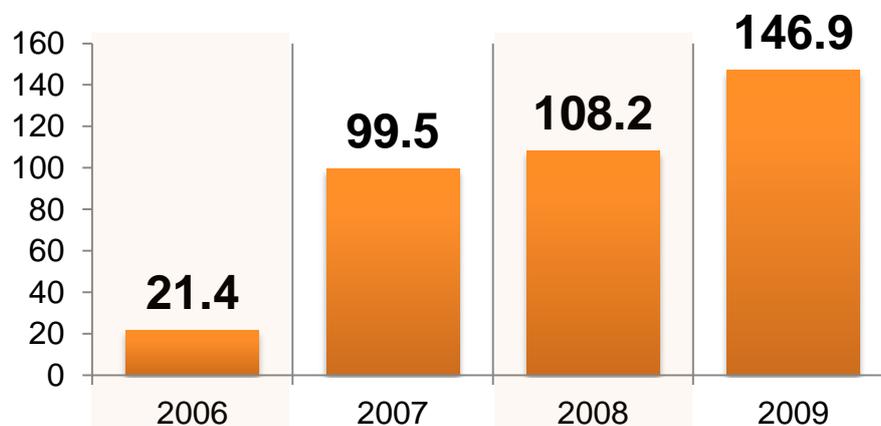


Fuente: CNSF.

Además, en términos de la prima directa real se puede notar un mayor crecimiento entre el año 2006 y el año 2007 con un incremento anual de 365%, en total, en el año 2006 los Microseguros aportaban 21.4 millones de pesos, incrementando a 146.9 millones de pesos en el 2009.

GRÁFICA XIV

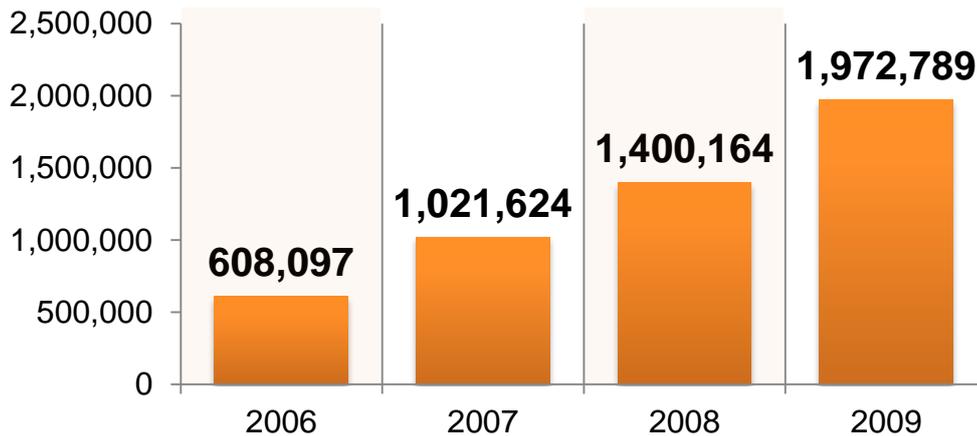
PRIMA DIRECTA REAL DE LOS MICROSEGUROS



Fuente: CNSF.

Por otro lado, el número de asegurados en el año 2006 era de 608,097 personas incrementando a 1,972,789 en 2009. El crecimiento total entre estos años fue de 224%.

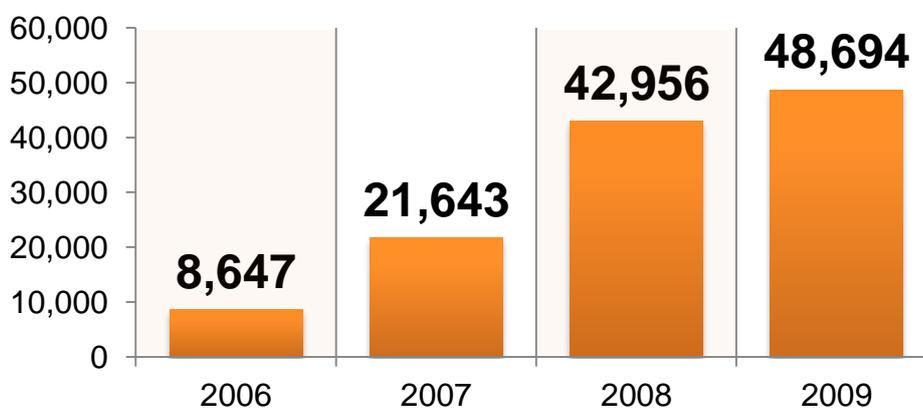
GRÁFICA X V
NÚMERO DE ASEGURADOS



Fuente: **CNSF.**

Éste incremento notable también se refleja en las sumas aseguradas. En el año 2006 se reportó 8,647 millones de pesos de suma asegurada, comparado con el año 2009 donde las sumas aseguradas ascendieron a 48,694 millones de pesos.

GRÁFICA X VI
SUMAS ASEGURADAS DE LOS MICROSEGUROS



Fuente: **CNSF.**

Es importante mencionar que en el año 2007, la prima mensual promedio que el usuario pagaba por un Microseguro era de \$8.12, sin embargo, en el año 2009, la prima mensual promedio fue de \$6.20 pesos. Además, en el 2007, la suma asegurada promedio era de \$21,185 pesos comparada con \$24,683 pesos en el 2009. Esto implica que a pesar de que el costo de la prima disminuyó se logró obtener mayor cobertura para las personas que buscaran asegurarse por este medio.

Prima mensual promedio



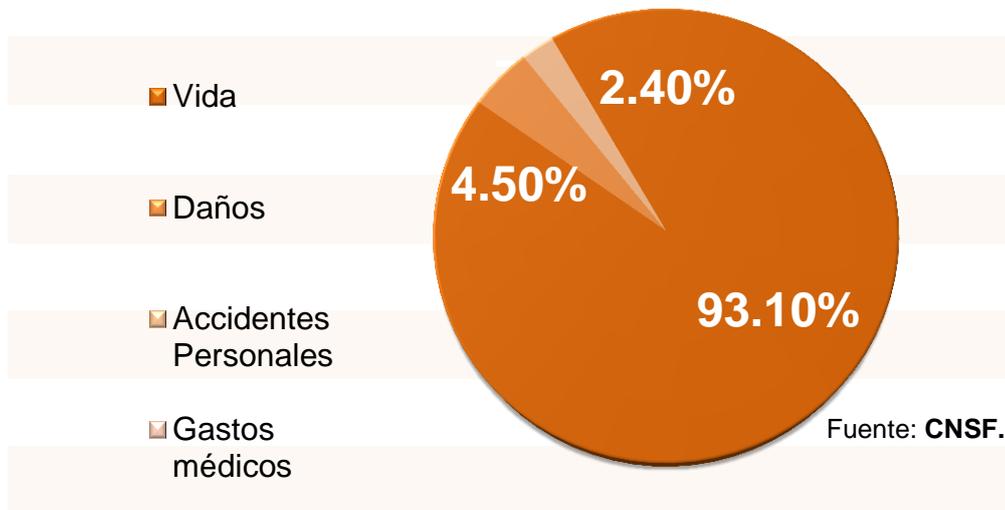
Suma asegurada promedio



Los ramos de Microseguros comercializados en la actualidad comprende los ramos Vida, Accidentes Personales, Gastos Médicos y Daños. La estructura de la cartera está distribuida principalmente en Vida con el 93.1% de la cartera total, seguido de Daños con 4.5% y Accidentes Personales con 2.4%.

GRÁFICA XVII

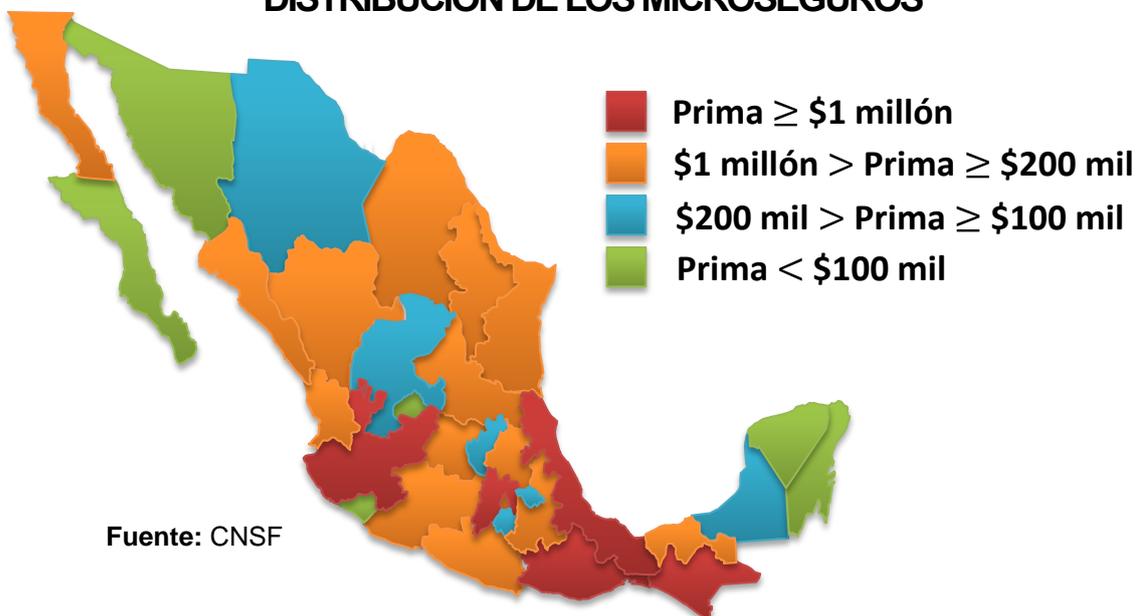
ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE LOS MICROSEGUROS



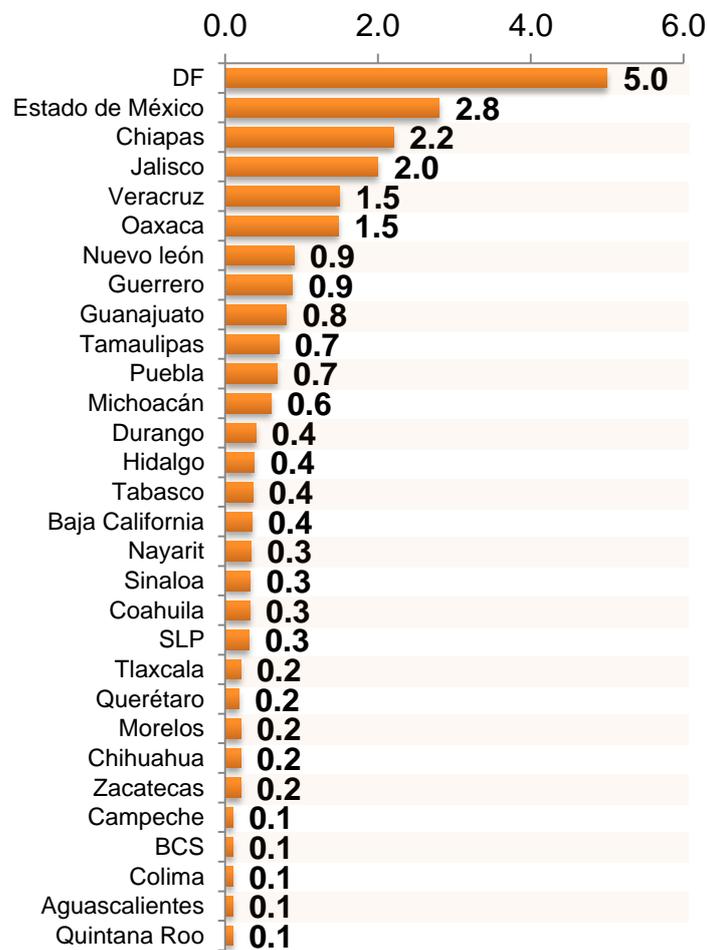
Con esto, se elaboró un análisis regional para determinar de qué manera se encuentra distribuida la prima que conforma el Sector Asegurador en los Microseguros por región, determinando que la mayor parte de los estados aportan entre un millón y 200 pesos de prima anual, además, la mayor participación la aportan el Distrito Federal (127.5 mdp), el Estado de México (2.8 mdp), Chiapas (2.2 mdp) Jalisco (2.0 mdp), Veracruz y Oaxaca (1.5 mdp), a diferencia de Baja California Sur, Colima, Aguascalientes y Quintana Roo (0.5 mdp), quienes sólo aportan menos de \$100 mil pesos al año.

GRÁFICA XVIII

DISTRIBUCIÓN DE LOS MICROSEGUROS



GRÁFICA XIX
PRIMA EMITIDA (MILLONES DE PESOS)



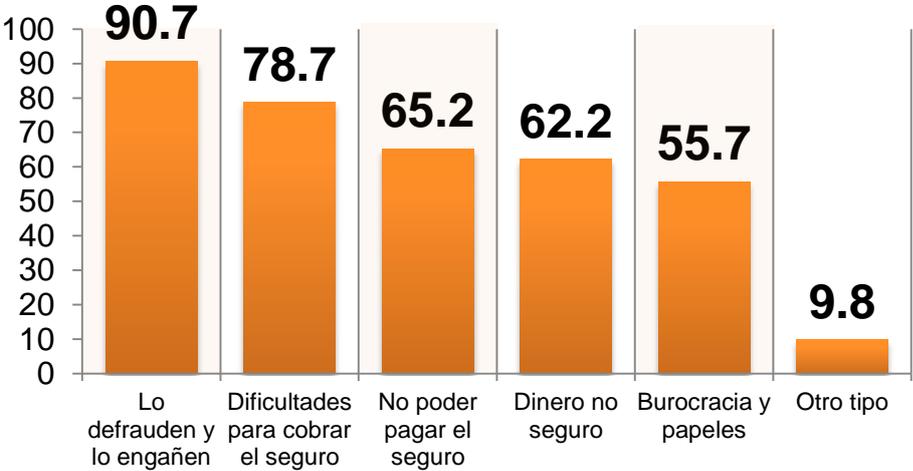
4. 10 Percepción de los usuarios

En una encuesta realizada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) titulada “Microseguros México”, se publicó la percepción de las personas hacia el Microseguro señalando lo siguiente:

Entre los miedos o temores más frecuentes para no adquirir un seguro se encontró que el 90.7% de la población teme que lo defrauden o lo engañen, el 78.7% que tenga dificultades para cobrar el seguro y el 65.2% de no poder pagar el seguro.

GRÁFICA X X

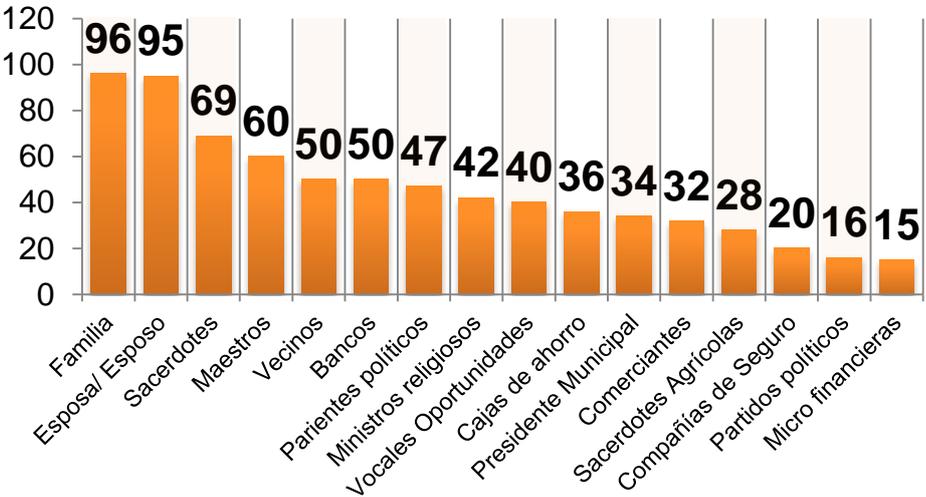
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS



Además, las personas en las que más confía la mayor parte de la población son, en primer lugar la familia, seguido de esposos, maestros y sacerdotes, colocando a las compañías de seguros en un lugar bastante bajo de confiabilidad con tan sólo el 20% de las personas entrevistadas.

GRÁFICA X X I

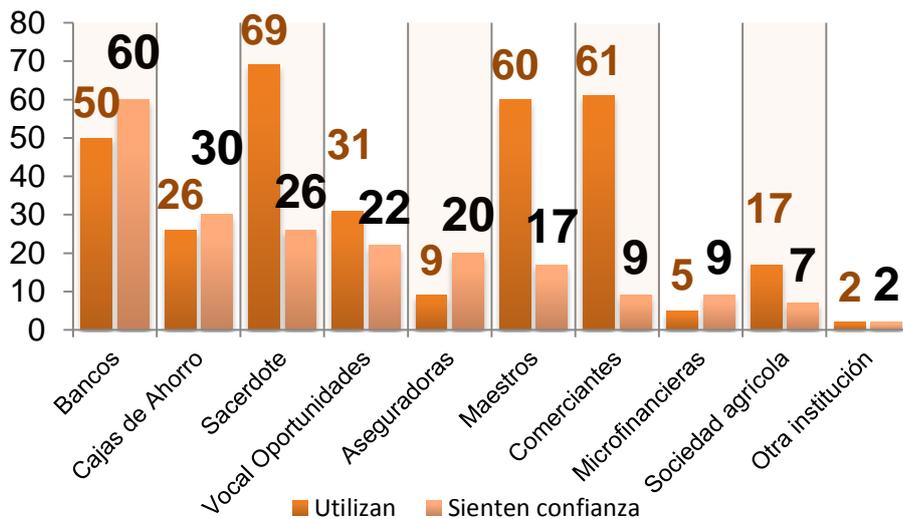
PORCENTAJE DE CONFIABILIDAD



Dentro de las Instituciones a las que les tienen confianza para pagar una prima se encuentran, en primer lugar los bancos, seguido de las cajas de ahorro, los sacerdotes y Vocales de Oportunidades, contrastado con la realidad, los medios más frecuentes de uso son los Sacerdotes o Ministros religiosos, seguido de los comerciantes y maestros

GRÁFICA XXII

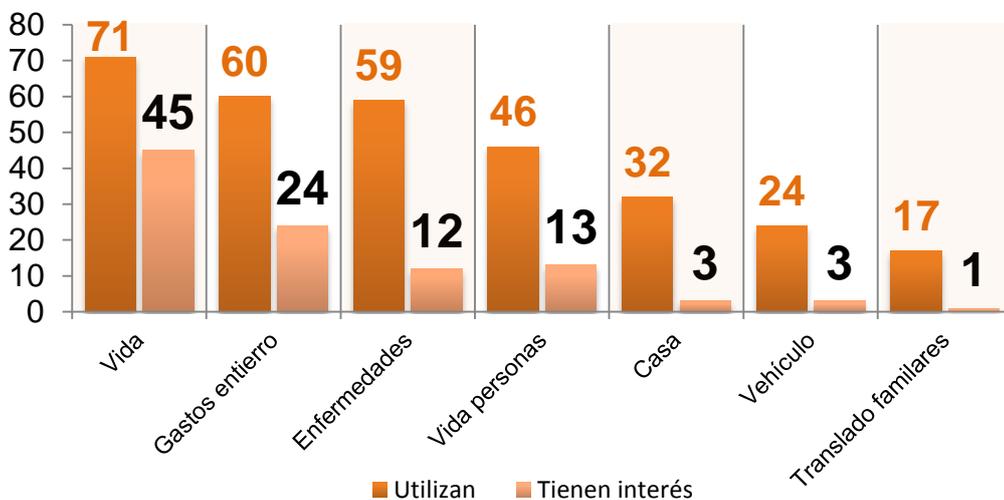
PORCENTAJE DE CONFIABILIDAD EN IF



En cuanto al interés en adquirir un seguro, la mayor parte de los encuestados se inclinó por el seguro de Vida, seguido de Gastos de entierro y Enfermedades.

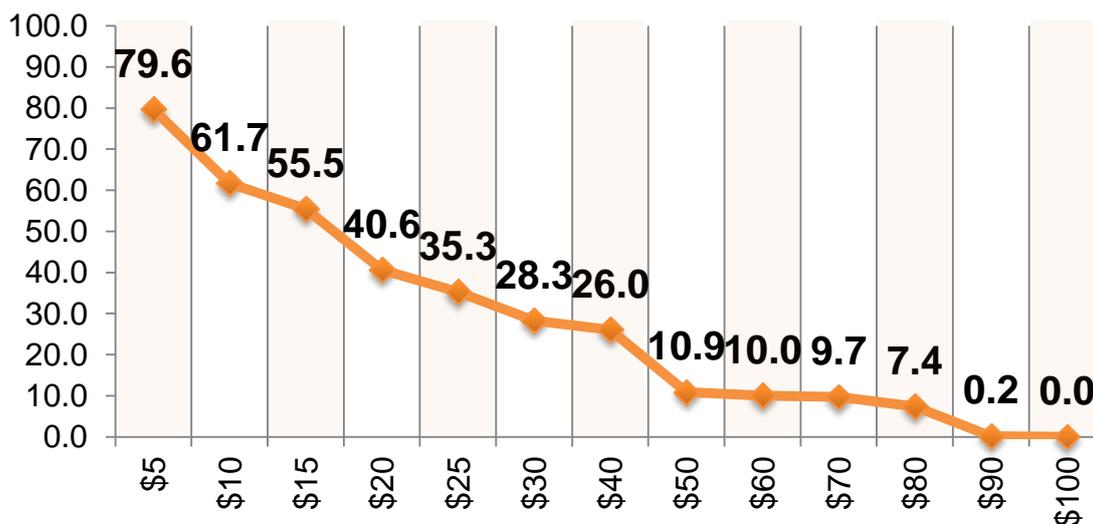
GRÁFICA XXIII

INTERÉS EN ADQUIRIR UN SEGURO



Además, el 79.6% de los encuestados respondió que lo más que estaría dispuesto a pagar mensualmente para contar con un seguro de vida son 5 pesos, lo que refleja el gran interés de la población en adquirir seguros a bajo costo.

GRÁFICA XXIV
MÁXIMO PAGO MENSUAL (SEGURO DE VIDA)



En la siguiente tabla, se enuncian los hallazgos más relevantes para el Microseguro de Accidentes y Enfermedades:

TABLA IX

HALLAZGOS RELEVANTES PARA EL MICROSEGURO DE A Y E

Servicios Médicos	32% de los entrevistados no cuenta con ningún Servicio Médico. El 73% tiene Seguro Social, 24% cuenta con Seguro Popular
Enfermedades	Enfermedades más recurrentes son fracturas (28%) y cirugías de hueso (27%)
Satisfacción del servicio	8 de cada 10 en cirugías y quemaduras solucionaron el problema satisfactoriamente pero en accidentes sólo 5 de cada 10
Interés en asegurar	7 de cada 10 adquirirían el producto
Evaluación del Seguro de Gastos Médicos	El 50% ven el SGM como un apoyo económico, sin embargo existe desconfianza en las Aseguradoras
Precio estimado	El precio estimado más bajo fue de \$50 y el más alto de \$5,000
Módulos	El precio en módulos que pagarían por ellos sería de \$191.47, el precio por adulto que vive en casa de \$205 y el precio por menor de \$141.33
Lugar y forma de pago	4 de cada 10 prefieren hacer un pago anual en el banco
Imagen	El 80% tiene gran desconfianza en los seguros porque no saben lo que hacen

Fuente: AMIS

Con estos hallazgos tan importantes se determina que hay un gran interés entre la población para adquirir este tipo de seguros, además, se puede impulsar el crecimiento de los Microseguros entre la población estableciendo fuertes campañas de promoción y stands de información en las diferentes campañas de Instituciones Gubernamentales alrededor del país.

4.11 Diferencias entre el Seguro Tradicional y el Microseguro

TABLA X

PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL SEGURO TRADICIONAL Y EL MICROSEGURO

Seguro Tradicional	Microseguro
Las primas se colectan en efectivo o más que todo haciendo deducciones de cuentas bancarias.	La prima generalmente se colecta en efectivo o es asociada con otra transacción como un repago de un crédito o compra de un activo. Las formas de colección deben responder a los flujos irregulares de efectivo del mercado, lo que puede significar pagos frecuentes de primas.
Lo venden intermediarios con licencia.	Con frecuencia los venden intermediarios sin licencia.
Los agentes y los corredores son responsables por las ventas y los servicios. Las ventas directas también son comunes.	Los agentes administran todas las relaciones con los clientes, tal vez hasta incluir el cobro de las primas. Con frecuencia el Microseguro se vende a grupos.
EL grupo objetivo es generalmente de clientes de clase media y alta en mercados emergentes.	El grupo objetivo es personas de bajos ingresos en los mercados emergentes.
En los mercados emergentes, generalmente el mercado no está familiarizado con los seguros.	El mercado generalmente no está familiarizado con los seguros y por eso requiere una lata inversión en educación del consumidor
Los requerimientos de selección pueden incluir examen médico.	Si existen criterios de selección, éstos se limitan a una declaración de buena salud.
Grandes sumas aseguradas	Pequeñas sumas aseguradas
Precio basado en edad/riesgo específico	Precio comunitario o de grupo: en el caso individual con frecuencia el precio de la prima es más alto debido al nivel de riesgo de los asegurados y a la falta de competencia de quienes lo ofrecen.
Elegibilidad limitada con exclusiones estándar.	Ampliamente incluyente con pocas exclusiones, si existen.
Documento de póliza complejo.	Documento de póliza simple y fácil de entender.
El proceso de reclamo puede ser bastante difícil para los asegurados.	El proceso de reclamo debe ser simple al tiempo que controla el fraude.

Fuente: Microseguros: Análisis de Experiencias destacables en LA y el Caribe. BID, Fides, Fomin.

CAPÍTULO V. Nota Técnica Actuarial del Microseguro de AP

El Seguro de Accidentes y Enfermedades comprende tres seguros: Seguro de Accidentes Personales, Seguro de Gastos Médicos Mayores y Seguro de Salud. En el caso de Gastos Médicos Mayores, el pretender incluir éste dentro de la figura del Microseguro originaría costos muy altos debido al bajo número de siniestros de alta severidad. En Salud, este tipo de seguro está cubierto con el Seguro popular analizado anteriormente. En esta tesis, se propone una metodología para el cálculo de la prima de tarifa de un Microseguro de Accidentes y Enfermedades con información estadística de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) para el cálculo de la cobertura por Muerte Accidental, esto es, que la compañía pagará la suma asegurada, si el asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo.

5.1 Definiciones relevantes

Seguro de Accidentes y Enfermedades: El seguro de Accidentes y Enfermedades comprende tres seguros: Seguro de Accidentes Personales, Seguro de Gastos Médicos Mayores y Seguro de Salud.

Seguro de Accidentes Personales: Brinda protección financiera en caso de accidente por: muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Reembolso de Gastos Médicos e Incapacidad Total o parcial.

Seguro de Gastos Médicos Mayores: Es un mecanismo de protección para hacer frente a los gastos médicos originados por un accidente o enfermedad.

Seguro de Salud: Está enfocado a prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar la salud del Asegurado. Las ISES, Instituciones de Seguros

Especializadas en Salud, son las Aseguradoras autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y supervisadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y la Secretaría de Salud (SSA) para operar dichos seguros.

Muerte Accidental: Si como consecuencia de un accidente el asegurado pierde la vida, la aseguradora pagará al beneficiario o beneficiarios la suma asegurada contratada por este concepto.

Accidente: Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce lesiones corporales que requieran atención médica o que causen la muerte del Asegurado.

Asegurado: Es la persona cubierta en el contrato de Seguro.

Beneficiario: Persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado o contratante para recibir el beneficio del seguro.

Cobertura: Es el conjunto de garantías y beneficios ofrecidos por el asegurador en virtud de los cuales éste se hace cargo de las consecuencias económicas derivadas de eventualidades que puedan generar un siniestro cubierto.

Prima: Es la cantidad que paga el contratante por la cobertura que la aseguradora otorga.

Riesgo: Es la posible eventualidad imprevisible que no depende de las partes contratantes y para el cual se contrata un seguro. El riesgo es la probabilidad de siniestro. Sin riesgo no puede haber contrato de seguro.

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.

Cancelación: Terminación del contrato, debido a una causa distinta de siniestro o vencimiento.

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

Tasa de Morbilidad: Medida anual de la frecuencia relativa de los siniestros por enfermedad.

Nota técnica: Según la Circular Única de Seguros, 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. Deberá estar integrada por las características del producto, la descripción de las coberturas, las hipótesis técnicas para el cálculo de primas de riesgo y reserva de riesgos en curso, información estadística, hipótesis financieras para el cálculo de primas y reserva de riesgos en curso, procedimientos y fundamentos de la prima de riesgo, los procedimientos de la prima de tarifa, procedimientos y fundamentos de la reserva de riesgos en curso, dividendos, valores garantizados y otros aspectos técnicos relevantes para fundamentar actuarialmente la prima resultante¹³.

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.

Tasa de interés técnico: Es la tasa de interés la tasa o tasas de interés técnico que en su caso se utilizarán para el cálculo de primas y reserva de

¹³ Circular única de Seguros, Cap. 5.1.12

riesgos en curso, se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

Costos de administración: 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.

Costos de adquisición: La Circular Única de Seguros los define como el monto de efectivo o su equivalente, entregado a cambio de un activo financiero. Los gastos de compra, primas o descuentos, son parte integrante del costo de adquisición.

Margen de utilidad: 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.

Frecuencia: Se le denomina así a la repetición de un suceso por unidad de tiempo, se divide en frecuencia absoluta y relativa.

Frecuencia absoluta: Medida influida directamente por el tamaño de la muestra, representa el número de veces que ocurre un evento determinado.

Frecuencia relativa: Es el cociente entre la frecuencia absoluta y el tamaño de la muestra, es decir, el porcentaje del evento respecto al total de eventos.

Severidad: Representa el impacto en caso de materializarse el riesgo, está relacionada con el costo promedio del siniestro.

5.2 Características generales del plan y su comercialización

Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones correspondientes, serán liquidables en moneda nacional

Características Generales

La nota técnica propuesta corresponde a un Microseguro Individual de Accidentes y Enfermedades en el ramo de Accidentes Personales, la cobertura es Muerte Accidental.

Temporalidad del plan

La temporalidad del producto es un año y se renovará por plazos sucesivos de igual duración.

Característica especial del producto

Este producto es flexible, no aplica el pago de dividendos.

Edad mínima de aceptación

12 años, máxima de 64 años y de cancelación 65

5.3 Hipótesis técnicas para el cálculo de primas de riesgo

Mercado

Este producto está enfocado para toda la población de bajos recursos, con el beneficio de tener un seguro de accidentes personales individual con la cobertura de Muerte Accidental. La suma asegurada no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general anual vigente en el Distrito Federal.

Cobertura

Muerte Accidental

Nuestra compañía pagará al (los) beneficiario(s) el importe de la suma asegurada, si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo el asegurado fallece. El cálculo de la prima de Riesgo está en función de la experiencia mexicana de Accidentes Personales en Muerte que utiliza la Asociación Mexicana de Actuarios (AMA), para ello se tomaron las cifras publicadas por la AMIS en su Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA), dicha prima se calculó a través del método Frecuencia*Severidad.

En la metodología propuesta se utilizó la frecuencia relativa de la siguiente manera: número de siniestros entre el número de asegurados para obtener la tasa de Morbilidad.

Las cifras utilizadas en el desarrollo de esta Nota Técnica corresponden a la información estadística reportada por el Sector Asegurador a la AMIS publicada en su página, incluye cifras de los años 2008, 2009 y 2010, en este caso, se tomaron sólo las cifras de los reportes 2009 y 2010 con el fin de que los datos fueran más recientes. Cabe destacar que el proceso de recolección de reportes elimina el carácter preliminar de las cifras hasta el primer trimestre de cada año.

Número de Asegurados en Vigor (Cifras correspondientes por edad y sexo de la estadística en M.N y DIs)

Para calcular el número de asegurados en vigor se propone usar la información de toda la cartera, es decir, sin distinguir el tipo de moneda, calculándolo de la siguiente manera:

$$\text{Número de Asegurados en Vigor} = \frac{\text{Expuestos}_{2009} + \text{Expuestos}_{2010}}{2}$$

Las cifras estadísticas reportadas por la AMIS se agruparán en rangos de 5 años iniciando en 14 años y finalizando con la edad máxima de aceptación de 64 años. Dado que el Microseguro puede tarificarse desde la edad 12, el cálculo de la prima de riesgo para menores entre 12 y 14 años será el mismo que el del primer rango utilizado.

Tabla X I SESA 2009			
Edad	No. De Asegurados 2009		
	Hombre	Mujer	Total
15-19	8,542	5,385	13,927
20-24	40,115	24,684	64,799
25-29	110,355	65,619	175,974
30-34	187,981	125,953	313,934
35-39	248,788	162,623	411,411
40-44	229,063	157,226	386,289
45-49	217,544	142,614	360,158
50-54	185,816	123,162	308,978
55-59	142,022	87,766	229,788
60-64	100,811	56,117	156,928

Tabla X II SESA 2010			
Edad	No. De Asegurados 2010		
	Hombre	Mujer	Total
15-19	530,205	636,661	1,166,866
20-24	746,928	538,509	1,285,437
25-29	860,177	523,231	1,383,408
30-34	4,020,820	518,830	4,539,650
35-39	1,542,132	532,850	2,074,982
40-44	899,437	471,471	1,370,908
45-49	765,029	437,487	1,202,516
50-54	646,984	381,552	1,028,536
55-59	500,597	291,962	792,559
60-64	359,322	201,901	561,223

Por otro lado, las cifras globales, es decir, considerando la suma de todos los rangos por edad son las siguientes:

No. De Asegurados 2009			No. De Asegurados 2010		
Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1,471,037	951,149	2,422,186	10,871,631	4,534,454	15,406,085

Función de Morbilidad

La morbilidad se define como la frecuencia relativa de los siniestros por enfermedad, es decir, el número de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados y se determina como sigue:

$$\text{Morbilidad} = \frac{\text{Número de siniestros}_{2010}}{\text{Número de Asegurados en Vigor}}$$

Con objeto de analizar el comportamiento de la siniestralidad, se propondrá inicialmente realizar el estudio por grupos quinquenales por tipo de sexo, probablemente la tasa de morbilidad sea “semejante” al realizarla por rango o global e incluso no debe haber una gran diferencia entre hombres y mujeres, lo que se comprobará posteriormente.

Tabla X I I I SESA 2010			
Edad	No. De Siniestros		
	Hombre	Mujer	Total
15-19	18	19	37
20-24	59	24	83
25-29	105	38	143
30-34	158	63	221
35-39	362	53	415
40-44	162	54	216
45-49	111	40	151
50-54	85	31	116
55-59	98	24	122
60-64	56	25	81

Tabla X I V Asegurados en Vigor			
Edad	No Asegurados en Vigor		
	Hombre	Mujer	Total
15-19	269,374	321,023	590,397
20-24	393,522	281,597	675,118
25-29	485,266	294,425	779,691
30-34	2,104,401	322,392	2,426,792
35-39	895,460	347,737	1,243,197
40-44	564,250	314,349	878,599
45-49	491,287	290,051	781,337
50-54	416,400	252,357	668,757
55-59	321,310	189,864	511,174
60-64	230,067	129,009	359,076

Calculando el número de Asegurados en Vigor por todos los rangos nos queda:

No. De Siniestros			No Asegurados en Vigor		
Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1,214	371	1,585	6,171,334	2,742,802	8,914,136

Entonces, se calcula la morbilidad como se indicó anteriormente:

TABLA X V MORBILIDAD

Rangos de Edad	Hombre	Mujer	Total
15-19	6.6822E-05	5.9186E-05	6.2670E-05
20-24	1.4993E-04	8.5228E-05	1.2294E-04
25-29	2.1638E-04	1.2907E-04	1.8341E-04
30-34	7.5081E-05	1.9541E-04	9.1067E-05
35-39	4.0426E-04	1.5241E-04	3.3382E-04
40-44	2.8711E-04	1.7178E-04	2.4585E-04
45-49	2.2594E-04	1.3791E-04	1.9326E-04
50-54	2.0413E-04	1.2284E-04	1.7346E-04
55-59	3.0500E-04	1.2641E-04	2.3867E-04
60-64	2.4341E-04	1.9378E-04	2.2558E-04
Morbilidad			
	Hombre	Mujer	Total
Global	1.9672E-04	1.3526E-04	1.7781E-04

Función de Morbilidad Ajustada

Es importante decir que al analizar la información por Rango, Sexo y Tipo de Moneda se concluyó que existe poca diferencia entre las funciones obtenidas así que de acuerdo con el teorema de límite central se supone que existe una variable aleatoria idénticamente distribuida $N(0,1)$, de esta manera se obtiene la desviación estándar:

TABLA XVI
DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Desviación estándar		
Hombre	Mujer	Total
1.6873E-08	5.7878E-09	1.3257E-08
2.1891E-09	2.5035E-09	3.0103E-09
3.8652E-10	3.8416E-11	3.1343E-11
1.4795E-08	3.6182E-09	7.5240E-09
4.3075E-08	2.9416E-10	2.4339E-08
8.1705E-09	1.3338E-09	4.6293E-09
8.5389E-10	6.9900E-12	2.3873E-10
5.4977E-11	1.5429E-10	1.8934E-11
1.1726E-08	7.8445E-11	3.7038E-09
2.1801E-09	3.4248E-09	2.2821E-09

En esta propuesta se presenta la prima como un promedio que se tomó de los rangos por edad y sexo, de lo cual se obtiene:

Desviación estándar
7.6834E-05

Además, de acuerdo con la Circular publicada en el DOF en Mayo de 2003 para el cálculo de reservas técnicas se tomó en cuenta 5.5% como la tasa de interés técnica que determinará el valor del dinero en el tiempo al realizar el cálculo actuarial de la reserva, de esta manera la prima de riesgo sin recargos queda de .17 al millar.

Aplicando los recargos de Gadmon del 12%, Adquisición del 30% y Margen de utilidad de 5%, la prima de tarifa a cobrar es de .25 al millar.

De acuerdo con la Circular Única de Seguros, en el Microseguro, la suma asegurada no puede ser superior a 4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) elevado al año, además, no deberá establecer deducibles, copagos, franquicias o cualquier otra forma de participación del asegurado o sus beneficiarios en el costo del siniestro. Por lo anterior, el Plan Base se reduce a 4 VSMGVDF como beneficio máximo anual.

En el año 2012, el Salario Mínimo establecido en el Distrito Federal diariamente fue de 62.33, en total, la Suma asegurada máxima anual será de 1440 Salarios Mínimos, esto es 89,755 pesos aproximadamente.

Cabe destacar que el monto de siniestralidad no influye en el modelo presentado, por ende, no se necesitará actualizarlo ya que el objetivo de esta cobertura es dar una Suma Asegurada establecida.

Por último, la Prima de Riesgo se calcula como sigue:

$$\text{Prima de Riesgo}_{\text{Rango}}^{\text{Mixta}} = q_{\text{Rango}}^{\text{Mixta}} \times S.A_c/1000$$

Por lo tanto:

TABLA XVII
PRIMA DE TARIFA Y COSTO ANUAL

Prima de Tarifa		Costo en pesos
SA	Costo al o/oo SA	
1000	0.2545	\$0.2545
000	0.7635	\$2.2905
5000	1.2725	\$6.3625
7000	1.7815	\$12.4705
9000	2.2905	\$20.6145
11000	2.7995	\$30.7945
13000	3.3085	\$43.0105
15000	3.8175	\$57.2625
17000	4.3266	\$73.5522
19000	4.8356	\$91.8764

Cabe agregar que cada aseguradora tomará en cuenta sus políticas de Suscripción para determinar el límite de SA así como de Gastos de Administración y Gastos de Adquisición.

5.4 Reserva de suficiencia:

Si se quiere obtener la Reserva de suficiencia se calculará la prima de riesgo (PN), misma que corresponde a la prima de tarifa anualizada (PT) libre de los gastos administración (GAdmon), los gastos de adquisición (GAdqon) y el margen de utilidad (MU).

$$PN = (PT) (1 - GAdmon - GAdqon - MU)$$

Además, el factor de tiempo no transcurrido como sigue:

$$FTNT = \frac{n}{12}; n = 12 - \text{meses transcurridos}$$

Después, la Prima de riesgo no devengada se calcula multiplicando la prima de riesgo por el factor de tiempo no transcurrido que se mostró anteriormente:

$$PRND = (PN) (FTNT)$$

Para obtener la porción no devengada de los gastos de administración se multiplica la prima de tarifa por los gastos de administración y el factor de tiempo no devengado.

$$GAdmon ND = (GAdmon) (PT) (FTNT)$$

Además, el factor de suficiencia propio será el resultado de dividir los siniestros brutos pagados en los últimos doce trimestres entre la prima bruta de riesgo devengada de los últimos doce trimestres.

$$FSP = \frac{SBP}{PBRD}$$

Después, se compara el factor de suficiencia propio con el factor de suficiencia del mercado (100%). Se elige como factor de suficiencia el que resulte mayor de ambos.

$$FS = FSP \iff FSP \geq 1 \quad \text{Si no; } FS = 1$$

Por último, se calcula la reserva de suficiencia (RS) sumando la prima de riesgo no devengada multiplicada por el factor de suficiencia más los gastos de administración no devengados.

$$RS = (PRND) (FS) + GAdmon ND$$

Conclusiones

En México, existe una gran deficiencia en el conocimiento de los Productos y Servicios Financieros que pueden ayudar a la población a mejorar su nivel de vida e incluso, como es el caso del seguro, a cubrir el riesgo al que están expuestas las personas en caso de un siniestro, el cual evidentemente es mayor en la población con nivel de pobreza alto. Por ello, se necesita una mayor difusión, publicidad, así como programas necesarios para fomentar la educación financiera en el tema de Seguros con el fin de hacer conciencia en la población sobre la importancia del Seguro como método de protección contra el riesgo.

En este sentido, a pesar de que el gobierno ha impulsado planes y campañas de servicios enfocados a las necesidades más fuertes de la población tales como servicios hospitalarios e incluso el Seguro Popular, hace falta un mayor esfuerzo y cooperación de las Instituciones privadas para disminuir el número de personas en pobreza extrema, aprovechando la ventaja del sector privado en infraestructura y experiencia en el ramo.

Además, debido a que los Sistemas de Pago en la actualidad mejoran constantemente, se recomienda hacer uso de la tecnología desarrollando una plataforma para implementar cobros en puntos remotos e inaccesibles.

A medida que la población crece, también lo hacen la variedad de Instituciones en el mercado, es importante facilitar los conductos necesarios mediante diversas figuras para hacer llegar a la población estos productos tales como Microfinancieras, Corresponsales, recibos de pago regulares e incluso servicios comunitarios.

En general, se concluye que el Microseguro, contrario a ser comparado con el Seguro Popular es un Seguro complementario con coberturas básicas.

Bibliografía

- ANTONIO MINZONI CONSORTI, Crónica de dos siglos de seguro en México. México, 2005.
- ANTONIO MINZONI CONSORTI, Memoria de los 15 años de la CNSF. México, 2005.
- ANTONIO MINZONI CONSORTI, Memoria de los quince años de la nueva Comisión Nacional de Seguros y Fianzas 1990-2005.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE ACTUARIOS (AMA), Presentación: Microseguros de Personas, Nov 2008.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (AMIS), Presentación: Microseguros, 2010.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (AMIS), Presentación: Microseguros, Educación financiera, palanca para su desarrollo, 2010.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (AMIS), Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA), 2008, 2009 y 2010.
- COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, Boletín de análisis sectorial. Seguros, Pensiones y Fianzas, varios años.
- COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, Circular Única de Seguros.
- COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, Presentación: Microseguros: Marco conceptual y evolución. Seminario “Prevención de riesgos y seguros”, 2010.
- COMPAÑÍA SUIZA DE REASEGUROS (SWISS RE), Microseguro: Protección contra el riesgo para 4,000 millones de personas, 2010.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL), Estimaciones con base en el Censo de Población y Vivienda 2000, el Conteo de Población y Vivienda 2005, y la Muestra del Censo de Población y Vivienda 2010.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (CONEVAL), Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México,
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), Conteo Nacional de Población y Vivienda, 2005.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares (ENIGH), 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010.
- JAVIER PALACIOS ROJI CASTILLO, Tesis: Propuesta de un modelo actuarial para microseguro del seguro de vida, 2010.
- LEY DEL CONTRATO DE SEGURO
- PAUL SPICKER, SONIA ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN Y DAVID GORDON, Definiciones de pobreza: doce grupos de significados.
- PAUL SPICKER, SONIA ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN Y DAVID GORDON, Pobreza: Un glosario internacional, 2009.

- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL. COMITÉ TÉCNICO PARA LA MEDICIÓN DE LA POBREZA, Medición de la pobreza. Variantes metodológicas y estimación preliminar, 2002.
- SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, Reporte sobre el sistema financiero, 2007.
- SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Tercer Informe de labores de la SHCP, 2009.
- SECRETARÍA DE SALUD, Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), www.salud.gob.mx
- SECRETARÍA DE SALUD, Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).
- Seguro Popular, www.seguro-popular.gob.mx