



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE CIENCIAS

**MODELO PARA LA RENTABILIDAD EN LA SUSCRIPCIÓN  
DE NUEVOS NEGOCIOS DE GASTOS MÉDICOS  
MAYORES**

**Reporte de Trabajo  
Profesional**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ACTUARIA**

P R E S E N T A

**SANDRA ELIZABETH SANTOYO OLVERA**

Tutora:

M. EN E. PATRICIA MERCADO SOLORZANO

2018





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.

# Índice general

<b>Cuadros .....</b>	<b>I</b>
<b>Gráficas .....</b>	<b>II</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Seguro de gastos médicos mayores colectivo .....</b>	<b>3</b>
1.1. Introducción .....	3
1.2. Marco legal y regulatorio .....	4
1.3. Conceptos básicos del Seguro de Gastos Médicos Mayores .....	5
1.3.1 Coberturas .....	7
1.3.1.1 Básicas .....	8
1.3.1.2 Adicionales .....	10
1.3.1.3 Pago de complementos .....	10
1.3.2 Exclusiones .....	11
1.3.3 Deducibles y coaseguros .....	11
1.4. Parámetros de suscripción .....	12
1.4.1 Cotización .....	13
1.4.2 Administración .....	14
1.4.3 Gastos de la compañía .....	14
1.5. Comentarios .....	15
<b>Capítulo 2. Aspectos técnicos y actuariales para la cotización .....</b>	<b>17</b>
2.1 Introducción .....	17
2.2 Perfil del colectivo asegurar .....	17
2.2.1. Distribución por edad y sexo .....	18
2.2.2. Actividad principal del colectivo .....	18
2.2.3. Nivel de riesgo .....	21
2.3 Experiencia propia de siniestralidad .....	21
2.3.1 Padecimientos catastróficos .....	22
2.3.2 Estudios de control y medicamentos .....	23
2.3.3 Tratamiento quirúrgico .....	23
2.4 Parámetros de cotización .....	24
2.4.1 Suma asegurada .....	25
2.4.2 Deducible .....	26
2.4.3 Coaseguro .....	27
2.4.4 Base hospitalaria .....	27
2.4.5 Tablas de honorarios .....	27
2.4.6 Endosos especiales .....	27
2.5 Comentarios .....	28
<b>Capítulo 3. Elección de parámetros para la negociación y la rentabilidad .....</b>	<b>30</b>
3.1. Introducción .....	30
3.2. Cotizaciones experiencia propia .....	30
3.2.1 Estimaciones médicas de gasto .....	31
3.3. Requisitos del colectivo .....	32
3.4. Reglas de aseguramiento .....	32

3.4.1	Principio de no discriminación.....	33
3.4.2	Asegurados y dependientes económicos.....	33
3.5.	Endosos especiales.....	33
3.5.1	Parto y cesárea.....	34
3.5.2	Padecimientos congénitos.....	34
3.5.3	Cirugía de nariz y/o senos paranasales.....	34
3.6.	Cotización del seguro.....	34
3.6.1	Gastos de adquisición.....	36
3.6.2	Gastos de administración.....	36
3.6.3	Utilidad.....	37
3.7.	Paramentos para la rentabilidad.....	37
3.8.	Comentarios.....	38
<b>Conclusiones .....</b>		<b>40</b>
<b>Bibliografía.....</b>		<b>41</b>

## Cuadros

Cuadro 1.1 Principales coberturas del Seguro de Gastos Médicos .....	8
Cuadro 1.2 Principales coberturas básicas del Seguro de Gastos Médicos Colectivo .....	9
Cuadro 1.3 Principales coberturas adicionales del Seguro de Gastos Médicos Colectivo .....	10
Cuadro 1.4 Deducibles y coaseguros con mayor frecuencia en la suscripción y operación de colectivos .....	12
Cuadro 2.1 Tarificación por edad y sexo .....	18
Cuadro 3.1 Análisis de la cotización .....	37

## Gráficas

<b>Gráfica 2.1</b> Severidad acumulada de padecimientos catastróficos.....	22
<b>Gráfica 2.2</b> Gasto derivado de estudios de control y medicamentos, 2012-2014.....	23
<b>Gráfica 2.3</b> Gasto derivado de tratamiento quirúrgico, 2012-2014. ....	24

# Introducción

---

El objetivo del presente reporte de trabajo profesional es mostrar, con base en la experiencia práctica, los aspectos técnicos y actuariales que se consideran para elaborar una cotización de seguro de gastos médicos mayores colectivo por experiencia propia, así como la elección de los parámetros e información que permiten analizar y ofrecer una propuesta que cubra las necesidades del contratante y garantice la rentabilidad, tanto del colectivo en particular como de la compañía aseguradora.

El seguro de gastos médicos mayores está orientado a resarcir la pérdida económica por los gastos hospitalarios, quirúrgicos, estudios de control y medicamentos que incurra el asegurado a causa de una enfermedad o accidente. Brinda protección a los asegurados durante la vigencia de la póliza, hasta por la suma asegurada contratada y los límites establecidos en cada cobertura.

En el caso de un Colectivo, el contratante, otorga este seguro como un beneficio a sus empleados, permitiéndoles una prestación complementaria a la seguridad social que les garantiza la reparación de una pérdida económica a causa de un daño a su salud. Otorgar dicha prestación le da beneficios al contratante como la motivación de los empleados a continuar laborando en la empresa e impulsa la atracción de nuevos prospectos al equipo de trabajo. Además, el pago de primas de este seguro puede ser deducible de impuestos.

El tamaño del colectivo es uno de los factores más importantes en la suscripción, debido a que el riesgo se reparte entre el total de los integrantes. Los colectivos más grandes, dependiendo también de la edad promedio y comportamiento de la siniestralidad, pueden tener tarifas más bajas, coberturas más amplias, menos requerimientos de suscripción, una administración simplificada e incluso cobertura para padecimientos preexistentes. El costo del seguro se refleja en cómo influyen los diversos factores de riesgo en la exposición a una enfermedad o accidente.

El reporte se presenta en tres capítulos:

El objetivo del capítulo 1 es describir el marco regulatorio del seguro de gastos médicos mayores de colectivo, los alcances de las coberturas básicas y adicionales; así como las principales exclusiones, deducibles y coaseguros que se consideran como parámetros para la suscripción .

Por su parte, el objetivo del capítulo 2 es explicar los aspectos técnicos y actuariales para la cotización como: el perfil del colectivo a asegurar, experiencia propia de siniestralidad, sumas aseguradas y otros aspectos como la base hospitalaria o nivel hospitalario, tablas de honorarios, endosos especiales y factores de riesgo derivados de la experiencia propia del colectivo.

Finalmente, el objetivo del capítulo 3 es describir los parámetros a considerar en la negociación como: cotizaciones por experiencia propia, estimaciones médicas de gasto, requisitos del colectivo, reglas de aseguramiento y endosos especiales que garanticen la rentabilidad de la compañía aseguradora.



# Capítulo 1.

## Seguro de gastos médicos mayores colectivo

---

### 1.1. Introducción

En este capítulo se explicará el propósito del seguro de gastos médicos mayores de colectivo, se mencionará el significado de colectividad, distinguiendo las colectividades que otorgarán la prestación por primera vez y aquellas que ya tienen la prestación y desean renovar el contrato. Se abordarán los principales lineamientos que regulan el seguro colectivo de gastos médicos mayores, algunas definiciones generales, los tipos de coberturas básicas y adicionales que integran el seguro y otros beneficios como el pago de complementos, así como las principales exclusiones que se indican en la póliza y los parámetros que se consideran en la suscripción. Con este contenido se espera que el lector pueda reconocer las características básicas del seguro colectivo de gastos médicos mayores, conozca las razones por las que un contratante otorga la prestación a sus empleados, las coberturas principales que se otorgan en este seguro y pueda aplicar los conceptos básicos que se definen para una mejor comprensión de los siguientes capítulos.

El seguro de gastos médicos mayores colectivo es aquél que cubre los gastos médicos que tenga que incurrir el asegurado a causa de una enfermedad o accidente cubierto, ya sea que sufra el asegurado titular o sus dependientes registrados. Protege a los asegurados de la colectividad durante la vigencia de la póliza de acuerdo con sus condiciones, hasta por la suma asegurada básica y los límites establecidos en cada cobertura. Una colectividad es un conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Existen colectividades que nunca han estado aseguradas, para ellas se proporcionan varias alternativas de aseguramiento mediante los productos estándares de la Compañía Aseguradora, es decir, aplican las tarifas y condiciones generales de la aseguradora, no existe una cotización especial ya que el colectivo no cuenta con experiencia previa que permita realizar una propuesta particular. Por otro lado, la renovación de una póliza significa que el seguro que cotizamos no es nuevo, es decir, el colectivo ha estado y desea continuar asegurado en la misma compañía, por lo tanto, el colectivo cuenta con información propia que permite elaborar una propuesta de acuerdo a su comportamiento y necesidades particulares. La renovación de una póliza es importante porque representa la conservación de la cartera o de los clientes para la aseguradora, esto habla de la calidad del servicio y la satisfacción de los asegurados con una compañía. La suscripción de nuevos contratos para la compañía aseguradora es un tema tan importante como la renovación, ya que conlleva al crecimiento de la compañía, permite atacar diferentes mercados y mejora el resultado de rentabilidad

## 1.2. Marco legal y regulatorio

Las aseguradoras se encuentran reguladas por diferentes entidades, leyes y reglamentos. Las leyes tienen como principal función regular la conducta social, así como garantizar a los ciudadanos el derecho a proteger la vida, la integridad física, su patrimonio, su libertad y los principios de convivencia que le permiten la vida en sociedad. La Ley suprema es La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la cual se establecen las normas que rigen el comportamiento de la población y el funcionamiento del Gobierno de la República; otorga las garantías para defender los derechos del ser humano tales como: el derecho a la vida, libertad, igualdad, salud, educación, trabajo, entre otros.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se divide en nueve títulos:

Título 1°. De las garantías individuales.

Título 2°. De la soberanía nacional y de la forma de gobierno.

Título 3°. De la división de poderes.

Título 4°. De las responsabilidades de los servidores públicos y patrimonial del Estado.

Título 5°. De los estados de la Federación y del Distrito Federal.

Título 6°. Del trabajo y la previsión social.

Título 7°. Prevenciones generales.

Título 8°. De las reformas de la constitución.

Título 9°. De la inviolabilidad de la constitución.

A continuación, se mencionan las principales leyes que regulan el Seguro de Gastos Médicos, así como una breve descripción de su composición.

La Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, publicada el 4 de abril de 2013, establece en su Artículo 1 la regulación para la organización, operación y funcionamiento de las Instituciones de Seguros, Instituciones de Fianzas y Sociedades Mutualistas de Seguros, las actividades y operaciones de los agentes de seguros y fianzas y demás participantes en las actividades aseguradora y afianzadora. De acuerdo con el Artículo 3, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver todo lo relacionado con esta ley, así mismo podrá solicitar la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro organismo que lo amerite.

La Ley sobre el Contrato de Seguro, publicada el 31 de agosto de 1935, describe el objeto de un contrato de seguro y define y regula la organización y funcionamiento de las compañías aseguradoras.

La Circular Única de Seguros y Fianzas es un documento práctico elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas donde se encuentran los requisitos que se deben se debe entregar al órgano regulador para cumplir con la operación del seguro.

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, publicada el 18 de enero de 1999, establece en el Artículo 1° el acuerdo que protege los derechos e intereses de los usuarios de los servicios financieros que prestan las instituciones públicas, privadas y del sector social debidamente autorizadas y regula la organización, procedimientos y funcionamiento de la entidad pública encargada de dichas funciones. De acuerdo con el artículo 4°, la protección de los derechos e intereses de los usuarios está a cargo de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que debe procurar la equidad en las relaciones entre los usuarios y las instituciones financieras.

### 1.3. Conceptos básicos del Seguro de Gastos Médicos Mayores

**Accidente:** Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones en la persona del asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de invalidez parcial o total, así como temporal o permanente.

**Accidente amparado:** Todo aquel accidente no proveniente de las causas ni efectos señalados como exclusiones en la póliza, que ocurra durante la vigencia del certificado individual respectivo y que las lesiones que produzca se manifiesten dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, es lo que denominamos accidente amparado.

**Accidente Colectivo:** Para los términos de esta póliza, se considera que un accidente es colectivo si la muerte o pérdida orgánica ocurren como consecuencia de un accidente:

1. Que tuviera aquel vehículo público que no sea aéreo, en el cual viajare el asegurado como pasajero, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público, autorizada por las autoridades competentes, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular
2. Que tuviera aquel ascensor que opere para servicio público, en el cual viajare el asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas
3. A causa del incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el asegurado al manifestarse el incendio.

**Antigüedad:** Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual ha estado la persona asegurada en una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud, ya sea en la misma compañía aseguradora o en otras. El Reconocimiento de Antigüedad aplica para eliminar o reducir los Períodos de Espera.

**Asegurado:** Cada uno de los miembros del grupo o colectividad asegurada.

**Asegurado titular:** Es aquella persona física mayor de edad, designado por el contratante quién adquiere el beneficio de los servicios amparados por la cobertura de la póliza que contrata.

**Colectividad:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

**Contratante:** Persona física o moral que celebre un contrato de seguro de colectivo con la Aseguradora.

**Dependientes económicos:** Serán considerados como Dependientes Económicos del Asegurado Titular las siguientes personas:

- a) El cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 por Código Civil Federal o el lapso menor que en su caso prevea la legislación común del estado al que corresponda.
- b) Los hijos solteros menores de veinticinco (25) años, que dependan económicamente del Asegurado Titular.
- c) Los padres del Asegurado Titular.

**Endoso:** Documento que forma parte del Contrato de seguro y que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones de este. Lo estipulado en un Endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

**Enfermedad:** Alteración de la salud ocasionada por un agente morboso de origen interno o externo que ocasione un estado de invalidez parcial o total, así como temporal o permanente.

**Enfermedad cubierta:** Aquella que, tanto sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la póliza y cuando no se encuentren dentro de las mencionadas en las exclusiones de la compañía y siempre que cumpla con el período de espera establecido. Salvo lo establecido en los endosos de Pago de Complementos y Preexistencias que se explicarán más adelante.

**Extra prima:** Es la cantidad adicional a la Prima Neta que el Contratante y/o Asegurado se obliga a pagar a Plan Seguro, por cubrir una agravación del riesgo.

**Padecimiento:** Es el daño sufrido en la salud del asegurado a consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierta.

**Padecimiento congénito:** Es aquel con el que se nace como consecuencia de trastornos producidos durante la gestación, consistentes en malformaciones anatómicas, fisiológicas o prematuras, y que puede tener sus manifestaciones al momento o posterior al nacimiento.

**Padecimientos preexistentes:** Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura.

**Periodo de espera:** Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada asegurado para que los padecimientos indicados con periodo de espera puedan ser cubiertos por el Seguro.

**Póliza de seguro.** Documento que instrumenta el Contrato de Seguro y que contiene las normas que de forma general y particular, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la aseguradora y el Contratante.

**Riesgo normal:** se consideran riesgos normales desde el punto de vista ocupacional, a aquellas personas que por su ocupación no son particularmente propensas a sufrir algún siniestro, podemos citar como ejemplos empleados administrativos, profesores, analistas etc. Desde el punto de vista médico, son riesgos normales aquellos participantes que no han presentado alteraciones en su estado de salud.

**Riesgo subnormal:** se consideran riesgos subnormales aquellos individuos que desempeñan ocupaciones que, por sus características, tienen mayor propensión a sufrir algún siniestro; podemos citar como ejemplo a policías, bomberos, personal de plataformas, entre otras, las cuales en caso de ser aceptadas se aplicará un recargo a la prima correspondiente denominado extra prima. Desde el punto de vista médico, aquel participante que presente padecimientos crónicos, degenerativos, antecedentes quirúrgicos, etc. será sujeto a una extra prima.

**Siniestro.** Acontecimiento o hecho a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos, previstos en el contrato que dan origen a uno o varios padecimientos, provocando la obligación de indemnizar al asegurado, de acuerdo con los límites estipulados en la carátula de la póliza, endosos y condiciones generales de la misma.

### 1.3.1 Coberturas

El propósito de la cobertura del seguro de gastos médicos mayores es pagar, de acuerdo con el contrato, los gastos por cualquier enfermedad o accidente, que haya sido tratada médica o quirúrgicamente, dentro del territorio especificado en el contrato.

La compañía pagará o reembolsará el costo de estos hasta por la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia, periodo de cobertura y periodo de beneficio, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese asegurado al momento del accidente o enfermedad.

Un seguro de gastos médicos mayores brinda protección ante aquellos gastos que efectúe el asegurado por servicios médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta que sean necesarios para el tratamiento del asegurado, hasta por la cantidad máxima asegurada en cada cobertura o la suma asegurada contratada, según sea el caso.

Los gastos médicos y de hospitalización serán cubiertos, siempre que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, y sean médicamente necesarios. La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido por procedimiento terapéutico.

Cuadro 1.1  
Principales coberturas del Seguro de Gastos Médicos

Cobertura	Descripción
Cuarto y alimentación en el hospital.	Habitación privada estándar y alimentos hasta la suma asegurada contratada.
Cama extra en el hospital para un acompañante.	Cama extra para un acompañante durante la estancia del asegurado en el hospital, previa autorización de la compañía aseguradora.
Enfermera a domicilio.	Los honorarios de enfermera a domicilio siempre que el asegurado requiera de la asistencia especial en su domicilio.
Laboratorio y rayos X en el hospital.	Los análisis de Laboratorio, Gabinete, Imagenología o cualquier otro indispensable para el tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto
Medicamentos en el Hospital.	Los gastos por medicamentos consumidos dentro del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante.
Honorarios médicos.	Los honorarios del cirujano siempre que el asegurado requiera de intervención quirúrgica.
Servicios de anestesia.	Los honorarios del anestesiólogo hasta el treinta por ciento de los honorarios que se paguen al cirujano.
Terapia intensiva.	Los gastos originados durante la estancia del asegurado en terapia intensiva incluyendo el costo de honorarios de médicos y cirujanos.
Servicio de transporte de urgencia.	Los gastos de transporte en ambulancia siempre que sea medicamente indispensable para el traslado del asegurado.

### 1.3.1.1 Básicas

Las condiciones bajo las que opera la cobertura básica se encuentran especificadas en las Condiciones Generales de la compañía aseguradora. En esta se detallan los padecimientos cubiertos; así como los padecimientos que tienen periodos de espera; los límites de suma asegurada contratada en la cobertura básica; los hospitales en red permitidos según el nivel hospitalario contratado; el límite en el pago de honorarios del cirujano, anestesiólogo y ayudante(s) de acuerdo al tabulador contratado, así como los límites en el territorio de cobertura.

Cuadro 1.2

**Principales coberturas básicas del Seguro de Gastos Médicos Colectivo**

<b>Cobertura</b>	<b>Descripción</b>
Ambulancia aérea y terrestre	Siempre que, a consecuencia de una emergencia médica, el asegurado requiera atención hospitalaria y el médico tratante recomiende el traslado del asegurado.
Tratamientos psiquiátricos	El tratamiento psiquiátrico siempre que el médico tratante lo prescriba contando con la confirmación de diagnóstico de un médico psiquiatra.
Quiroprácticos,	Tratamientos realizados por Quiroprácticos con cédula profesional.
Dentales	Los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos a consecuencia de un accidente.
Consumo de oxígeno	Los gastos por consumo de oxígeno, siempre que sea necesario para el tratamiento del padecimiento, ya sea dentro o fuera del hospital.
Gastos hospitalarios	Los gastos erogados dentro del hospital siempre que sean necesarios para la atención del asegurado.
Honorarios médicos	Los honorarios del cirujano siempre que el asegurado requiera de intervención quirúrgica.
Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología	Los análisis de Laboratorio, Gabinete, Imagenología o cualquier otro indispensable para el tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto
Prótesis y aparatos ortopédicos	Los gastos que resulten del uso y/o colocación y/o la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardiaca, Stents, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis discal, así como el uso y/o colocación y/o la renta de aparatos ortopédicos que se requieran.
Equipo de hospital, rehabilitación y fisioterapia	Las sesiones de rehabilitación y fisioterapia siempre que sean necesarias y estén indicadas por el médico tratante.
Transfusiones y aplicaciones de sangre.	Las transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del padecimiento.
Tratamientos de radioterapia y quimioterapia.	Los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia siempre que sean necesarios e indicados por el médico tratante.
Parto y cesárea.	Los gastos de la asegurada titular o cónyuge a consecuencia del parto o la operación cesárea. Aplica periodo de espera.
Padecimientos congénitos.	Los gastos originados desde el primer día de nacido por padecimientos congénitos, así como por intervenciones de cirugías correctivas que se requieran de los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza.
Padecimientos ginecológicos.	Gastos erogados por el tratamiento de padecimientos ginecológicos, aplica periodo de espera.
Hernias	Los gastos erogados para tratar las hernias de cualquier tipo, aplica periodo de espera.
Enfermedades renales	Los gastos erogados a consecuencia del tratamiento de insuficiencia renal.
Padecimientos de rodilla, de nariz, de columna	Cualquier padecimiento de la columna vertebral y rodillas. Y los padecimientos de nariz derivados de un accidente o enfermedad cubierta.
Virus / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	La atención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, con un periodo de espera de cuatro años.

### 1.3.1.2 Adicionales

El asegurado puede contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, coberturas adicionales y estas formarán parte integrante de las condiciones de la póliza. Entre las coberturas adicionales que el asegurado puede contratar encontramos las siguientes:

Cuadro 1.3  
Principales coberturas adicionales del Seguro de Gastos Médicos Colectivo

Cobertura	Descripción
Cobertura de emergencia en el extranjero.	Los gastos erogados que se originen por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta.
Cobertura de atención médica en el extranjero.	Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero.
Cobertura dental.	Se otorgarán los Beneficios estipulados en condiciones generales de odontología general y odontopediatría.
Cobertura de visión.	Se otorgarán los Beneficios estipulados en condiciones generales de corrección de la vista.
Tope máximo de coaseguro.	Es el monto máximo que el asegurado pagará por concepto de coaseguro.
Eliminación de periodos de espera para Parto y Cesárea	Se elimina el periodo de espera y se cubre el parto o cesárea en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

### 1.3.1.3 Pago de complementos

Los complementos médicos son aquellos gastos erogados durante la vigencia de la póliza actual derivados de un evento amparado por una póliza de gastos médicos mayores de vigencia anterior a la contratada, o bien, de otra compañía de seguros. En caso de que el colectivo renueve el seguro con una compañía aseguradora distinta, el contratante tiene la obligación de entregar a la compañía aseguradora actual aquellos siniestros reportados a la aseguradora anterior, cualquier siniestro que no fuese reportado queda excluido de la póliza contratada.

El pago complementario será de acuerdo con las condiciones vigentes en la póliza en donde se originó el primer gasto del siniestro y hasta el remanente de la suma asegurada vigente al momento del primer gasto. El pago de complementos es una de las coberturas de mayor interés para el contratante, esto debido a que, en caso de decidir cambiar su póliza de compañía aseguradora por mejores condiciones o mayores beneficios o simplemente una promesa de mejor servicio, la principal preocupación del contratante es que sigan siendo cubiertos los padecimientos ya existentes y cubiertos en la actualidad de sus empleados, es decir, busca no afectar dicha cobertura con el cambio de compañía aseguradora.



### **1.3.2 Exclusiones**

Los endosos de exclusión se emiten cuando el solicitante declara alguna enfermedad preexistente que la compañía no cubre. Por medio de este endoso, la compañía aseguradora da aviso al asegurado sobre lo que no está cubierto, así mismo se cumple con objetivos éticos y administrativos al dar a conocer al asegurado los verdaderos alcances de su cobertura. Los endosos de exclusión pueden ser temporales o permanentes.

Algunas de las principales exclusiones de un seguro colectivo de gastos médicos mayores son las siguientes: parto, cesárea o cualquier complicación del embarazo cuando la asegurada no haya cumplido el periodo de espera estipulado para esta cobertura; padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza; tratamientos de fertilidad; tratamientos estéticos de cualquier índole; accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o tabaquismo; enfermedades preexistentes; práctica de deportes peligrosos; lesiones por servicio militar, actos de guerra, revolución, insurrección o rebelión; y, padecimientos o lesiones resultantes de actos delictivos siendo el asegurado el que comete dichos actos.

Es importante considerar que el endoso de exclusión debe ser claramente expresado en la documentación que se da al asegurado, así como la vigencia del endoso, a fin de evitar posibles conflictos entre el asegurado, la compañía, el intermediario y el prestador de servicios.

### **1.3.3 Deducibles y coaseguros**

El deducible es la cantidad fija máxima que corresponde a los primeros gastos cubiertos, dicho monto es a cargo del asegurado y se encuentra especificado en la carátula de la póliza. El contratante tiene la opción de elegir dicho monto mientras se encuentre dentro de los rangos que la aseguradora ofrezca. La obligación de la compañía comienza una vez que los gastos cubiertos han rebasado el monto contratado. El deducible aplica una sola vez por padecimiento, es decir, a los gastos complementarios de una reclamación que ya haya sido pagada por la compañía aseguradora y para la cual ya se hubiese cubierto el deducible, no se aplicará cantidad alguna por concepto de este.

EL coaseguro es aquella cantidad, a cargo del asegurado, que resulta al aplicar el porcentaje, contratado y establecido en la carátula de la póliza, al total de los gastos médicos cubiertos una vez aplicado el deducible. El contratante puede elegir el porcentaje de coaseguro dentro de las diversas opciones que la aseguradora ofrezca.

Cuadro 1.4  
**Deducibles y coaseguros con mayor frecuencia en la  
 suscripción y operación de colectivos**  
 Vigencia 2014 - 2015

Posición	Deducible	Coaseguro
1	3 SMGM	10%
2	1 SMGM	10%
3	5 SMGM	10%
4	2.5 SMGM	10%
5	2 SMGM	10%
6	10 SMGM	10%
7	2.2 SMGM	10%
8	6 SMGM	10%
9	1.5 SMGM	10%
10	4 SMGM	10%

El deducible y coaseguro tienen gran importancia en la suscripción ya que, al tratarse de un seguro de gastos médicos mayores, el deducible tiene la finalidad de controlar el ingreso de reclamaciones pequeñas, garantizando así que la cobertura opera para aquellos gastos mayores, los cuales son el propósito de la cobertura, y así evitar encarecer el costo del seguro. El coaseguro tiene la finalidad de concientizar al asegurado para evitar aquellos gastos superfluos e innecesarios para el tratamiento de su padecimiento ya que éste mismo correrá con una parte de todos ellos.

#### 1.4. Parámetros de suscripción

Dentro de las principales variables y aspectos que deben considerarse para la suscripción encontramos las siguientes:

1. Generalidades del colectivo:
  - a. Nombre del contratante. Es la razón social de la empresa que contratará el seguro.
  - b. Giro de la empresa. Objeto u ocupación principal de la empresa.
  - c. Ubicación. Dirección de la empresa y sus sucursales.
  - d. Contribución en el pago de las primas. Si existe o no un porcentaje de participación del asegurado en el pago de la prima del seguro.
  - e. Personal a asegurar y dependientes. Regla de asegurabilidad, donde se define a quien va dirigido el seguro.
  - f. Número de asegurados que componen el colectivo.

2. Parámetros y coberturas solicitadas: Alcances de los parámetros como suma asegurada, deducible, coaseguro, tabla de honorarios y nivel de hospitales, así como la descripción de las coberturas adicionales que pudieran modificar las condiciones generales de la compañía que cotiza.
3. Vigencia de la póliza: Fecha de inicio y término de la vigencia inmediata anterior.
4. Información del intermediario:
  - a. Nombre del intermediario.
  - b. Porcentaje de comisión de agente y promotor.
5. Reporte de siniestralidad: Al solicitar el endoso de Pago de complementos, el contratante debe proporcionar la información de siniestralidad que el colectivo ha tenido durante el periodo que ha estado asegurado, esto es la experiencia del colectivo. Este reporte debe contener por lo menos los siguientes datos:
  - a. Periodo que comprende el reporte de siniestralidad.
  - b. Fecha del reporte.
  - c. Nombre del afectado.
  - d. Padecimiento.
  - e. Monto pagado.
  - f. Fecha de pago.
  - g. Fecha de inicio del padecimiento.
6. Listado de población: Información de los asegurados que nos permita conocer la edad y sexo de cada integrante del colectivo.
  - a. Nombre del asegurado.
  - b. Subgrupo al que pertenece.
  - c. Fecha de nacimiento.
  - d. Sexo.
  - e. Parentesco.

La información antes mencionada es solicitada cuando el colectivo está asegurado con otra compañía de seguros por lo que dicha información se convierte en hipótesis de cotización para suscribir y realizar una propuesta al contratante, sin embargo, en caso de emisión del colectivo, el contratante deberá comprobar con carátula de la póliza y documentación de la compañía anterior que los beneficios solicitados operaban así en la vigencia inmediata anterior. En caso de ser un colectivo de renovación, la compañía actual ya cuenta con la información mencionada, por lo tanto el proceso de suscripción es más ágil y confiable.

#### 1.4.1 Cotización

Es la propuesta de seguro que la compañía aseguradora entrega al contratante, consiste en un formato que describe brevemente los alcances de la cobertura propuesta, condiciones e hipótesis consideradas en la cotización, así como la vigencia a contratar y el periodo de validez de la misma cotización.

Los principales elementos de la cotización son los siguientes:

1. Primas de tarifa: Los costos por rango de edad y sexo de la población, así como una distribución de esta.
2. Extra-primas: Los costos adicionales a la prima de tarifa, los cuales son consecuencia de un padecimiento preexistente del asegurado.
3. Desglose del costo: Resumen del costo total de la población, desglosando la prima neta, recargos por pago fraccionado, los gastos de expedición o derechos de póliza, el impuesto al valor agregado (IVA) y la prima total.
4. Descuentos: Los recargos o descuentos que se otorgan se encuentran contemplados en la prima de tarifa, la cual conlleva a cobrar la prima que el suscriptor requiere por experiencia del colectivo.

#### **1.4.2 Administración**

En el transcurso de la vigencia de una póliza se requiere efectuar varios tipos de movimientos como altas y bajas de asegurados, cambios en algunas condiciones como frecuencia de pago, cambios de conducto, etc., todos estos cambios son parte de la administración de una póliza.

Los principales elementos de la administración son los siguientes:

1. Cobro de primas. Procedimiento mediante el cual la compañía aseguradora recibe y registra el cobro de la prima correspondiente. Este procedimiento garantiza que la póliza se mantenga vigente y sean otorgados los servicios pactados en el contrato.
2. Siniestralidad. Son los gastos erogados por los asegurados para el tratamiento de los padecimientos cubiertos, la información de siniestralidad de una póliza es administrada por la compañía aseguradora y forma parte de los reportes y estadísticas que se entregan al asegurado en caso de requerirlos.
3. Reclamaciones. La compañía aseguradora recibe las reclamaciones de los asegurados, realiza el análisis correspondiente para conocer el monto procedente del siniestro, efectúa el pago de la reclamación, ya sea vía reembolso o pago directo, y finalmente notifica al asegurado sobre la realización del pago.

#### **1.4.3 Gastos de la compañía**

Son aquellos que deben considerarse en la prima de tarifa ya que son parte de la operación y administración de una póliza. Entre los gastos de la compañía se encuentran los siguientes conceptos:

1. Gastos de administración. Los gastos de administración son aquellos que consideran la operación para emitir y administrar la póliza, los sueldos del personal necesario para otorgar el servicio comprometido en la cotización, así mismo considera gastos de papelería, y recursos utilizados como luz, agua, instalaciones, módulos y oficinas de atención, etc.
2. Gastos de adquisición. Los gastos de adquisición son aquellos que surgen de la intermediación entre el contratante y la compañía aseguradora, el agente intermediario brinda orientación y apoyo al contratante para el correcto uso de la póliza de seguro, así como facilitar las solicitudes del contratante ya que tiene conocimiento en general de las políticas y procedimientos de la compañía aseguradora.
3. Utilidad. Es el porcentaje que la compañía aseguradora espera obtener por su operación en el mercado

### **1.5. Comentarios**

Las compañías aseguradoras se encuentran reguladas para proteger los derechos de los asegurados, proveedores, intermediarios e incluso de las mismas aseguradoras, las leyes garantizan el correcto funcionamiento del medio asegurador. Una vez llevada a la práctica, la reglamentación de seguros nos ayuda a reconocer el compromiso que se adquiere con los asegurados y con el resto de la sociedad como parte de un medio importante para proteger el patrimonio, la tranquilidad y la salud de los asegurados, el beneficio de operar con responsabilidad nos ayuda a garantizar la solidez necesaria para responder a las obligaciones y al continuar con el funcionamiento de la compañía se protege a los mismos empleados, intermediarios y proveedores pues se crea un medio de servicio que conserva y genera empleos.

Comprender los conceptos básicos es necesario para realizar una correcta aplicación de las condiciones generales de la aseguradora y las especificadas en la póliza al dictaminar la procedencia del pago de un siniestro, o bien, el rechazo del mismo. Las especificaciones de coberturas, parámetros y endosos especiales tienen la misma importancia al analizar las situaciones que derivan en el pago o rechazo de un siniestro. Una recomendación es tener amplia comunicación entre las áreas de siniestros, emisión y suscripción para garantizar un adecuado servicio a los asegurados, finalmente el asegurado determina la calidad del servicio hasta que presenta una reclamación a la aseguradora ya que es entonces cuando se hace efectivo el producto que contrató previamente.

Conocer los parámetros de suscripción de un colectivo nos permite elaborar un análisis de cotización que se adecúe al comportamiento del mismo, así mismo se podrá elaborar una propuesta que cubra las necesidades particulares para dicho colectivo. También nos permite tarifcar adecuadamente para obtener una prima suficiente para cumplir con las obligaciones, los gastos de la compañía aseguradora y así garantizar la rentabilidad. Es recomendable conocer la mayoría de la información que se describe en este capítulo para identificar el tipo de comportamiento que debemos considerar, por ejemplo: La razón social nos deja saber que es una empresa legalmente constituida,

el giro nos dice las actividades en general de los empleados, así determinamos si existe alguna actividad que ponga en riesgo la salud de los asegurados, la ubicación nos deja saber el nivel hospitalario que podemos otorgar, la contribución en el pago de primas nos dice si la prestación es obligatoria para los empleados o bien si es un seguro que se contrata de manera voluntaria. Cada uno de los puntos nos ayuda a ser asertivos al evaluar el riesgo.

# Capítulo 2.

## Aspectos técnicos y actuariales para la cotización

---

### 2.1 Introducción

En este capítulo se revisarán los conceptos técnicos que consideramos en un estudio de cotización, se definirá el perfil de un colectivo asegurable, se explicarán las alternativas para distribuir la tarificación según los rangos de edad y sexo de la población y se mencionarán las ventajas y desventajas de cada una. Se explicará la importancia de considerar la actividad principal del colectivo para saber si incrementará el riesgo y en este caso se describe el criterio para seleccionar el nivel de riesgo según el manual de Accidentes Personales publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). Se definirán dos importantes conceptos que podemos obtener de la siniestralidad, estos son: Frecuencia y Costo medio del siniestro.

Conocer la siniestralidad nos permitirá seccionar los tipos de gastos, por ejemplo, estudios de control, tratamientos quirúrgicos y reconocer si existen padecimientos catastróficos, definiciones que se explicarán en este capítulo y que nos ayudan a calcular la prima de riesgo. Se presentarán las definiciones de los parámetros que se consideran en la elaboración de la propuesta de cotización. Se define también el concepto de endosos especiales y la información que proporcionan.

Con este contenido se espera que el lector pueda identificar los conceptos que se consideran en una cotización por experiencia propia, en el capítulo 1 se habló sobre las características generales del seguro de gastos médicos mayores, en este capítulo se explicarán las características de una cotización para un colectivo en particular, tomando en cuenta su propio comportamiento y necesidades de cobertura, la cotización por experiencia propia para un colectivo es una propuesta hecha a la medida del contratante, es por ello que la información que se pueda obtener del colectivo ayuda a calcular asertivamente los costos del seguro y proporcionar las coberturas necesarias para el mismo.

### 2.2 Perfil del colectivo asegurar

Se considera un colectivo asegurable a los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón a su actividad o lugar de trabajo que se encuentren en servicio activo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa, así como los sindicatos, uniones o agrupaciones de

trabajadores en servicio activo y sus secciones o grupos, el conjunto de personas organizadas y legalmente constituidas, que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros puedan constituir colectivos asegurables y se encuentren en servicio activo.

Entre los colectivos asegurables también existe otra clasificación que distingue a un colectivo de menor riesgo, ejemplo, aquél que esté conformado por lo menos por el 85% de la colectividad asegurable, la contratación es obligatoria para todos los miembros del colectivo, la regla de asegurabilidad no discrimina y los recursos para el pago de las primas son proporcionados 100% por el Contratante, es decir, no hay contribución en el pago de las primas.

### 2.2.1. Distribución por edad y sexo

Existen varias alternativas para distribuir la tarificación entre la población cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas, se muestran en el cuadro 2.1

Cuadro 2.1  
**Tarificación por edad y sexo**

Tarificación	Ventajas	Desventajas
Prima Nivelada	Al ingresar asegurados que tienen un riesgo menor se ingresa una prima más alta. Se tiene una mejor administración de altas y bajas.	Al tomar el riesgo por igual se podría estar cargando el costo a los asegurados de menor riesgo.
Prima por edad y sexo	Prima adecuada según el riesgo.	Mayor complicación al tarificar. Se dificulta la administración.
Prima Quinquenal y sexo	Prima adecuada aceptablemente según el riesgo.	Al cambiar de quinquenio existe un incremento notorio.
Prima por edad	Depende de la composición del colectivo que sea una ventaja.	No es adecuada en los casos en los que los hombres tienen menos riesgos que las mujeres o viceversa.

La tarificación más utilizada en el mercado para los colectivos es la quinquenal y sexo.

### 2.2.2. Actividad principal del colectivo

La ocupación del colectivo es un concepto importante que debe considerar el suscriptor, ya que puede incrementar el riesgo. Para ello, se considera el manual de Accidentes Personales publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), sus clasificaciones sirven de guía para comprender cuál es el criterio en la selección de riesgos, se debe considerar varios factores que pueden colocar al solicitante en situaciones de mayor riesgo; por ejemplo, si la ocupación es de escritorio o mostrador, si se requiere el uso constante o frecuente de vehículos o maquinaria, etc.



En la actualidad no existe un manual que logre registrar minuciosamente todas las actividades u ocupaciones que puedan tener los asegurados. Es por ello que el suscriptor debe aplicar su criterio para reducirlas o clasificarlas a tipos fundamentales.

Las clasificaciones del manual son las siguientes:

Riesgo A:

1. Personas que trabajan en lugares no peligrosos como oficinas, tiendas, locales, despachos, etc., cuya ocupación no representa peligro especial. Ejemplo: oficinistas, farmacéuticos, optometristas, bibliotecarios, sastres, modistas, dibujantes, etc.

Riesgo B:

1. Personas cuya ocupación se desempeña principalmente en la calle sin exposición de riesgo calificado. Ejemplo: cobradores, vendedores, inspectores, propagandistas, etc.
2. Personas que realizan trabajos manuales ligeros utilizando material y herramienta poco peligrosa. Ejemplo: reparadores de radio, televisión, refrigeradores, estufas, encuadernadores, tapizadores, cortineros, etc.

Riesgo C:

1. Personas que necesiten viajar constantemente para el desempeño de su ocupación habitual, sin exposición de riesgos calificados. Ejemplo: agentes viajeros, inspectores viajeros, auditores viajeros, comerciantes viajeros, propagandistas viajeros, etc.
2. Personas que supervisan procesos de manufactura y operaciones en construcción. Ejemplo: ingenieros, arquitectos superintendentes, contratistas, etc.

Riesgo D:

1. Personas que manejan vehículos urbanos, de reparto y transportadores de carga ligera. Ejemplo: taxistas, choferes de autobuses, de camionetas, de mudanzas, etc.
2. Personas que supervisan trabajos en fábricas con productos o sustancias que presentan ciertos peligros. Ejemplo: fabricación de alcohol, ácidos, acero, etc.

Riesgo E:

1. Personas que efectúan trabajos manuales ligeros pero cuyas herramientas, material o medio en el que el trabajo se desempeña representa peligro. Ejemplo: plomeros, vidrieros, mecánicos, zapateros, empleados de gasolinera, pintores, etc.
2. Choferes de autobuses foráneos de pasajeros.

Riesgo F:

1. Personas que efectúan trabajos manuales sin manejar maquinaria, pero cuya actividad es por sí misma peligrosa dado el medio en que se desempeña. Ejemplo: instaladores de antenas y de elevadores, albañiles, electricistas de alto voltaje, obreros no especializados, policías, conductor de fondos bancarios, patrulleros, etc.
2. Choferes de ambulancia, de carga pesada, transportadores de material explosivo o peligroso sean urbanos o foráneos.

Riesgo G:

1. Personas que manejan maquinaria pesada. Ejemplo: operador buldócer, palas mecánicas, aplanadoras.
2. Personas que se sirven de motocicletas o motonetas para el desarrollo de su trabajo.

Riesgo H:

1. Personas que desempeñan una ocupación cuya propia naturaleza representa un riesgo peligroso constante. Ejemplo: detective, limpiadores de ventanas, operadores de planta eléctrica de alto voltaje, etc.

Riesgo I:

1. Personas con ocupaciones sumamente peligrosas pero que a juicio de la Compañía podrían aceptarse. Ejemplo: perforadores de pozos petroleros, constructores de torres de televisión, constructores de torres de estructuras de acero, bomberos, etc.

Riesgo J:

1. Personas que por su ocupación comúnmente no son asegurables. En caso de ser aceptados, la prima mínima será la correspondiente a este riesgo. Ejemplo: buzos, boxeadores, toreros, corredores profesionales de automóviles, personas que intervienen en el manejo de la energía atómica, piloto fumigador, etc.

Un ejemplo particular de ocupaciones que pueden ser causa de rechazo es la siguiente lista:

- Cuerpos policíacos
- Periodistas y reporteros.
- Medio artístico y de espectáculos.
- Funcionarios públicos de alto nivel (secretarios de estado, Gobernadores, presidentes municipales, Diputados, Senadores, etc.).
- Actividades de rescate, en plataformas marinas, de alta tensión en alturas peligrosas y bomberos.
- Personas con vínculos en actividades ilícitas como el Lavado de Dinero (narcotráfico, piratería, robo de automóviles, secuestro, etc.).
- Deportistas profesionales.

### 2.2.3. Nivel de riesgo

Dentro del procedimiento de suscripción se encuentran dos etapas:

- 1) Separación de los riesgos normales de los riesgos subnormales o agravados.
- 2) Determinar si los riesgos subnormales son asegurables y en qué condiciones.

Dentro de la cobertura básica del seguro de gastos médicos mayores se otorga cobertura dentro del riesgo normal tanto a personas con riesgo A, B y C mencionados en el manual de Accidentes Personales mencionado en el punto anterior. Quedando los demás riesgos, del mismo manual, a criterio del suscriptor de acuerdo con las posibilidades para tarificarlos.

El suscriptor tiene cuatro posibilidades para tarificar estos riesgos:

- Rechazar la Cobertura.
- Aumentar la prima.
- Aplicar cláusulas de exclusión.
- Ofrecer condiciones alternativas como límites de Suma Asegurada, incrementar el deducible o el coaseguro, establecer periodos de espera, etc.

### 2.3 Experiencia propia de siniestralidad

Las dos principales variables que se pueden obtener de la siniestralidad son la frecuencia o morbilidad y el costo medio del siniestro.

La frecuencia se define como el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico. Para calcular la frecuencia en la siniestralidad se contabilizan el número de casos o siniestros y se dividen entre el número de asegurados que existen en la colectividad.

$$Frecuencia = \frac{\text{Número de casos}}{\text{Número de Asegurados}} \times 100$$

Algunas características de la frecuencia:

- Se mide en forma anual.
- No es constante a través del tiempo.
- Está ligada a las características de población y al riesgo del colectivo.

- Puede analizarse por cobertura o tamaño del siniestro.

El costo medio del siniestro es el valor que resulta de dividir el monto de siniestralidad entre el número de siniestros ocurridos en un periodo de tiempo.

$$\text{Costo medio del siniestro} = \frac{\text{Monto de siniestralidad}}{\text{Número de casos}}$$

Algunas características del Costo medio del siniestro:

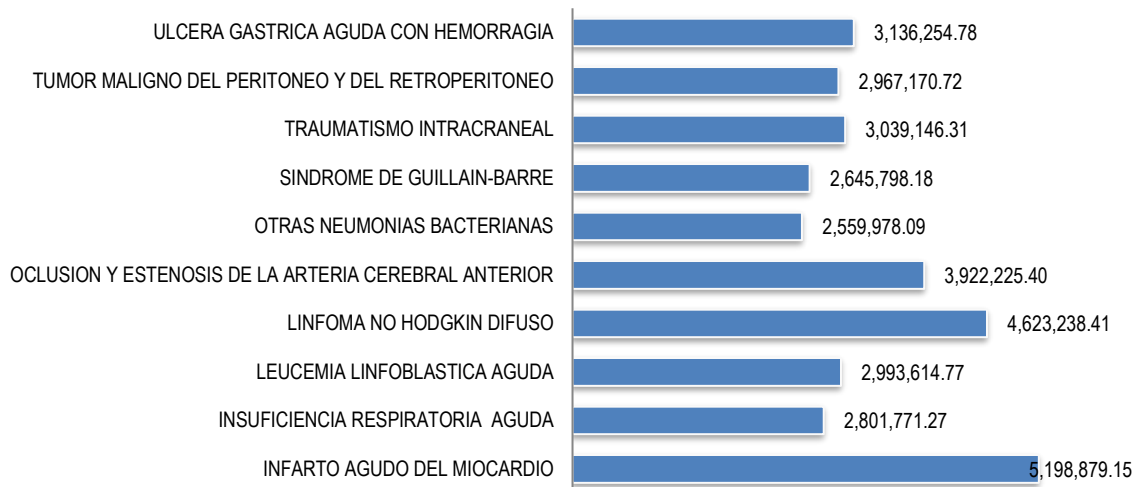
- Se mide sobre siniestros ocurridos. En ocasiones, a falta de información se mide sobre siniestros pagados.
- No es constante a través del tiempo. Está ligado el concepto de inflación médica.
- Está ligado al riesgo del colectivo.
- Puede analizarse por cobertura o tamaño del siniestro.

### 2.3.1 Padecimientos catastróficos

Existen padecimientos cuyos gastos son tan elevados que se consideran catastróficos, un ejemplo son los siguientes:

**Gráfica 2.1**

Severidad acumulada de padecimientos catastróficos.  
Información de la Compañía donde se adquirió la experiencia profesional.

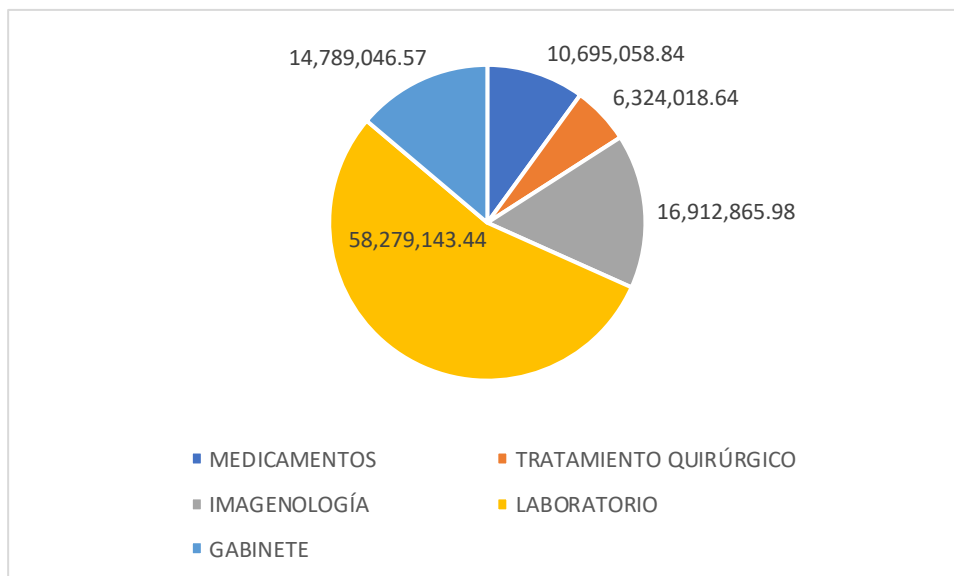


### 2.3.2 Estudios de control y medicamentos

Son los análisis de Laboratorio, Gabinete, Imagenología o cualquier otro que sea necesario para el tratamiento o seguimiento de un padecimiento diagnosticado. Los medicamentos pueden ser aquellos que son consumidos dentro del Hospital o bien, fuera del mismo y que sean prescritos por el médico tratante, la importancia de que sean prescritos por el médico tratante es porque la frecuencia de los mismos pueden causar desviaciones en la siniestralidad.

**Gráfica 2.2**

Gasto derivado de estudios de control y medicamentos, 2012-2014.  
Información de la Compañía donde se adquirió la experiencia profesional.

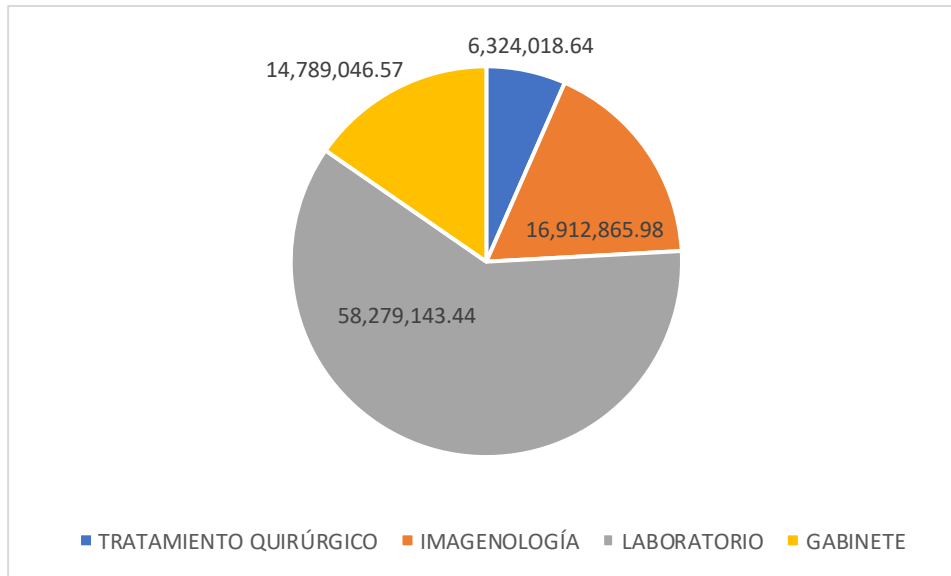


### 2.3.3 Tratamiento quirúrgico

Es el tratamiento que consiste en la curación de un trastorno o una enfermedad a través de una operación. Este procedimiento consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, mediante técnicas invasivas que implican la presencia de un anestesiólogo y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

**Gráfica 2.3**

Gasto derivado de tratamiento quirúrgico, 2012-2014.  
 Información de la Compañía donde se adquirió la experiencia profesional.



## 2.4 Parámetros de cotización

En el cálculo de la prima de tarifa se incorporan elementos relacionados con la experiencia de siniestralidad, políticas y procedimientos de suscripción de riesgos, así como variables del mercado relacionadas con el riesgo y costos asociados. Algunas variables o conceptos que se relacionan con el riesgo y que permiten una mejor estimación del costo:

- Tipo de contrato
- Edad
- Sexo
- Estado de salud
- Información médica
- Lugar de residencia
- Suma Asegurada
- Deducibles
- Coaseguros
- Aplicación de deducibles y coaseguros
- Gasto usual y acostumbrado

- Tipo de Red de prestadores de servicio
- Emergencia en el extranjero
- Cobertura en el extranjero
- Coberturas adicionales
- Periodos de espera
- Preexistencia
- Antigüedad
- Reembolso
- Pago Directo
- Renovación
- Inflación general en salud
- Exclusiones
- Atención de reclamaciones
- Servicios de asistencia
- Gastos de administración
- Gastos de adquisición
- Margen de utilidad
- Costo de reaseguro no proporcional
- Siniestralidad
- Frecuencia
- Costo medio de siniestro
- Siniestros catastróficos

La prima de tarifa debe revisarse periódicamente para detectar variaciones en los parámetros y variables consideradas en su cálculo. A continuación, se presentan las definiciones de algunos de los parámetros más importantes que se consideran durante la negociación del seguro y que se especifican en la póliza contratada.

#### **2.4.1 Suma asegurada**

La suma asegurada es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada, mientras éstas se mantengan vigentes en forma continua.

Es la responsabilidad máxima de la aseguradora, es decir, es la cantidad máxima que la compañía aseguradora pagará por un padecimiento a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubierta. Está indicada en la carátula de la póliza. La compañía aseguradora puede ofrecer diversas opciones de suma asegurada de acuerdo con las necesidades del contratante.

La suma asegurada se pagará a cada Asegurado, como consecuencia de las reclamaciones procedentes por cada accidente y/o enfermedad de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes a cada cobertura. La suma asegurada será fija a partir de la fecha en que se produzca el primer gasto cubierto.

Dentro de las pólizas de gastos médicos mayores es factible asegurar a los dependientes económicos de los asegurados titulares, ya que, el desmejoramiento de la salud de alguno de ellos impactaría directamente en la economía del titular, por lo que se contemplaran como dependientes del asegurado titular al cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil para el Distrito Federal y los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan ingresos por trabajo personal

#### **2.4.2 Deducible**

Es la cantidad contratada e indicada en la póliza que corresponde a los primeros gastos de un siniestro, se aplica una vez por padecimiento, dicha cantidad es a cargo del asegurado, una vez alcanzado el monto de deducible, comienza la obligación de la compañía aseguradora y cubrirá los gastos subsecuentes.

El deducible que absorbe el asegurado como la cantidad inicial de la reclamación se fija para cada contrato, por lo cual se impide que se presente a la aseguradora un gran número de gastos médicos menores, con una importancia poco significativa para la economía familiar.

El deducible es una cantidad fija y es la primera participación a cargo del asegurado por cada accidente y/o enfermedad. Para que un evento procedente quede cubierto por la póliza, es necesario que el gasto total procedente rebase el deducible contratado. El asegurado cubrirá el monto estipulado en el deducible y el resto de los gastos quedarán a cargo de la compañía. Dependiendo del tipo de plan contratado, el deducible se aplica una sola vez por cada accidente o enfermedad cubierta, o es re instalable al año siniestro. Entre mayor sea del Deducible elegido, menor será la prima del seguro.



### **2.4.3 Coaseguro**

El coaseguro es la segunda participación a cargo del asegurado y el monto se expresa en porcentaje. En la mayoría de los planes que ofrecen las compañías aseguradoras el Asegurado podrá elegir desde un 5% hasta un 25%. El coaseguro se aplica al total de los gastos procedentes, una vez descontado el deducible y se aplicará en todos los gastos que se eroguen sobre cada padecimiento cubierto, dependiendo del tipo de plan contratado, el deducible podrá tener un tope estipulado en la carátula de la póliza.

Este porcentaje a cargo del asegurado se aplica al monto procedente una vez descontado el deducible, de esta manera el asegurado tiene una participación en el pago del siniestro. El coaseguro se debe determinar como el porcentaje del monto de cada siniestro, una vez aplicado el deducible, que queda a cargo del asegurado y que tiene como objeto hacer a éste partícipe, tanto del cuidado preventivo de su propia salud, como del importe de los gastos hospitalarios, honorarios médicos y demás en los que deba incurrir a consecuencia de una enfermedad.

### **2.4.4 Base hospitalaria**

La base hospitalaria es la clasificación de los hospitales, sanatorios o clínicas autorizadas para la atención médica o quirúrgica. La clasificación se lleva a cabo según los costos del hospital, así que existen varios niveles de los cuales el asegurado puede elegir.

### **2.4.5 Tablas de honorarios**

Es la relación donde se establecen los límites de la retribución económica de médicos, cirujanos, anesthesiólogos y ayudantes como pago por sus servicios en una intervención quirúrgica. Existen distintas opciones de tablas de honorarios y el asegurado puede elegir el límite hasta el cual responderá la aseguradora en caso de que se requiera de una intervención quirúrgica.

### **2.4.6 Endosos especiales**

Al igual que los conceptos anteriores, en la carátula de la póliza se especifican todas las modificaciones que se realizan a la misma, como altas y bajas de asegurados, inclusión de beneficios, límite de beneficios, entre otras, las modificaciones se realizan por medio de un documento llamado «Endoso» el cual modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de este.

Algunos de los padecimientos o coberturas que ofrecen los seguros de gastos médicos mayores deben de cumplir con un periodo de espera, que es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del asegurado,

de acuerdo a las especificaciones de la póliza y de las condiciones generales o endosos. Este periodo de espera se establece principalmente por dos razones:

1. Debido a que el impacto del padecimiento o cobertura puede representar un alto costo para la compañía por la naturaleza del tratamiento que requiere.
2. Para asegurarse que los padecimiento o coberturas no nacieron antes de la celebración del contrato.

Son aquellas especificaciones que modifican las condiciones generales de la compañía aseguradora, estas especificaciones se indican en endosos que prevalecen ante lo indicado en el producto de la compañía. Los colectivos de experiencia propia que soliciten un seguro en una nueva compañía pueden tener endosos con mejores coberturas que las indicadas en condiciones generales, así que uno de los principales intereses de contratante es conservar estos beneficios, así que se establecen en la póliza como endosos especiales.

Los endosos especiales también pueden limitar o excluir coberturas, tal es el caso de las enfermedades preexistentes, que deben causar exclusiones adicionales a las ya establecidas en el contrato, ya que el objeto del seguro de Gastos Médicos es garantizar el pago de los gastos causados por una enfermedad imprevista en una persona que está sana al momento de la contratación de la póliza.

## **2.5 Comentarios**

Antes de elaborar la cotización por experiencia propia, el suscriptor debe confirmar que se trata de un colectivo asegurable y conocer la actividad principal, en caso de existir algún riesgo especial, se considerará el criterio indicado en el manual de la AMIS, esto nos proporcionará un factor de recargo que afectará a la prima. Al analizar el reporte de siniestralidad identificamos la frecuencia y el costo medio del siniestro, si vemos que la frecuencia es mayor a la aceptada por la aseguradora podemos considerar un incremento en el deducible para disminuir aquellos gastos menores que, aunque no parecen tener impacto individualmente, lo tienen en conjunto por la acumulación de los mismos, el análisis del costo medio del siniestro es similar al de la frecuencia, en caso de ser mayor al aceptado por la compañía aseguradora se deben tomar medidas como incrementar el coaseguro o disminuir las sumas aseguradas de algunas coberturas.

La cotización por experiencia propia debe respetar aquellos endosos especiales que el colectivo tiene previamente a la solicitud de la cotización, ya que la siniestralidad generada contiene los gastos y comportamiento de dichos endosos especiales. De igual forma, los parámetros de cobertura como suma asegurada, deducible, coaseguro, nivel hospitalario y tabla de honorarios entre otros, deben ser respetados, es decir, la prima de riesgo obtenida con base en el análisis de siniestralidad ya considera el comportamiento de dichos parámetros. En caso de que el comportamiento de la cuenta presente desviaciones o que el contratante desee disminuir los costos del seguro, se

presentan alternativas de cotización considerando cambios en los parámetros y endosos, un ejemplo es lo que se indica en el párrafo anterior al analizar la frecuencia y el costo medio del siniestro.

# Capítulo 3.

## Elección de parámetros para la negociación y la rentabilidad

---

### 3.1. Introducción

En este capítulo se describirá la cotización por experiencia propia, la importancia de que sea suficiente, los conceptos que debe incluir y las características que debe tener la información que se utiliza para la determinación de los costos. Se explicará cómo las estimaciones médicas y el apoyo de la opinión del área médica resultan de gran utilidad para conocer el comportamiento de los padecimientos reportados y por lo tanto para la estimación de la prima de riesgo. Se describirán los requisitos del colectivo a cotizar por experiencia propia, como el estar asegurado previamente, el periodo mínimo que debe comprender el reporte de siniestralidad y el número mínimo de asegurados que debe tener. Se definirá la regla de aseguramiento, el principio de no discriminación, los asegurados titulares y sus dependientes económicos, se explicarán y ejemplificarán los endosos especiales que comúnmente se solicitan para un colectivo.

La importancia de conocer estos conceptos es que cuando están bien definidos por el contratante tenemos la certeza de que estamos cotizando un colectivo bien constituido y el riesgo de cotizar una agrupación que sólo se reúne por buscar una mejor tarifa pero que no tiene un fin definido antes de la solicitud del seguro disminuye. Se describirá el proceso de cotización, se definirán los conceptos de gastos de adquisición, administración, utilidad y rentabilidad de una póliza. Finalmente se mostrará un ejemplo práctico del análisis de cotización.

### 3.2. Cotizaciones experiencia propia

Una cotización por experiencia propia es aquella propuesta que se realiza estudiando la experiencia del colectivo durante el tiempo que ha estado asegurado para calcular la prima suficiente que haga frente a las obligaciones de la compañía aseguradora.

Una prima de tarifa debe proporcionar ingresos suficientes para cubrir los costos asociados a la cobertura del riesgo, considerando la evolución y posibles desviaciones de los costos en el tiempo, así como el margen de utilidad esperado, a fin de garantizar que el seguro sea financieramente sólido.

La prima de tarifa debe tomar en cuenta las características de cada riesgo por asegurar, así como la experiencia acumulada en la cobertura de riesgos similares.

Algunos de los conceptos que se debe incluir en el cálculo de la prima son los siguientes:

- Costos de siniestralidad y demás obligaciones especificadas en la documentación contractual.
- Márgenes para posibles desviaciones.
- Costos de administración, adquisición y margen de utilidad.
- Si se ofrece el pago de primas en forma fraccionada, considerar el impacto o costo de la cancelación temprana por falta de pago.

La información que se utiliza en la determinación de los costos involucrados en el cálculo de tarifa debe tener las características siguientes:

- 1) Homogénea: Datos estadísticos que corresponden a personas expuestas a riesgos del mismo tipo y en condiciones iguales o similares.
- 2) Suficiente: Volumen datos que abarca todos los aspectos relacionados con la valoración del riesgo y que permite la aplicación de métodos estadísticos o modelos de credibilidad.
- 3) Confiable: Cuya fuente y forma de generación se conoce, es veraz y puede comprobarse, o bien, es generada por una institución reconocida.

### **3.2.1 Estimaciones médicas de gasto**

El seguro de gastos médicos mayores es un producto diseñado para evitar un desequilibrio económico ocasionado por un accidente y/o enfermedad cubierta, sufrida por el titular de la póliza o cualquiera de sus dependientes económicos asegurados, cubriendo gran parte de los gastos erogados, quedando a cargo del asegurado el deducible y coaseguro contratado. Para que este seguro cubra las erogaciones realizadas éstos deberán ser médicamente necesarios para el restablecimiento de la salud del Asegurado y deberán estar relacionados con el padecimiento cubierto por la compañía.

El área médica de la compañía puede contribuir a la tarificación adecuada de los riesgos, su opinión puede ser de utilidad al suscriptor, ya que, si existe la comunicación adecuada, se puede ampliar el conocimiento y la experiencia en el comportamiento de los padecimientos reportados en una siniestralidad.

Con el tiempo podemos identificar los patrones que generan los costos de los padecimientos pudiéndolos diferenciar en:

- a) Padecimientos agudos.
- b) Padecimientos crónicos.
- c) Padecimientos progresivos.

d) Padecimientos recurrentes.

El objetivo principal de estos conceptos, en los cuales se involucra al asegurado, haciéndolo asumir parte del riesgo, es lograr que el asegurado procure hacer un uso moderado de los gastos realizados.

### 3.3. Requisitos del colectivo

Para que un colectivo sea considerado de experiencia propia, debe cumplir los requisitos siguientes:

1. Debe estar asegurado actualmente.
2. Contar con una experiencia siniestral comprobable de por lo menos 9 meses, como ejemplo. Cada compañía tiene un periodo mínimo de experiencia siniestral que solicita para otorgar una propuesta de aseguramiento.
3. Debe cumplir con un número mínimo de asegurados, dicho número lo establece cada aseguradora de acuerdo a las características de los colectivos de su cartera y su resultado en rentabilidad, así que puede variar entre una y otra. Un ejemplo puede ser 50 asegurados.

### 3.4. Reglas de aseguramiento

El seguro de gastos médicos mayores está diseñado y enfocado a empleados del mismo patrón o sociedades de carácter voluntario creadas con un fin diferente que contratar el seguro con ciertas reglas de selección principalmente por edad; podrán adquirir este seguro cuando cumplan con un mínimo de titulares, el cual será establecido por cada compañía aseguradora. Para poder crear un producto que se adecué a las necesidades de las empresas contratantes, se generan planes en los que es posible seleccionar el nivel médico y la base de reembolso.

La compañía aseguradora crea convenios con médicos, hospitales y laboratorios. Lo cual permite ofrecer servicios de calidad a bajos costos para las personas que cuenta con una póliza, incluso aún, cuando los gastos médicos corran a cargo del asegurado.

La regla de aseguramiento la establece el contratante ya que es la definición de los asegurados a quienes está dirigida la prestación, es decir, describe las características que debe cumplir el empleado para estar asegurado por la póliza así como las que deben cumplir sus dependientes económicos para ser parte de la colectividad.

Un ejemplo de una regla de aseguramiento es: “Los empleados al servicio del Contratante, así como su Cónyuge e hijos que dependan económicamente del titular, la edad máxima de aceptación para los hijos es de 25 años.”

### 3.4.1 Principio de no discriminación

El contratante tiene la opción de otorgar el beneficio a sus empleados en igualdad de trato entre ellos, esto de acuerdo al principio de igualdad o no discriminación. Por medio de la regla de aseguramiento el contratante puede definir que la totalidad de sus empleados tienen derecho a la prestación, sin aplicar criterios discriminatorios el colectivo estará compuesto por el 100% del personal al servicio del contratante.

### 3.4.2 Asegurados y dependientes económicos

En la póliza de colectivo, los asegurados titulares son aquellas personas físicas mayores de edad, designados por el contratante quien adquiere el beneficio de los beneficios amparados por la póliza que contrata.

Los dependientes económicos del titular son los siguientes:

- a) El cónyuge o concubinario que posea tal carácter de acuerdo con la legislación del estado al que corresponda.
- b) Los hijos solteros menores de 25 años, que dependan económicamente del asegurado titular.
- c) Los padres del asegurado titular.

### 3.5. Endosos especiales

Como se mencionó en el segundo capítulo, los endosos especiales son aquellos que modifican las condiciones generales de la compañía de seguros, es decir, cuando una cobertura está limitada dentro de las condiciones generales, es posible ampliar dichos criterios de cobertura mediante un endoso especial, estos endosos forman parte de la póliza de seguros y prevalecen ante las condiciones generales del producto.

Un colectivo que se cotiza por experiencia propia puede tener coberturas especiales en la compañía anterior y desea que se respeten dichos endosos al contratar el seguro con la nueva compañía, estas coberturas se mantienen y se indican en la póliza como endosos especiales.

Los endosos, son documentos contractuales que modifican, previo acuerdo entre la aseguradora y el contratante, las condiciones del contrato y forman parte de este. Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Las inclusiones, son aquellos beneficios pactados en un negocio que no forman parte del conjunto de beneficios regulares que ampara la aseguradora. Este cúmulo de beneficios adicionales, se otorgan solo en negocios donde se compruebe mediante documentación contractual, del contratante con la anterior aseguradora, que se tenían

amparados y que por la buena siniestralidad del colectivo es posible asumir los riesgos adicionales por ellas. Es posible amparar nuevos beneficios a los colectivos, es decir, sin la presentación de la documentación contractual, siempre y cuando se cuente con la autorización correspondiente.

Dentro de los endosos especiales que comúnmente se solicitan se encuentran los siguientes:

### **3.5.1 Parto y cesárea**

Dentro de los endosos especiales en un colectivo, el parto y cesárea generalmente elimina el periodo de espera indicado en condiciones generales de la compañía para que el evento sea cubierto. Es posible que también modifique el límite de suma asegurada con la se cubrirá o que defina la regla para las aseguradas que tendrán derecho a esta cobertura.

### **3.5.2 Padecimientos congénitos**

El endoso especial de padecimientos congénitos generalmente modifica el periodo que otorgan las aseguradoras para que se presente la primera manifestación de dicho padecimiento, también puede eliminar periodos de espera para la madre o incluso puede cubrirlos para un asegurado que no haya nacido dentro de la vigencia de la póliza, los cuales normalmente se encuentran excluidos. Así mismo puede modificar la suma asegurada que se otorgará para esta cobertura.

### **3.5.3 Cirugía de nariz y/o senos paranasales**

El endoso especial de cirugía de nariz y senos paranasales modifica el coaseguro con el que participa el asegurado, puede eliminar el periodo de espera y especificar los requisitos que debe entregar el asegurado para hacer la reclamación, como son, Informes médicos y fotografías de antes y después del accidente o padecimiento, etc. También se especifica el límite de beneficio para esta cobertura.

## **3.6. Cotización del seguro**

El análisis para calcular la prima por experiencia propia del colectivo es el siguiente:

- 1) Análisis de información: El suscriptor revisa la información mínima requerida proporcionada en la solicitud de cotización y los archivos de población y siniestralidad, la información debe estar completa y ser lo más clara posible para una correcta apreciación del riesgo.



- 2) Características del colectivo: Debe identificar las características del colectivo para conocer el perfil que cumple, la actividad del colectivo, la regla de asegurabilidad, si tiene o no contribución en el pago de la prima, número de asegurados, etc., con el fin de perfilar el colectivo de acuerdo al producto y definiciones de la compañía aseguradora que se explicaron en los capítulos anteriores.
- 3) Análisis de población: El suscriptor revisa y ordena la población para conocer su distribución entre los rangos de edad y sexo, obtiene el número de asegurados titulares y totales, así mismo separa por subgrupos de acuerdo a los niveles que el contratante haya definido; por ejemplo: subgrupo de directores, subgrupo de gerentes, subgrupo de empleados, subgrupo de dependientes económicos, etc.
- 4) Análisis de parámetros y coberturas: Se analizan los alcances de cobertura que el contratante solicita, los cuales deben ser los que operan en el contrato que actualmente tiene vigente con otra compañía aseguradora, esto dado que una de las hipótesis es que la siniestralidad que analizaremos fue erogada bajo estos alcances. Así que el suscriptor realiza la cotización con los parámetros de suma asegurada, deducible, coaseguro, nivel de hospitales y tabla de honorarios quirúrgicos que igualen las condiciones actuales del colectivo, así mismo considera las coberturas especiales que el colectivo tiene y analiza sus alcances y si pueden ser diferentes a las condiciones generales del producto en el que se elaborará la cotización.
- 5) Análisis de siniestralidad: Dentro del análisis de siniestralidad el suscriptor revisa si los asegurados siniestrados aún se encuentran vigentes o ya no pertenecen al listado de población proporcionado. Revisa cada uno de los padecimientos que se reportan y el comportamiento de estos de acuerdo a las características de edad y sexo del afectado y las fechas de primer gasto, fecha de reclamación más reciente y sus respectivos montos, en este punto el suscriptor mantiene una estrecha comunicación con el médico para tener una opinión enfocada al desarrollo del padecimiento, además de la comunicación con los médicos, el suscriptor se apoya en herramientas estadísticas de la experiencia de la compañía, ya que esta información permite seguir el desarrollo de los padecimientos. El suscriptor revisa el comportamiento de la siniestralidad del colectivo a través de las distintas vigencias y localiza los patrones de comportamiento sobresalientes para la estimación del riesgo suscrito; por ejemplo, la frecuencia, costo medio del siniestro, padecimientos agudos, crónicos, progresivos, posibles intervenciones quirúrgicas, frecuencia en embarazos, accidentes, padecimientos catastróficos, etc.
- 6) Cálculo de la prima de riesgo: Se consideran diversos factores como el de completes de siniestralidad, factor de colas que se puede estimar con el reporte de siniestralidad, y la inflación general en salud, de acuerdo con los criterios especificados en la nota técnica de la compañía aseguradora para el producto. En este caso el factor de completes actúa cuando el periodo de siniestralidad del reporte es menor a un

año, así que se divide el monto total pagado entre el número de días del reporte y el resultado se multiplica por 365 para suponer un monto anual, el factor de colas se obtiene dividiendo los gastos pagados de aquellos padecimientos que tuvieron su inicio en vigencias anteriores entre el monto total pagado, esta proporción se aplica para suponer que en la vigencia que se contratará el seguro se tendrá un comportamiento similar de este tipo de gastos, la inflación se puede obtener del reporte de inflación general en salud que proporciona la AMIS mensualmente. Una vez aplicados estos criterios se obtiene la prima de riesgo, la cual hará frente a las obligaciones de la compañía una vez que se emita la póliza.

- 7) Cálculo de la prima neta: Una vez obtenida la prima de riesgo, el suscriptor debe considerar los gastos de adquisición, administración y margen de utilidad, definidos dentro de la nota técnica y políticas de la compañía. El monto de prima de riesgo se divide entre uno menos la suma en decimales de los gastos mencionados. Este último resultado es la prima neta requerida por experiencia propia que debe cubrir tanto las obligaciones de la compañía como los gastos de operación, adquisición y utilidad de esta.
- 8) Prima total: Es aquella que suma la prima neta, recargos por financiamiento, en caso de aplicar, los gastos de expedición o derechos de póliza y el impuesto al valor agregado (IVA).

### **3.6.1 Gastos de adquisición**

La compañía aseguradora define sus reglas para el manejo de los porcentajes de adquisición. El gasto de adquisición considera una comisión, es una parte proporcional que se le da al agente y/o promotor, por la colocación de un contrato de seguro, dicho porcentaje esta recargado en la prima total y depende de esta misma, así como a los estándares del mercado; por ejemplo, para el agente del 12% y en caso de existir un corredor o promotor se considera un 2% adicional.

### **3.6.2 Gastos de administración**

Al igual que los gastos de adquisición, los gastos de administración tienen parámetros que la compañía aseguradora define; por ejemplo: se considera 5% por gasto de administración y este porcentaje podrá incrementar si el contratante requiere de mayores servicios, como: contratación de personal adicional.

Existen algunos conceptos, que representan ciertos gastos, los cuales tienen el propósito de crear sustentabilidad en la operación de los negocios.

- El recargo por pago fraccionado es un porcentaje que se incrementa a la prima total, para soportar los gastos administrativos que genera una cobranza fraccionada, regularmente de forma mensual, trimestral o semestral.

- Impuesto al Valor Agregado (IVA)
- La reserva para los gastos de ajuste asignados a los siniestros que incluye la totalidad de los montos por concepto de pagos de gastos de ajuste, para la atención de los siniestros ocurridos y no reportados, tales como honorarios de abogados y de ajustadores externos contratados para tal propósito.
- El IBNR que se refiere a los montos pendientes de reclamación, el desarrollo futuro de siniestros conocidos, la reapertura de casos cerrados, los casos ocurridos pero no reportados y a los siniestros en tránsito (*pipeline*).

### 3.6.3 Utilidad

Es el porcentaje de utilidad que la compañía espera obtener se define en la nota técnica del producto, la compañía debe considerar dicho margen en las cotizaciones por experiencia propia.

### 3.7. Paramentos para la rentabilidad

Una póliza se considera rentable cuando el porcentaje de siniestralidad contra prima devengada es igual o menor al considerado como prima de riesgo, es decir, una vez descontados los porcentajes de gastos de adquisición, gastos de administración y utilidad de la prima neta, el porcentaje de siniestralidad sea igual o menor que el restante de dicha prima.

Cuadro 3.1  
**Análisis de la cotización**

ANALISIS DE COTIZACION		
DATOS GENERALES		
<b>CONTRATANTE</b>	<b>Empresa 1</b>	
<b>GIRO DEL CONTRATANTE</b>	<b>Administrativo</b>	
<b>ULTIMA VIGENCIA</b>	01/06/2015	01/06/2016
SINIESTRALIDAD		
<b>MONTO</b>	1,000,000.00	
<b>FECHA DE REPORTE</b>	01/05/2016	

**SINIESTRALIDAD VS PRIMA**

PRIMA NETA	PRIMA DEV	SINIESTRALIDAD	% SIN VS PD
1,500,000.00	1,372,950.82	1,000,000.00	72.84%

DIAS DEVENGADOS	DIAS POR DEVENGAR
335	31

**DESARROLLO DEL CALCULO**

ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD	
FACTOR DE COMPLETEZ	1.093
SINIESTROS	1,000,000.00
INFLACION ESTIMADA	0.050
PRIMA DE RIESGO	<b>1,147,164.18</b>
COMISIONES Y GASTOS	
COMISION TOTAL	12.00%
GASTOS DE ADMINISTRACION	9.00%
COSTO DE REASEGURO	2.00%
F. ESPECIAL CAT	1.60%
UTILIDAD	3.00%
PRIMAS	
PRIMA REQUERIDA X EP	<b>1,584,480.91</b>

**INFORMACION ADICIONAL**

NUMERO DE SINIESTROS	50
FRECUENCIA	14.29%
SEVERIDAD	20,000.00

**DETALLES**

VIGENCIA	2015-2016
PÓLIZA(S) / COMPAÑÍA	La Competencia
PRIMAS	
PRIMA NETA PAGADA	1,500,000.00
COMISIONES	
AGENTE/PROMOTOR	12%
PARAMETROS	
S.A (SMGM)	1000
DEDUCIBLE (SMGM)	3
COASEGURO (%)	10%
BASE HOSP	Alto
THQ (SMGM)	30
E. EXTRANJERO (S.A)	No
C. EXTRANJERO	No
C. DENTAL (%)	No
RAZON SOCIAL	Empresa 1
POBLACION	
POBLACION	350
TITULARES	105
REGLA DE ASEGURAMIENTO	Titular, Cónyuge, Hijos
CONTRIBUCION DE PRIMAS	100% Contratante

### 3.8. Comentarios

El suscriptor debe revisar la calidad de la información y comprobar, de acuerdo a sus posibilidades, la validez de la misma, es recomendable ser ordenado al tomar las hipótesis y considerarlas en el cálculo de la prima, la comunicación con el área comercial y el área médica es de gran ayuda para determinar los costos, garantizar que

sean suficientes y a la vez competitivos. La cotización debe respetar los parámetros definidos en la nota técnica en cuanto a los costos de administración, adquisición y utilidad de la compañía ya que de ello depende que la póliza sea rentable.

# Conclusiones

---

El seguro de gastos médicos mayores es un instrumento de protección para resarcir la pérdida económica derivada de los altos costos de un tratamiento médico u hospitalario a causa de una enfermedad o accidente. Por este motivo, las compañías aseguradoras deben de aplicar métodos rigurosos basados en principios técnicos-actuariales para garantizar la rentabilidad en la suscripción de nuevos negocios.

En la práctica aseguradora se dice que un negocio es rentable cuando deja ganancias para la empresa, la rentabilidad de una cartera de gastos médicos mayores, ya sea de experiencia global o propia es el objetivo de cualquier compañía aseguradora que se dedique a este ramo, pero para poder llegar a ello se deben tomar en cuenta diversos factores, unos que provienen directamente del colectivo analizado y de la infraestructura de la compañía aseguradora, y otros del análisis del mercado.

La suscripción es el proceso mediante el cual se congregan todos los análisis que respectan a la inclusión de una cartera o colectivo a la compañía, intentando obtener el mayor rango de ganancias posibles, tanto para el asegurado como para la compañía aseguradora. Las condiciones de aseguramiento dependen directamente de las necesidades del contratante y de la solvencia de la compañía aseguradora, llegando a un punto medio en el cual ambas partes satisfagan sus necesidades de cobertura y de rentabilidad.

Dentro del proceso de suscripción es imprescindible contar con metodologías más actuales en cuanto a la documentación requerida para la cotización de una cartera o colectivo, debido a que la creación y diversas reformas en la legislatura de los seguros hacen obsoletos algunos requisitos, por ejemplo, la ley de Protección de Datos Personales, la cual prohíbe la divulgación de cierta información confidencial de los asegurados pero que además es información que ayuda a un mayor asertividad.

Las distintas variables estadísticas que presenta una cartera de gastos médicos son indispensables para la buena suscripción de ésta y su posterior colocación dentro de la compañía aseguradora. Un buen comportamiento estadístico puede ayudar a una mejor manipulación de otros factores de negociación existiendo mayores probabilidades de la obtención del colectivo, por eso es muy importante perfeccionar los cálculos estadísticos y así tener mayor competitividad en el mercado sin descuidar la rentabilidad de la Compañía aseguradora.

## Bibliografía

---

- Cámara de Diputados. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 04-04-2013 Capítulo Único.
- Cámara de Diputados. Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 10-01-2014 Capítulo Único.
- Cámara de Diputados. Ley sobre el Contrato de Seguro. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 04-04-2013 en Título I y Título III.
- Cámara de Diputados. Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 18-05-2001 Capítulo I, II, III y IV, así como los Transitorios.
- Cámara de Diputados. Reglamento de Inspección y Vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 26-01-2004 Título I, II, III, IV y V, así como los Transitorios.
- Cámara de Diputados. Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro de Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 20-07-2009 Capítulo Único y Transitorios.
- Cámara de Diputados. Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Honorable Congreso de la Unión. México Diario Oficial de la Federación del 05-06-2008 Título I, II y III.