



21  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**MODELOS DE OPERACION EN EL  
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS  
MÉDICOS MAYORES**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**A C T U A R I O**  
**P R E S E N T A :**  
**LUIS GABRIEL FERNANDEZ SANCHEZ**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D. F.**

**1993.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

**MODELOS DE OPERACION EN EL SEGURO COLECTIVO  
DE GASTOS MEDICOS MAYORES.**

**INDICE**

<b>INTRODUCCION.</b>	<b>1</b>
<b>I.- ANTECEDENTES.</b>	
1.1.- Creación del Seguro de Gastos Médicos Mayores.	3
1.2.- Creación del Seguro de Gastos Médicos en México.	5
<b>II.- EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.</b>	
2.1.- Objetivo del Seguro.	10
2.2.- Gastos Cubiertos en una Póliza de Gastos Médicos Mayores.	12
2.3.- Coberturas Adicionales.	
2.3.1.- Maternidad.	16
2.3.2.- Cobertura Dental.	17
2.3.3.- Preexistencia y Congénitos.	18
2.3.4.- Cláusula de Salud Familiar.	19
2.3.5.- Reinstalación Automática.	20

2.3.6.- Excedentes.	21
2.3.7.- Cobertura en el Extranjero.	23
2.4.- Gastos no Cubiertos por una Póliza de Gastos Médicos Mayores.	26

### III.- MODELOS DE OPERACION.

3.1.- Modelo Tradicional.	32
3.1.1.- Movimientos con altas y bajas (endosos).	
3.1.2.- Ajuste Anual.	
3.2.- Cash-Flow.	34
3.2.1.- Funcionamiento.	
3.3.- Modelo Autoadministrado.	37
3.3.1.- Funcionamiento.	
3.3.2.- Pago de Siniestros.	
3.4.- Cirugía Programada.	40
3.4.1.- Funcionamiento	
3.5.- Pago Directo.	42
3.5.1.- Funcionamiento.	

### IV.- ASPECTOS TECNICOS.

4.1.- Inflación.	47
4.2.- Cálculo para Renovación.	50

**V.- CONCLUSIONES.** 54

**VI.- ANEXOS.**

6.1.- Reglamento de Seguro de Grupo. 57  
6.2.- Ley del IMSS. 69  
6.3.- Ley del ISSSTE. 75

## INTRODUCCION.

Desde tiempos remotos, la humanidad se ha preocupado por tratar de conocer el funcionamiento del cuerpo humano, así como el de llegar a un perfeccionamiento espiritual y gozar de una buena salud.

Actualmente, las personas se preocupan más por su salud que por sus aspectos morales o espirituales, esto es comprensible en virtud de que el primer punto es factor importante para el desempeño de las diferentes actividades diarias, llamese trabajo, escuela, hogar, etc... Y, podemos decir que la ciencia médica ha llegado a un avance tal que es posible dar tratamiento eficaz a casi cualquier enfermedad hasta ahora conocida por el hombre; pero estos tratamientos pueden llegar a ocasionar desembolsos de tal magnitud que provocaría serios problemas económicos ó desequilibrio en el presupuesto familiar.

Aún cuando se cuenta con Instituciones de Seguridad Social para atender cualquier aspecto de Morbilidad, en ocasiones por comodidad, servicio ó necesidad se acude a Instituciones privadas y es ahí cuando podemos utilizar la póliza de Gastos Médicos Mayores (G.M.M.), la cual tiene como finalidad el proteger contra las eventualidades a las que todos estamos expuestos, reembolsando casi en su totalidad la cantidad erogada por conceptos médicos y hospitalarios.

Cabe destacar que una póliza de Gastos Médicos

Mayores no cubre o "asegura" todos los beneficios que otorga una Institución de Seguridad Social, dado que tiene restricciones como veremos más adelante.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer al Actuario las ventajas y lineamientos que tiene un Seguro de G.M.M., dando a conocer primero los antecedentes de los seguros a nivel mundial como en Mexico, con la idea de ir conociendo los cambios en ello formados. En el siguiente capítulo, se da a conocer las coberturas con que cuenta una Póliza de Seguros, así como sus diferentes coberturas adicionales que se pueden combinar y contratar para obtener una mejor protección. En el Capítulo IV se dan todos los Modelos de Operación que se manejan actualmente hasta llegar al modelo de Pago Directo a Hospitales el cual considero de suma importancia, en virtud de ser difícil, en algunos casos, realizar gastos de hospital o de honorarios quirúrgicos y esperar el reembolso por parte de la Compañía Aseguradora. En el Capítulo V se dan a conocer los aspectos técnicos, como son inflación, renovación y Nota Técnica del Seguro. Por otro lado, sólo considero el llamado Plan Amplio Colectivo, dado que abarca todas las modalidades y coberturas posibles de modelos de Seguro a que me refiero. Como anexos efectué un resumen de las prestaciones que otorgan las Instituciones de seguridad social con el objeto de que el Actuario pueda comparar un sistema de coberturas contra otros; el Reglamento de Seguro de Grupo es en virtud de que como no existe Reglamento de Gastos Médicos, la Ley marca que en lo que se publica alguno, se registrará por el de Vida.

## CAPITULO I

### I.- ANTECEDENTES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS.

#### 1.1- CREACION DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.

Para poder llegar al Seguro de Gastos Médicos, comenzaré con un resumen de los antecedentes o principios del seguro.

Estos antecedentes se remontan hacia los años 4000 a 3000 A.C. con los mercaderes babilónicos, los cuales asumían el riesgo de pérdida de las caravanas, concediendo préstamos a elevado interés que eran reembolsables al feliz término del viaje. El texto del Talmud de Babilonia ofrece ciertas prácticas semejante a seguros que realizaban los hebreos; los jueces, sacerdotes, magistrados y ocupantes de otros cargos públicos asirios tenían facultad de recaudar impuestos de todo miembro responsable de la comunidad, el cual era utilizado en caso de calamidad social, como hambre, incendios etc... El comercio marítimo de Rodas hace que Grecia legisle el préstamo a la gruesa sobre los barcos y sus cargas. Tanto el buque como la carga eran asegurados por comerciantes que asumían el cargo de pérdidas realizando préstamos a elevado interés, reembolsables al final del viaje si no había siniestro. (igual que el sistema de los babilonios), en esos tiempos, se empezaron a llevar registros los cuales ayudaron mucho para poder condicionar y calcular futuros riesgos.

En Grecia se formó una asociación llamada Eranoi, cuyo fin era socorrer a sus socios desvalidos mediante una cotización



de todos sus asociados.

El primer contrato de seguro marítimo que se conserva data del año de 1347. Este contrato se otorgaba casi siempre por mediación de un corredor o agente. En 1435, se promulgó en Barcelona, la ordenanza del Seguro Marítimo.

Carlos V en 1549 en Holanda dicta la primera Ley que regula el contrato marítimo.

Le siguen a esta las compilaciones francesas Guidon de la Mer en 1659 y en 1681 Ordonnance de la Marine. En el Siglo IX en Inglaterra, se forman sociedades de amigos cuyos fondos eran para el pago de pérdidas sufridas por incendio, inundaciones o robo, estas asociaciones se denominaban Guildas; En 1618, se forman la Sociedad de Agrupaciones de mercaderes y Artesanos, con el mismo fin perseguido por las sociedades de amigos.

Considerando ya como Edad Moderna, en 1688 se forma Lloyd's en el ramo de seguros sobre barcos, en un principio era una cafetería donde se reunían varios empresarios y dueños de barcos, en el cual se concedían préstamos o se efectuaban ciertos convenios para garantizar el pago de pérdida del barco lo cual, tenía demasiadas restricciones como por ejemplo, para aceptar el pago de daños a la carga era imprescindible que el barco hubiera sufrido la pérdida o rotura del mástil y de sus velas principales o presentar una rotura de gran tamaño en su estructura para considerar que fué necesario tirar la mercancía, poco a poco se fueron normando estos conceptos hasta llegar a puntos lógicos o

razonables en la medición de un siniestro. Actualmente Lloyd's es una importante empresa en el ramo de los seguros, la cual explicaré más adelante.

En el Siglo XVII aparecen las primeras Sociedades Anónimas de seguros, se empiezan a calcular las primeras Tablas de Mortalidad.

Se funda en el año de 1762 en Inglaterra The Equitable Life Assurance Society, basandose en la técnica actuarial.

En Francia nace la Compagnie Royale d'Assurance, en el año de 1786. En 1802, se forma el reaseuro.

Bismark en Alemania promulga leyes regulando los seguros de accidentes de trabajo, vejez e invalidez.

## 1.2.- CREACION DEL SEGURO EN MEXICO.

Con la influencia del extranjero que se daba en nuestro país, se forma en México, la primera compañía de seguros en el año de 1789 la Veracruzana con un capital de 230 mil dolares cubriendo sólo riesgos marítimos, con el problema de la guerra entre España e Inglaterra esta compañía no tiene futuro. Posteriormente se crea la compañía Nueva España con un capital de 400 mil dolares.

A finales del Siglo XIX ya existían en México, dos compañías mexicanas y siete Norteamericanas.

Se forma en el año de 1897 la Asociación Mexicana de Representantes de Compañías de Seguros con dos socios del país y 52 extranjeros.

Le siguen a estas empresas la Nacional, Latinoamericana, Veracruzana, Unión de Seguros, America Banamex etc...

En 1935 se promulga en México la Ley General de Instituciones de Seguros y la del Contrato de Seguro.

Con la creación del Instituto del Seguro Social, se crea descontento por parte de las compañías aseguradoras las cuales tratan de boicotear este proyecto aduciendo que con esto se irían a la quiebra dado que anulaba toda proyección que pudieran tener en nuestro país por ser un instrumento de protección con demasiada ventaja sobre ellos. Poco a poco terminó este temor, y en la actualidad trabajan y funcionan ambas empresas.

Actualmente existen tres sectores básicos dentro del ramo asegurador, apoyados en otros tres subsectores por así nombrarlos pero igual de importantes que los primeros.

#### **MUTUALISTAS:**

La finalidad no es el lucro, el conjunto de asegurados o asociados forman la finalidad jurídica del asegurador, realizan sus operaciones en dos formas distintas, las cuales pueden ser:

a) Prima anticipada.- Recogiendo las cuotas al principio del ejercicio para repartir en forma de dividendo al final del mismo los excedentes, una vez satisfechos los pagos por siniestros y gastos administrativos.

b) Sistema derrama.- Cuyo fin es recaudar las cuotas en proporción a los riesgos cubiertos, al final del ejercicio, cuando se conoce la cifra invertida en los siniestros y gastos administrativos, estas cantidades suelen percibir unas cuotas de entrada que constituyen el capital social de las mismas y sirven de garantía a las obligaciones contraídas por los asociados.

#### COMPANIAS MERCANTILES:

Establecidas normalmente bajo la forma de Sociedad Anónima, tienen como fin principal la obtención de beneficios. La personalidad jurídica del asegurador, representada por los socios o accionistas propietarios de la entidad, es independiente de los asegurados. Se establecen cuotas o primas fijas que han de pagarse anticipadamente con las cuales la entidad deberá cubrir los siniestros que se produzcan, atender a los gastos administrativos y conseguir el beneficio comercial. El capital social de estas compañías, generalmente impuesto por disposición legal es fundamentalmente de garantía y no de explotación.

#### **INSTITUCIONES ESTATALES:**

Son creadas por el Estado para atender aquellos riesgos no cubiertos por la iniciativa privada. Atienden preferentemente a los seguros sociales y, por extensión pueden contratar algunos seguros de carácter libre y popular, generalmente rentas vitalicias, seguros dotales etc... Estas pueden crearse con socios para la cobertura de riesgos que, por su naturaleza extraordinaria o catastrófica no pueden ser soportados por el seguro privado.

Al amparo de estos grupos principales, surgen otras instituciones de apoyo cuyo fin es el fortalecimiento del mismo.

#### **ASOCIACION LLOYD'S:**

Son agrupaciones de aseguradores profesionales que asumen entre ellos determinados riesgos. Los miembros de estas asociaciones son escrupulosamente elegidos, deben atenerse a sus reglamentos y verificar los depósitos de garantía exigidos. Estas asociaciones operan en Inglaterra en donde son originarios y en Estados Unidos de Norteamérica.

#### **REASEGURADORAS:**

Las aseguradoras aceptan el riesgo de cualquier cuantía, se reservan la parte que técnicamente pueden soportar y el resto o excedente lo colocan en las entidades de reaseguro, de esta

forma se evitan las fuertes desviaciones que pudieran resultar de aceptar riesgos de fuerte cuantía.

**POOLS:**

Son agrupaciones de aseguradoras para explotar un determinado ramo de seguros, cuyos riesgos se reparten entre las entidades agrupadas. Cada entidad aseguradora queda integrada proporcionalmente en los riesgos de la colectividad, como ejemplo se puede citar el Pool de aviones la cual esta conformada a nivel mundial.

## CAPITULO II

### EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS

#### 2.1- OBJETIVO DEL SEGURO.

Dentro de la naturaleza humana todos estamos expuestos a sufrir un accidente o enfermedad, ya sea grave o leve, dependiendo de una gran cantidad de factores como son nuestra actividad habitual, el tipo de deportes que practicamos, el alto índice de población en nuestra localidad, descuido, contagio, falla de algún órgano de nuestro cuerpo o muchísimas otras razones, imposible de enumerarlas todas.

El objetivo del Seguro de Gastos Médicos Mayores, es precisamente el resarcir las derramas económicas del Jefe de familia que tendría al hacer frente ante un(os) accidente ó enfermedad de él ó de algún miembro de la familia, lo cual puede ocasionar un fuerte desequilibrio en el presupuesto familiar.

Dada la enorme demanda que existe en los servicios de Instituciones de Seguridad Social de nuestro país (independientemente de los motivos o razones que se puedan comentar), comunmente los pacientes deben esperar x tiempo para pasar al servicio de especialidades o para operarse de alguna enfermedad; por lo que es conveniente tener además de los servicios mencionados, una póliza de gastos médicos mayores y utilizarla como alternativa; pero, como su nombre

lo indica, es para necesidades médicas mayores, no para una simple gripa o para comprar aspirinas, sino en realidad para tratamientos en los cuales se requeriría un especialista.

El Comité sobre Terminología del Seguro de Enfermedades de la Asociación Americana de Riesgos y Seguros ha sugerido definirlo como "El seguro contra las pérdidas causadas por enfermedades o lesiones corporales". (1)

(1) Bulletin of the Commission on Insurance Terminology, Mayo de 1965, Boletín de terminología del seguro.



## **2.2.- GASTOS CUBIERTOS.**

Para este capítulo, efectué una recopilación de las pólizas de Gastos Médicos Mayores de las diferentes compañías aseguradoras realizando un concentrado de las mismas.

Las coberturas básicas que otorga un seguro de Gastos Médicos Mayores son las siguientes:

1.- Los gastos erogados por concepto de honorarios quirúrgicos, anestésista y ayudantes, consultas médicas postoperatorias; en caso de visita ó consulta no postoperatoria, o sea consultas para dictaminar la enfermedad se cubre sólo una por día.

En este punto, se cubre desde la primera consulta del doctor al asegurado, así como a diferentes médicos en caso de que el asegurado desee tener dos opiniones (lo cual es frecuente entre los pacientes ) para el pago a los mismos se debe tener en cuenta el que cada uno de ellos llene el formato denominado Informe Médico de la Aseguradora.

En caso de requerir ver al doctor dos o más veces en el mismo día, por ejemplo, que solicite efectuarse algún tipo de análisis urgente y le presente el resultado al término del mismo, aún cuando el paciente tenga o no seguro, se le cobra por una sola vez.

2.- Honorarios de enfermera, con máximo de tres turnos diarios, en caso de existir la necesidad de contratarse.

fuera del hospital, tendrá como límite 30 días.

Para tratamientos en los cuales es indispensable supervisión directa durante las 24 horas del día, la póliza cubre este tipo de situaciones.

3.- Gastos de hospital o sanatorio, sala de operaciones, curaciones ó recuperación.

4.- Alimentos durante la internación.

Los alimentos ya vienen incluidos dentro del costo por hospitalización, lo que no está cubierto son los alimentos que el asegurado o algún dependiente consuma dentro del restaurante del hospital o mande traer alimentos fuera del mismo.

5.- Medicamentos prescritos dentro y fuera del hospital ó sanatorio, drogas, anestesia, consumo de oxígeno, transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes (siempre que sean prescritos por el médico tratante).

6.- Gastos de análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, terapia física o cualesquiera otro indispensable para el diagnóstico ó tratamiento del accidente o enfermedad.

Es importante destacar que aún cuando sean prescritos por el médico tratante, estos deben ser congruentes con el tipo de enfermedad o accidente sufrido, se consideran dentro de este

rubro los análisis para descartar otra enfermedad.

7.- Gastos originados por renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial o aparatos semejantes.

8.- Costo de cama extra para el acompañante del asegurado durante la internación.

9.- Gastos originados por padecimientos congénitos de los hijos de los asegurados nacidos durante la vigencia del seguro.

Los tipos de padecimientos más frecuentes en las reclamaciones por padecimientos congénitos son el conocido como Labio Leporino.

10.- Gastos de ambulancia terrestre o aérea con los límites establecidos en la póliza.

11.- Gastos originados por la compra de prótesis o renta de aparatos ortopédicos hasta por el límite estipulado en la póliza. Queda excluida la reposición de aparatos existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

12.- Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto de la conyuge ó de la asegurada titular:

a) Las intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.

- b) Los estados de fiebre puerperal.
- c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
- d) La operación cesarea.

Esta última se limita a un porcentaje de la Suma asegurada (algunas aseguradoras lo cubren al 100% con un deducible mayor.)

13.- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales como consecuencia de accidente que provoque lesiones en dientes naturales.

14.- Tratamientos que el asegurado se tenga que efectuar por cualesquiera de los siguientes motivos:

- a) Tumoración mamaria.
- b) Hemorroides, fístulas rectales o prolapso del recto.
- c) Hernias.

Estos incisos algunas aseguradoras los cubren a partir de la primera renovación de la póliza.

15.- Tratamientos o intervenciones de características reconstructivas, que resulten indispensables a consecuencia de accidente o enfermedad no excluidos en la póliza que hayan ocurrido durante la vigencia de la misma.

### 2.3.- COBERTURAS ADICIONALES.

#### 2.3.1.- MATERNIDAD.

En el Seguro de Gastos Médicos Mayores, podemos incluir esta cobertura, pero, debemos establecer que bajo condiciones normales no es una enfermedad, es decir, el hecho de engendrar un hijo y darlo a luz después de su proceso de gestación normal, no es una enfermedad, sino el desarrollo de una función fisiológica de la mujer; sin embargo, como el parto origina hospitalización y gastos médicos, se considera como enfermedad para efectos de la póliza.

Este endoso establece que si durante la vigencia de la póliza, la asegurada tuviera un parto o un aborto no provocado intencionalmente, la aseguradora pagará los gastos efectuados dentro de los treinta días siguientes a la fecha del parto o aborto, por concepto de renta de cuarto y alimentos, gastos varios en sanatorio u hospital y honorarios médicos o quirúrgicos, sin exceder de la suma asegurada por este concepto.

La condición para otorgarse es que debe contratarse para todas las mujeres entre 20 y 40 años de edad y la cobertura se extiende a cubrir a todas las mujeres comprendidas en la póliza sin importar la edad.

### 2.3.2.- COBERTURA DENTAL.

Esta cobertura fué autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros (CNBS), actualmente Comisión de Seguros y Fianzas, en el año de 1985, la cual en el tiempo transcurrido, ha tenido una aceptación mínima por partes de los asegurados.

Las coberturas que otorga son las siguientes:

- Profilaxis.
- Radiografía Periapical.
- Serie radiológica (radiografía panorámica).
- Radiografía Oclusal.
- Obturación con amalgama.
- Obturación con resina.
- Extracción de diente ó canino.
- Extracción molar.
- Raspado (Parodoncia).

La suma asegurada para esta cobertura es opcional por cada aseguradora.

Para la aceptación de esta cobertura, además de contar con la póliza básica, es necesario que esté asegurado el 100% de las personas del grupo asegurable.

### 2.3.3.- PREEXISTENCIA Y CONGENITOS.

Para definir si alguna enfermedad es preexistente a la fecha de contratación de la póliza, esto es, que ya la padecía con anterioridad, basta cumplir con alguno de los siguientes incisos.

a) Fueron diagnosticados por un médico.

b) Fueron aparentes a la vista.

Como ejemplo podemos citar la enfermedad de Cataratas las cuales a pesar de no conocer técnicamente la enfermedad, pero es aparente a la vista.

c) Las que por sus signos o síntomas no pudieron haber pasado desapercibidos.

Si alguna persona sufre de Artrosis, no es posible, no darse cuenta de la sintomatología de la misma.

Cabe aclarar que los padecimientos congénitos, si se cubren a los recién nacidos durante la vigencia de la póliza. Los casos más comunes para ejemplificar este punto son los niños que nacen con Labio Leporino.

Para contratar esta cobertura, además de la básica, los requisitos de aceptación son:

- El Seguro no debe ser de carácter voluntario.
- Estar el 100% de la colectividad asegurada en esta cobertura (además del 100% en la básica).

#### 2.3.4.- CLAUSULA DE SALUD FAMILIAR.

En caso de fallecimiento ó Invalidez Total y Permanente del asegurado titular, esta cláusula cubre a los dependientes económicos, durante cinco años siguientes al evento sin más pago de primas.

Este seguro se actualizará año con año de acuerdo a las modificaciones que sufran las coberturas de Gastos Médicos Mayores.

La prima para este beneficio será el equivalente al 15% de las primas que los dependientes pagan al momento de contratación de la póliza o su renovación.

La edad mínima de contratación para esta cobertura es de un día de nacido hasta los 60 años, pudiendose renovar hasta la edad de 64 años máximo.

Esta cobertura podríamos decir es equivalente a un seguro de vida con la diferencia de que en lugar de dejar una suma asegurada en efectivo para los familiares, estos se quedan con una protección médica.



### 2.3.5.- REINSTALACION AUTOMATICA.

En caso de que por algún accidente o enfermedad, se llegase a agotar la suma asegurada para cada asegurado, la vigencia de la póliza no terminará en ese momento, sino que se reinstalará automáticamente para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por el monto total de suma asegurada contratada. Esto es, el asegurado tendrá derecho a la misma suma asegurada para cualquier otro siniestro (padecimiento diferente) cubierto por la póliza.

#### Ejemplo:

Se presenta una reclamación por Hepatitis por 15 mil nuevos pesos y, se tenía contratada una Suma Asegurada de 20 mil nuevos pesos, posteriormente tiene un accidente con un costo médico de cuatro mil nuevos pesos; la aseguradora le reembolsará 15 mil nuevos pesos (menos deducible y coaseguro) por la enfermedad, y la suma asegurada se vuelve a reinstalar, pagandose entonces los cuatro mil nuevos pesos por concepto del accidente.

Actualmente, dentro de las primas básicas de la mayoría de las compañías aseguradoras, ya viene incluida esta cobertura por la importancia y beneficio que otorga.

### 2.3.6.- EXCEDENTES.

Con el objeto de contar con una protección adicional en caso de siniestro denominado "severo", esto es, que rebase la suma asegurada de la póliza, se puede contratar una suma adicional denominada Excedente, la cual funciona como su nombre lo indica, en exceso del límite básico para el mismo padecimiento.

#### Ejemplo:

Se tiene contratada una Suma Asegurada básica por 20 mil nuevos pesos (cabe recordar que la Reinstalación Automática funciona sólo para nuevos padecimientos) y, se compra un seguro excedente por 15 mil nuevos pesos, entonces, esta última entrará en vigor si al ocurrir un siniestro excede del límite básico. Esta cobertura funciona sin deducible ni coaseguro.

Este sistema se utiliza mucho en las pólizas de Cash-Flow dado que evita desviaciones considerables no estimadas por el contratante.

Algunas aseguradoras extranjeras, manejan esta cobertura considerando el exceso no en cantidad, sino en tiempo, ya que existen pólizas las cuales están limitadas como en México a un tiempo máximo por reclamación del mismo padecimiento de 730 días a partir de la fecha del siniestro.

En México, esta cobertura sólo es por el exceso de la

cantidad reclamada, no por el tiempo transcurrido; algunas compañías de seguros ya anularon el tiempo límite de reclamación, o sea, el único límite es el agotamiento de la suma asegurada. En caso de las aseguradoras que todavía lo manejan, tampoco contemplan esta cobertura para el exceso en tiempo.

Por último, empresas aseguradoras ya comienzan con coberturas llamadas Renovación Garantizada de por Vida, con límites en la edad de contratación desde los 31 días de nacido y máximo a los 54 años de edad.

### 2.3.7.- COBERTURA EN EL EXTRANJERO.

Las empresas aseguradoras concientes en la factibilidad de viajar al extranjero por cuestiones de placer o de trabajo por parte de los empleados o funcionarios de las empresas contratantes, tienen la cobertura en el extranjero, la cual es adicional a la cobertura básica, y esta consiste en dar protección en otro país a consecuencia de algún siniestro cubierto en la póliza.

Dependiendo de cada aseguradora, existen tres modalidades de aseguramiento:

#### a) Plan Amplio en el Extranjero:

Este plan no tiene límites por concepto de hospital ó de honorarios quirúrgicos, la suma asegurada y límites son los mismos con que se cuenta en una póliza de Plan Amplio en Territorio Nacional, así como el deducible y coaseguro, éste último, con algunas variantes como pueden ser el aumentar de 10 a 20 puntos más en el porcentaje de coaseguro del indicado en la póliza para el Territorio Nacional, esto es, si en el país tiene 10%, en el extranjero se cobrará un coaseguro de 30%

Esta cobertura se puede utilizar indistintamente, ya sea que el accidente ó la enfermedad ocurrió mientras se encontraba viajando, o simplemente porque el asegurado desea ser atendido en otro país.

Cabe hacer mención que algunas compañías de seguros mexicanas, ya cuentan con convenios con hospitales en otros países para pago directo al hospital, evitando el pago inmediato del asegurado al mismo (este punto se tratará en el Capítulo de Pago Directo a Hospitales.)

En la mayoría de los casos, la contratación de esta cobertura es para todos los participantes de la póliza básica, sin embargo, se puede negociar a quedar sólo en funcionarios de algún nivel ó para los directores solamente.

**b) Plan Limitado en El Extranjero:**

El plan limitado tiene el mismo funcionamiento que el anterior, con la salvedad de éste si ser limitado en cuanto al rubro de honorarios quirúrgicos, el cual se rige en una tabla de honorarios que manejan las aseguradoras; al ser limitado, el costo en primas es más barato en comparación con el anterior, sin embargo se puede dar el caso de que por los límites que tiene, no sea suficiente para alguna enfermedad atendida en otro país.

**c)Cláusula de Emergencia en el Extranjero:**

Esta cobertura funciona sólomente si el asegurado sufre un accidente o enfermedad encontrándose de viaje, o sea que a diferencia de los incisos a) y b), no puede utilizar este beneficio para atenderse en el extranjero si el siniestro le sucedió en México, por lo mismo, el costo de la cobertura adicional tiene un costo menor que las anteriores, sin embargo, para algunas empresas contratantes, no cumple con

**sus posibles necesidades de atención, por lo que optan por contratar el llamado Plan Amplio en el Extranjero.**

#### 2.4.- GASTOS NO CUBIERTOS POR UNA POLIZA DE G.M.M.

Los gastos o enfermedades que normalmente no cubre una póliza de Gastos Médicos Mayores son los resultantes de:

1.-Padecimientos preexistentes, entendiéndose como tales aquellos que en fecha anterior a la iniciación de vigencia de la póliza con respecto a cada uno de los asegurados:

- a) Fueron diagnosticados por un médico.
- b) Fueron aparentes a la vista.
- c) Fueron los que por sus signos o síntomas no pudieron pasar desapercibidos.

Podemos considerar algunos casos para ejemplificar estos puntos como son "Cataratas", la cual es una enfermedad que el asegurado se da cuenta simplemente al verse en un espejo, notaría algún punto o puntos negros en sus ojos o nubosidades en los mismos. Otro caso es Artritis la cual se manifiesta en la dificultad de movimiento de las manos o torpeza para tomar algún objeto que desee etc.. El inciso a) Fueron diagnosticados por un médico, no necesita explicación al mismo.

2.- Transtornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

Algunos casos de trastornos o estados de depresión psíquica o nerviosa se llegan a considerar e incluso pagar si estos

son como consecuencia de violación, aún cuando la póliza lo excluye en sus condiciones, pero por la misma ya de por sí gravedad del punto, no se rechazan. .

3.-Afecciones propias del embarazo, abortos, partos prematuros o partos normales o anormales, legrados cualesquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o puerperio que no sea precisamente de las consignadas en el capítulo de gastos cubiertos. A excepción de consecuencia de algún accidente.

4.- Padecimientos que resulten de alcoholismo ó toxicomanias.

5.- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de natalidad.

En la actualidad, es frecuente que la mujer, al momento de dar a luz al segundo o tercer hijo, en la misma operación del parto se efectúe algún tipo de tratamiento u operación para evitar el tener más hijos, estos gastos se excluyen del total de reclamación presentada.

Considero que en un futuro próximo este punto se incluirá en las coberturas de gastos procedentes, en virtud de que si se paga el concepto de Cesarea por ejemplo, y en algunos casos Maternidad y, la humanidad cada vez está más convencida que es mejor tener menos hijos por familia, de alguna manera para la Aseguradora es el mismo costo el pagar la operación o tratamiento para controlar la natalidad que pagar una



Cesárea.

6.- Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.

7.- Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación de estados de salud, conocidos con el nombre de Check-Up.

8.- Tratamientos de calvicie, obesidad y esterilidad.

El aspecto de obesidad, no tiene muchos años que se excluyó de las pólizas de Gastos Médicos Mayores dado el abuso de algunos asegurados que "se sentían gordos" y por falta de fuerza de voluntad, se internaban en un Hospital para ponerse a dieta.

9.- Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de este en sanatorio u hospitales tales como cuartos o alimentos extra ( a excepción de cama extra).

10.- Lesiones provocadas en riña con provocación en parte del asegurado o bien si la riña ocurre en cantinas, bares u otros lugares en donde unicamente se sirvan bebidas alcoholicas, o estando bajo la influencia de algun enervante, estimulante o similar ingeridos con intenciones de intoxicarse con los mismos.

No debe confundirse con asalto del cual fué victima el asegurado y por alguna causa resultado golpeado, así como el haberse visto involucrado en una riña, siempre y cuando el

asegurado no provocó en forma alguna.

11.- Lesiones que el asegurado, sufra cuando viaje como ocupante de algun automovil o cualquier otro vehiculo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en motocicletas y otros vehiculos similares de motor, tampoco se cubren las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aereo.

Se considera práctica el que el asegurado habitual o frecuentemente practique alguno de estos deportes, aún cuando no sea de manera profesional, sin embargo si en alguna ocasión fué invitado a bucear o escalar una montaña y sufre un accidente, ésta se considera como una actividad o situación dentro de las actividades normales de una persona y sí está cubierto.

12.- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aerea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.

Es importante destacar que, para los empleados o altos funcionarios de una empresa que ocasionalmente viajan en aviones privados de su Compañía, se debe notificar a la Compañía Aseguradora con el objeto de estar cubiertos en la póliza. Tambien se pueden cubrir a los pilotos, mecánicos o miembros de la tripulación tipificados en este punto,

simplemente se cobra una prima mayor para esas personas, lo que se conoce como extraprima.

13.- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico quirúrgico de las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas.

Al estar excluidas algunas enfermedades o tratamientos, obviamente no se pueden cubrir sus complicaciones. Un ejemplo podría ser el aborto o legrado, el cual al haber sido mal tratado puede llegar a ocasionar consecuencias terribles inmediatamente.

14.- Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por médicos quiroprácticos o acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido recomendado por el médico general o especializado que trate al asegurado.

A la fecha las aseguradoras aún no consideran ( al igual que muchos médicos ) que los tratamientos por parte de médicos quiroprácticos o tratamientos por medio de acupuntura tengan una efectividad igual o mejor que los tradicionalmente aceptados por ellos, es por esto que sólo se acepta si fué prescrito por algún médico general o especializado.

Probablemente con el paso del tiempo este punto también se acepte sin necesidad de haber sido recomendado por otro médico.

15.- Actos delictuosos intencionales en que participe directamente el asegurado.

A pesar de haber sufrido algún tipo de accidente, no es posible cubrir a alguien por efectuar un acto que la misma Ley prohíbe.

16.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Este tipo de tratamiento se excluye en su totalidad y, la razón de ser de este rechazo es que no existe cura conocida a la fecha, y la experiencia es el alto costo que tendría el tratamiento sin resultado positivo; sin embargo la siniestralidad tendría un aumento demasiado alto por lo cual no habría primas suficientes para la renovación.

Así como este caso en general es el principio de la mayoría de las cláusulas que no cubre un seguro de Gastos Médicos Mayores.

## CAPITULO III

### MODELOS DE OPERACION.

#### 3.1.- MODELO TRADICIONAL.

##### 3.1.1.- MOVIMIENTOS CON ALTAS Y BAJAS (ENDOSOS)

Para grupos pequeños, o a los cuales no se les ha manejado otro sistemas, conservan este tipo de operación que tiende a desaparecer ó por lo menos, tan sólo a utilizarse para casos especiales.

Cada vez que se da de alta un empleado o un miembro de la colectividad, se comunica a la aseguradora dentro de los treinta días siguientes a partir de la fecha que se dió de alta y ésta a su vez expide un documento (llamado endoso) con la prima correspondiente según su edad y, prorrateado por los meses que faltan para la terminación de la vigencia de la póliza.

De la misma manera se efectúan los movimientos ocasionados por las bajas a la colectividad, esto es, se devuelve al contratante la diferencia entre el tiempo asegurado y el pagado.

##### 3.1.2.- AJUSTE ANUAL.

Con el objeto de evitar tanto movimiento administrativo y, simplificar los trámites, se puede optar por lo que se llama

Ajuste Anual, dentro del cual, sólo se comunica al Asegurador de las altas y bajas durante el año-póliza y no se emiten endosos, sino al final de la vigencia se efectúa un ajuste considerando todos los movimientos que se reportaron durante el año y se paga la diferencia a favor de la Aseguradora o se devuelve al contratante si resultó el cálculo del ajuste a su favor.

En caso de renovación normalmente se utiliza este endoso para el pago de la póliza del año entrante.

La forma de efectuar el cálculo de ajuste consiste en calcular la diferencia de la nómina inicial de la empresa y la nómina al finalizar la vigencia de la póliza, esta diferencia se calcula a mitad de año, esto es, se cobra la diferencia por seis meses póliza.

### 3.2.- CASH-FLOW.

En colectividades grandes y en las que la experiencia que se tiene es de baja siniestralidad, ya sea en frecuencia o severidad, puede no convenir contratar un seguro de Gastos Médicos dado que tal vez la prima anual sería mucho mayor a la siniestralidad esperada, sin embargo la empresa "X" tiene el compromiso con sus empleados de otorgarles esta prestación; es cuando se utiliza el sistema de CASH-FLOW (Flujo de Caja o Contado); todas las aseguradoras manejan este sistema de protección.

#### 3.2.1.- FUNCIONAMIENTO:

Una vez conocido el monto total de la prima del grupo a asegurar, se deposita en una compañía aseguradora el 10 o 15% de ésta según se estime suficiente para el pago de reclamaciones.

En caso de siniestro, el asegurado presentará su reclamación y el departamento de siniestros evaluará y dictaminará si la reclamación procede, dado que este plan se rige con las mismas coberturas y exclusiones que tiene una póliza de Gastos Médicos a menos que se pacten desde un principio algunas condiciones diferentes así como deducible y coaseguro, los cuales podrán ser mas bajos que los normales de una póliza. Y, se cobra al contratante un porcentaje (varía entre un 5 a un 10%) como gasto de administración del total de cada siniestro pagado.

Esta póliza se revisa bimestralmente y si en ese periodo no hubo siniestros, el fondo se mantiene fijo, en caso de haber existido algún pago bajo este concepto, el contratante se obliga a pagar las primas equivalentes por estos pagos hasta llegar a la cantidad que inicialmente había en el fondo. Si durante dos o tres bimestres, el fondo es insuficiente para el pago de siniestros, se efectúa un recargo al fondo en un porcentaje suficiente de tal manera que la compañía aseguradora no tenga que estar financiando los siniestros.

Dentro de las ventajas que ofrece este plan, podemos mencionar el bajo costo para la empresa contratante o colectividad contra lo que una prima de seguro puede representar, así como el de poder decidir acerca de un siniestro el cual no procede y por lo tanto rechazado, pero que el contratante desea reembolsar al empleado o familiar de un funcionario de la empresa los gastos que realizó a consecuencia de su enfermedad, ó un ejemplo mas común es en el caso de maternidad.

Otra ventaja de este sistema es el que se emite una póliza de Gastos Médico Mayores y se entregan recibos al contratante como pago de primas y así sucesivamente en cada pago al fondo que el contratante efectúe, por lo éstos son deducibles de impuestos (al igual que el pago de primas de un seguro normal), por lo que no afecta a sus presupuestos el manejo de esta modalidad.

Otra ventaja, es que se puede combinar con otros planes como la cobertura de Excedentes; esta última se contrata en exceso



del estimado de siniestros que se tienen "presupuestados" o proyectados por un año. Al momento de rebasar este límite entra en vigor la cobertura excedente.

### 3.3.- MODELO AUTOADMINISTRADO.

Para colectividades grandes, en las cuales el manejo administrativo podría tornarse complicado por la expedición de altas o bajas, se puede contratar el seguro denominado Autoadministrado.

#### 3.3.1.- FUNCIONAMIENTO:

Es indispensable para contratar este modelo operativo, que esté asegurado el 100% de la colectividad, así como la no contribución de pago de primas por parte de los empleados.

El contratante, entregará un listado o nómina a la aseguradora al iniciar la vigencia de la póliza, así como al final del año o renovación de la misma; este último servirá para actualizar el número y nombres de los asegurados y a la vez poder efectuar el ajuste de primas por altas y bajas que sucedieron durante el intermedio de vigencia de la póliza misma.

#### 3.3.2.- PAGO DE SINIESTROS:

En el momento de ocurrir algún siniestro, dado que la compañía aseguradora puede no tener registrada a la persona afectada por haberse dado de alta a la mitad del año-póliza, para proceder al pago de la reclamación, tan sólo es necesario enviar el certificado que fué llenado en el

momento de darse de alta en el Seguro de Gastos Médicos Mayores el cual obra en poder del Contratante y el comprobante de alta al I.M.S.S. para certificar la fecha de alta del asegurado y que es empleado de la empresa contratante del seguro.

En el caso de los dependientes económicos, en el consentimiento que el empleado llenó para darse de alta, ahí se manifiestan también a los dependientes económicos del mismo; si se trata de un nuevo dependiente, basta con presentar copia del acta de matrimonio o de nacimiento del afectado.

Aún cuando en el sistema de Autoadministración, no se reportan altas ni bajas de los empleados, se recomienda avisar a la aseguradora los casos de altas, con el objeto de registrarlos en la computadora y en caso de siniestro facilite la autorización al pago del mismo como por ejemplo en el caso de una emergencia en la que avisan del siniestro una vez que el asegurado ya está internado en el hospital.

Para el cálculo del ajuste anual de primas correspondiente a los movimientos del personal dentro del ejercicio que se renueva, se considera lo siguiente:

La mitad de la diferencia entre la prima neta de la renovación anterior y la prima neta al final del año-póliza, adicionándose al final, el impuesto al valor agregado.

En caso de que el contratante desee cambiar las condiciones actuales que impliquen modificar las tarifas en general, en este caso la compañía aseguradora emitirá recibos correspondientes complementarios a los iniciales y estos se deberán pagar en el momento, no al final de la póliza como en el ajuste anual.

En este tipo de convenios, normalmente no se cubre al personal eventual por sus características.

### 3.4.- CIRUGIA PROGRAMADA.

Considerando que no siempre se puede tener disponibilidad de dinero y, sin embargo es necesaria una intervención quirúrgica para alguno de los asegurados, se puede convenir la Cirugía Programada.

El objetivo del beneficio consiste en otorgar un anticipo por la reclamación del seguro en caso de que el asegurado tenga programada y preescrita una intervención quirúrgica, siempre y cuando dicha intervención esté cubierta en la póliza correspondiente.

#### 3.4.1.- FUNCIONAMIENTO:

El monto del anticipo es el equivalente de un 60 al 80% del presupuesto presentado.

Los requisitos a presentar son:

- Informe médico.
- Aviso de accidente o enfermedad.
- Presupuesto de honorarios quirúrgicos, expedido por el médico tratante.
- Presupuesto de gastos hospitalarios, expedido por el hospital correspondiente.

El cheque por el anticipo se expedirá dentro de los tres días

hábiles siguientes a la fecha de presentación de los requisitos arriba mencionados.

El asegurado tendrá la obligación de presentar su reclamación formal como son notas, facturas, recibos de honorarios quirúrgicos, anestesista etc.. dentro de los siguientes 30 días calendario a la fecha en que fué entregado al anticipo.

En caso de no ser presentada la reclamación dentro del plazo mencionado, se presentará al cobro de la empresa contratante, el importe del anticipo, más un cargo por intereses.

Para contratar este beneficio, es necesario que el Contratante autorize ser el aval de todos los asegurados a los cuales se les dé un anticipo por concepto de este convenio.

### 3.5.- PAGO DIRECTO A HOSPITALES.

Como he mencionado anteriormente, dado el alto costo que se ha venido presentando en hospitales, intervenciones quirúrgicas, medicamentos etc.. puede resultar difícil efectuar desembolsos por algún siniestro y esperar el reembolso por parte de la aseguradora.

Esta es una de las razones por lo que las Empresas del ramo de seguros con el fin de otorgar un mejor servicio a sus clientes, deben ofrecer el Plan de Pago Directo a Hospitales; el cual consiste en que la aseguradora paga todos los gastos efectuados por el asegurado, cubiertos por la póliza de Gastos Médicos Mayores, (el afectado sólo paga la parte del deducible y coaseguro que le corresponden y, los demás gastos que no están amparados como son, comidas del acompañante, largas distancias etc..).

#### 3.5.1.- FUNCIONAMIENTO.

En caso de siniestro y el afectado necesite ingresar a un hospital, existen dos opciones:

I.-Si no es emergencia, el asegurado debe presentar a la Aseguradora uno o dos días hábiles antes de su intervención la siguiente documentación:

a) Aviso de enfermedad ó accidente.

Conteniendo los siguientes datos

- Número de póliza.
- Nombre del contratante.
- Nombre del titular y afectado.
- Fecha de alta al seguro.
- Enfermedad probable.
- Fecha en que se presentó la enfermedad
- Médico tratante.

b) Informe médico en el que indique

- El tipo de padecimiento.
- Fecha probable de inicio de la enfermedad o accidente.
- Tipo de tratamiento a efectuar.

Una vez contando con estos requisitos, se procede a analizar si el siniestro procede o no. En caso afirmativo, se extiende una carta-pase al hospital con los que se tiene convenio indicándole que la compañía



aseguradora se encargará de pagarle directamente al mismo los gastos presentados.

En esta misma carta se indica la suma asegurada a que tiene derecho, así como el deducible y coaseguro a descontar.

Algunas aseguradoras esperan a que sus asegurados ingresen al hospital y envían lo que llaman un médico ajustador a dictaminar la procedencia del siniestro, sin embargo, si es rechazado el asegurado ya efectuó gastos por su internación aún cuando opte por cambiarse al IMSS o a otra dependencia.

II.-En caso de internación emergente en la cual el afectado no tramitó su carta-pase; en el hospital informará que tiene contratado un seguro de Gastos Médicos y, el mismo hospital se comunicará a la Aseguradora (una vez dictaminado el padecimiento) para pedir autorización del pago directo por la reclamación presentada, en caso de duda se enviará a un médico ajustador al hospital para revisar el caso.

A su vez, la Aseguradora deberá tener una base de datos con la siguiente información:

- Número de póliza.
- Nombre del Contratante.
- Vigencia de póliza.

- Fecha del último vencimiento pagado.
  
- Tipo de plan.
  - Amplio
  - Limitado.
  
- Suma asegurada.
  
- Deducible.
  
- Coaseguro.
  
- Nombre del titular.
  - Fecha de alta al seguro.
  
- Nombre de los dependientes.
  - Fecha de alta al seguro.
  
- Coberturas adicionales contratadas.
  - Dental.
  - Maternidad.
  - Reinstalación automática.
  - Preexistencia.
  - Suma asegurada por cobertura.
  
- Endosos de exclusión.
  
- Siniestros pagados.
  - Tipo de siniestros pagados.
  - Total pagado de cada siniestro.
  - Suma asegurada restante por siniestro.

Una vez dictaminado el siniestro, se avisará inmediatamente al hospital con el objeto que en caso de ser rechazado se le notifique al paciente por si desea cambiarse de hospital ó absorber los gastos por su cuenta.

Para los grupos en los que no se reportan altas o bajas durante la vigencia de la póliza (para estos efectos se recomienda que se reporten las altas de los empleados con el único objeto de procesarlo en la computadora y agilizar el proceso mencionado) bastará con que el asegurado presente su último talón de pago y su consentimiento o certificado de alta a la póliza, junto con alguna identificación del afectado.

A la fecha cada vez más compañías de seguros cuentan con convenios con hospitales en el extranjero, lo cual amplía su servicio a los asegurados, con la ventaja de realizar el dictamen de procedencia del padecimiento y solo enviar autorización al hospital de otro país para que de la atención necesaria al afectado.

## CAPITULO IV

### ASPECTOS TECNICOS

#### 4.1.- INFLACION.

A pesar de que los índices inflacionarios se han reducido, se siguen manejando porcentajes de dos dígitos, lo cual, ante un tratamiento a largo plazo, digamos de un año y medio o más, la protección de suma asegurada puede no alcanzar a cubrir alguna enfermedad si consideramos que aún cuando la suma asegurada es en base a salarios mínimos, ésta se detiene en el momento de empezar la atención médica y, se convierte en un monto absoluto fijo.

Sin embargo, las consultas médicas, medicamentos, etc.. siguen aumentando de valor (imaginemos esto en época inflacionaria).

La intención de este capítulo es proponer un sistema de protección de tal manera que la suma asegurada no pierda poder adquisitivo, i.e., no le afecte la inflación (se aclara que no se está hablando de si el asegurado contrató una suma asegurada baja, la cual es fácil agotarla, sino como evitar el aspecto inflacionario).

Cada aseguradora maneja sus propias tarifas, dependiendo de la experiencia que tenga respecto a la siniestralidad en general o algunas coberturas como pueden ser cesárea, amigdalectomía, etc..

Las primas se manejan por sexo y rango de edad que empiezan de 0 a 19 años y a partir de aquí por grupos quinquenales de edad hasta llegar al grupo de 65-69 años (aunque se llegan a aceptar personas de más edad).

Sería difícil exponer en un capítulo un modelo de tarifa aplicable a todas las aseguradoras por lo antes expuesto, por lo que trataré el aspecto protección y primas en porcentajes.

Con el fin de no perder protección por inflación, la suma asegurada se mantendrá en veces el Salario Mínimo Mensual, no importando la fecha del primer gasto; para efectos de gasto incurrido por siniestro, el total de cada reclamación se calculará en 'n' veces el S.M.M. al momento del gasto y así se restará de la suma asegurada contratada.

EJM.

Suponiendo un salario mínimo mensual de N\$300.00 para efectos de ejemplo.

S.A. de N\$ 30'000.00 esto equivale a 100 SMM

Monto reclamado = N\$ 4'600.00

El monto se divide entre N\$300.00

y dá como resultado 15.5 SMM

por lo que queda de S.A. 100.00 SMM

- 15.5 SMM  
-----

Total de Protección 84.5 SMM

Y así sucesivamente hasta agotar la suma asegurada, sin importar el periodo transcurrido.

Asimismo, como protección, la compañía de seguros cobrará las primas considerando en sus costos el Índice Inflacionario para ese año.

#### 4.2.- CALCULO PARA RENOVACION.

Existen dos formas de renovar una póliza de Gastos Médicos Mayores, dependiendo de las políticas de Dirección que tenga cada Aseguradora.

I.- Aplicar primas de tarifa sin importar la experiencia en siniestralidad que haya presentado la póliza en el año anterior.

Esta política no es muy sana para la aseguradora, dado que manejando el concepto de unificar primas a todos los contratantes, recargará sólo en el porcentaje de inflación del año siguiente (considerando que las primas contra siniestros son suficientes) pero, al tomar la cartera total, si un asegurado con baja siniestralidad estima excesivo el costo por renovación, optará por cambiarse de aseguradora negociando el reconocimiento de antigüedad, provocando esto que sólo las carteras con alta siniestralidad sean las que renueven elevando con esto aún más el porcentaje primas-siniestros.

II.- Aplicar el recargo por siniestralidad según la experiencia de cada grupo.

Este método aplica un recargo alto a las pólizas con alta siniestralidad y un recargo justo a la cartera con buena experiencia, por lo que si el asegurado opta por irse a otra aseguradora con el pretexto de conseguir costos más bajos, tal vez esto resulte de mayor beneficio para la

Compañía de Seguros.

La fórmula a aplicar es la siguiente:

$$\% \text{ de Recargo} = ( S * \frac{1.15 * I * GA * FR}{C} - 1 )$$

DONDE

S = % de siniestralidad =  $\frac{\text{Siniestros pagados}}{\text{Prima neta}}$

1.15 = % de siniestros en curso.

I = % de inflación.

GA = Gastos de administración en ese ramo.

FR = Factor de riesgo.

C = 1 - % de comisión.



EJM.

Se explicará el porcentaje de recargo a una empresa

Vigencia.- 12 meses

Prima neta pagada.-	N\$ 5'000.00
Siniestros pagados.-	N\$ 4'000.00
Inflación del año sig. .-	30%
Gastos de Admón. .-	10%
Factor de Riesgo.-	1.075
Comisión del agente.-	20% por lo que $1-.20 = .80$

Aplicando la fórmula:

$$\% \text{ de Recargo} = (.80 * \frac{1.15 * 1.3 * 1.1 * 1.075}{.80} - 1)$$
$$= .76$$

Por lo que la prima para la siguiente renovación se recargará en un 76% .

Cabe destacar que esta fórmula se aplica para pólizas con

siniestralidades altas, esto es, para más de 40% anual, en casos menores puede no aplicarse recargo por siniestralidad.

## V.- CONCLUSIONES

Dentro de la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores, se debe tener en cuenta el objetivo de este seguro, esto es, la contratación de la póliza no es para enfermarse, o reclamar padecimientos inexistentes o cirugías plásticas de embellecimiento a bajo costo; sino para resarcir la derrama sufrida por algún siniestro.

Una de las ventajas importantes del pago directo, además de las ya expuestas, es el pago a médicos, los cuales tienden a aumentar sus honorarios al ser mayor la posibilidad de pago, así como algunos hospitales, en virtud de que mediante el seguro se amplía la capacidad de pago de los pacientes, el cual pocas o ninguna ocasión busca el menor costo de los servicios de un cirujano.

Mediante los convenios se establecen tarifas de honorarios quirúrgicos y hospitalarias razonables y de acuerdo al tipo de tratamiento lo cual repercute también en una siniestralidad menor.

Otra de las ventajas de contratar un seguro colectivo consiste en que en los seguros de grupo no existe selección o exclusión de algún asegurado, o sea, quedan asegurado todo el grupo sin más requisitos que la edad, en cambio, en las pólizas individuales si existe una severa selección para la aceptación del asegurado.

Las pólizas de seguro de grupo son deducibles de impuestos

para el contratante, no así las individuales o familiares las cuales considera también deberían serlo dado que si las autoridades hacendarias aceptan la deducibilidad de un recibo de honorarios quirúrgicos por cinco o siete millones, con la póliza de gastos médicos solo se deduciría de impuestos la prima del seguro y la parte de los gastos efectuados no cubiertos por la póliza así como el deducible y coaseguro en caso de existir.

Se comenta nuevamente, que las pólizas de gastos médicos no protegen los mismos padecimientos o tratamientos que cubre una Institución de seguridad social; la razón principal de las exclusiones, estriba en que su inclusión aumentaría el costo del contrato hasta límites fuera del alcance del asegurado o contratante medio.

Algo muy importante que el Actuario asesor debe considerar al cambiar una póliza de seguros a otra aseguradora aparte del costo es el mantener por lo menos, las mismas coberturas y sobre todo se respete la antigüedad de la póliza inicial, esto se debe a que el asegurado no tiene porque perder su antigüedad al cambiar de aseguradora buscando mejores condiciones o mejor servicio.

Por otro lado, los puntos que debe considerar el Actuario asegurador no sólo en gasto médicos sino en general son:

- Los objetos deben tener número y calidad suficientes para permitir un razonable cálculo aproximado de la pérdida posible.

- La pérdida si ocurriese, debe ser accidental y no intencional por naturaleza, en relación con el asegurado.
- La pérdida, cuando ocurre, debe ser susceptible de determinación y cálculo.

Por último, con el desarrollo de las estadísticas de morbilidad y control en los pagos por siniestros esperamos que el seguro privado contemple todas las coberturas y tratamientos que ofrece una institución oficial, así como el 100% de la población tenga este tipo de seguro y no sea necesario ya la Seguridad Social ó, el país logre un avance tal, que las instituciones oficiales otorguen tan excelente servicio que nadie contrate un seguro privado al no haber diferencia o "privilegios". A la fecha, es necesario que los dos sistemas sigan operando.

## VI.- A N E X O S

### REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO.

(Publicado en el Diario Oficial  
del 7 de Julio de 1962).

#### ARTICULO 1o.

Para la celebración del Seguro de Grupo, en los términos del Art. 191 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante deberá solicitar el seguro, sin necesidad de exámen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del Artículo 2o. y de 25 personas en los demás casos.

#### ARTICULO 2o.

Son grupos asegurables en los términos de este Reglamento, los que a continuación se mencionan:

a).- Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo que presten sus servicios a ese mismo Patrón o Empresa.

b).- Los Sindicatos, Uniones o Agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.

c).- Los cuerpos del Ejército, de la Policía o de los Bomberos, así como las Unidades regulares de los mismos.

d).- Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus Miembros, constituyan grupos asegurables.

Sólo en el caso de este inciso, las Instituciones Aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional de Seguros, las características del grupo que pretenden asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.

#### ARTICULO 3o.

El Contratante del Seguro de Grupo lo será:

En el caso del inciso a) del Artículo anterior, el patrón ó Empresa, tratándose del inciso b), la Persona Moral; en el caso del inciso c), el Gobierno Federal, el de los Estados, el de los Territorios, el del Distrito Federal o los Municipios y cuando se trate del inciso d), por analogía con los incisos anteriores, la Persona Moral correspondientes.

#### ARTICULO 4o.

La Suma Asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurado, por reglas que eviten la Selección adversa a la Institución Aseguradora.

El máximo de la Suma Asegurada que se podrá conceder sobre vida, ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la Suma Asegurada promedio del grupo por los factores que aparecen a continuación de

acuerdo con el número de asegurados en el mismo grupo.

No. DE ASEGURADOS	,FACTOR
10 - 24	2
25 - 49	3
50 - 99	4
100 - 149	5
150 - 199	6
200 - 299	7
300 - 399	8
400 - 499	9
500 o MAS	10

La Suma Asegurada promedio de un grupo es la que resulta de dividir la suma asegurada total del grupo, entre el número de asegurado que lo componen.

ARTICULO 5o.

El Seguro de Grupo para el caso de muerte, se practicará siempre en el Plan Temporal, ya sea de un año o en periodos menores.

ARTICULO 6o.

Los miembros del grupo asegurable pueden contribuir al pago de la prima.

En el caso del inciso a) del Artículo 2o, la contribución de cada miembro en ningún caso excederá del 75% de la Cuota Promedio, ni de un Peso Mensual por cada millar de Suma Asegurada.



ARTICULO 7o.

La solicitud u oferta para celebrar el contrato deberá contener especialmente, lo siguiente:

- a).- Naturaleza del riesgo por asegurar.
- b).- Declaración sobre la existencia de circunstancias que consideren determinantes para apreciarla posibilidad de catástrofe, en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, Patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo.
- c).- Características del grupo asegurable; Número de personas asegurables y el de las que van a asegurarse.
- d).- Tarifas de primas.
- e).- Reglas para determinar las Sumas Asegurada, para cada uno de los miembros del grupo.
- f).- Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan en su caso, el pago de la prima.
- g).- Como anexo, el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo en el que deberá expresarse: Ocupación, Fecha de Nacimiento, Suma Asegurada o la regla para determinar la designación de los beneficiarios y si esta se hace en forma irrevocable.
- h).- Cuando el objetivo del contrato de seguro de Grupo Vida

sea el de garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo contratante, deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud y en el consentimiento a que se refiere el inciso anterior

ARTICULO 8o.

El contratante, no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar crédito concedidos por contrato o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

ARTICULO 9o.

Las Instituciones aseguradas formarán el registro de asegurados, que deberán contener los siguientes datos:

- a).- Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo.
- b).- Suma asegurada que les corresponda.
- c).- Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo y fecha de terminación de los mismos.
- d).- Número de Certificado individual.

La Institución aseguradora deberá entregar al Contratante copias autorizadas de este registro.

ARTICULO 10.

La póliza deberá contener:

- a).- Características del grupo asegurado.
- b).- Tarifa de primas.
- c).- La regla para determinar la Suma Asegurada que a cada miembro del grupo corresponda.
- d).- La transcripción íntegra de los artículos 13, 14, 15, 16, en sus tres primeros párrafos, y 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 de este reglamento.

ARTICULO 11.

Será obligación del contratante:

I.-Comunicar a la Institución aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener los datos que exigen el inciso g) del Artículo 7o.

II.- Comunicar a la Institución Aseguradora las separaciones definitivas del grupo asegurado.

III.-Dar aviso a las Institución Aseguradora dentro del término de 15 días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las Sumas Aseguradas.

Las nuevas Sumas Aseguradas surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

**ARTICULO 12.**

Las Instituciones aseguradora deberán expedir un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado, que entregarán al contratante.

El certificado deberá contener, cuando menos, los siguientes datos:

- a).- Número de póliza y del certificado.
- b).- Nombre y fecha de nacimiento del asegurado.
- c).- Fecha de vigencia del seguro.
- d).- Suma asegurada o la regla para determinarla.
- e).- Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.
- f).- Transcripción íntegra del texto de los Artículos 13, 15, 16, 19, 20, 21 y 22 de este reglamento.

Los certificados serán expedidos y firmados por la Institución Aseguradora.

**ARTICULO 13.**

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Institución Aseguradora pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se

descubre antes del siniestro, la Institución Aseguradora, por su propio derecho o a la solicitud del contratante hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno y en otro caso, deberá sujetarse a la Cuota a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

#### ARTICULO 14o.

Los miembros que ingresen al Grupo Asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico si están en servicio activo, desde el momento en que se adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable.

La empresa aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento, después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado, en este caso quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Institución Aseguradora.

#### ARTICULO 15o.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

En este caso, la Institución Aseguradora restituirá al

contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos.

No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados y por lo tanto, continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

#### ARTICULO 16o.

La Institución Aseguradora tendrá la obligación de asegurar sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en cualquiera de los Planes Individuales de Seguro en que opera dicha empresa, con excepción del Seguro Temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía. Para ejercer este derecho al persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Institución Aseguradora dentro del plazo de treinta días, a partir de su separación. La Suma Asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la compañía la prima que corresponda la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

La Institución Aseguradora que practique el Seguro de Grupo de Vida, deberá operar cuando menos en Plan Ordinario de Vida.

ARTICULO 17o.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Institución Aseguradora podrá deducir del importe del seguro la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

ARTICULO 18o.

La prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y Suma Asegurada.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de Suma Asegurada que se aplicará en el período. La cuota promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la Suma Asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

ARTICULO 19o.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y esta se encuentra dentro de los límites de admitidos, la Institución Aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real

del asegurado, el último aniversario de la póliza.

**ARTICULO 20o.**

El contrato de seguro dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración, los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que se quedó asegurado.

**ARTICULO 21o.**

Cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de la prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja del grupo, a la Institución Aseguradora.

**ARTICULO 22o.**

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Institución Aseguradora la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

**ARTICULO 23o.**

Cuando haya cambio de contratante en el caso del inciso A del Artículo 2o., la Institución Aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha que tenga conocimiento del cambio, sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión, de manera fehaciente al nuevo contratante. La Institución Aseguradora reembolsará a esta



la prima no devengada.

**ARTICULO 24o.**

Las Instituciones Aseguradoras estarán obligadas a renovar los contratos, mediante endosos en la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha del vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

**ARTICULO 25o.**

Cuando las Instituciones Aseguradoras que se practique el Seguro de Grupo de Vida otorguen participación en utilidades, esta se sujetará a las Reglas Generales que fija la Comisión Nacional de Seguros.

**ARTICULO 26o.**

En los contratos de Seguro de Grupo de Jubilación se aplicarán en lo conducente los preceptos de este reglamento.

## LEY DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

### ASPECTOS GENERALES:

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como objetivo fundamental garantizar a todo trabajador remunerado, vinculado a un patrón por un contrato de trabajo, el derecho a la salud, asistencia médica, protección de los medios de subsistencia y servidores sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

El Seguro Social protege a sus afiliados ante las contingencias cubiertas mediante prestaciones en dinero y en especie, de manera que el trabajador reciba una protección que le permita desarrollarse en su trabajo con mayor confianza y seguridad.

### BENEFICIOS:

#### INCAPACIDAD POR RIESGO PROFESIONAL..

El IMSS reconoce tres tipos diferentes de incapacidad (Art. 62):

- Incapacidad Temporal.
- Incapacidad Parcial.
- Incapacidad Permanente Total.

Dependiendo del tipo de incapacidad, ofrece dos tipos de prestaciones:

a).- En Especie (Art. 63)

Esta prestación será igual sin importar el tipo de incapacidad sufrida.

- Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
- Servicios de hospitalización.
- Aparatos de prótesis y ortopedia.
- Rehabilitación.

b).- En Dinero (Art. 65)

El monto de esta prestación dependerá del tipo de incapacidad sufrida por el asegurado.

- INCAPACIDAD TEMPORAL.- El 100% de su salario, sin que exceda del máximo del grupo en que esté inscrito. Se suspende en el momento de recuperar la salud o en el momento en que se declare la incapacidad permanente parcial o total.

- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL.- Una pensión de acuerdo a la tabla por grupos que maneja el IMSS.

- INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.- Un porcentaje de acuerdo a la tabla de valuación contenida en la Ley Federal del Trabajo. Si el porcentaje de la incapacidad fuere de hasta 15%, se pagará al asegurado en

sustitución de la pensión, una indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiere correspondido.

#### INVALIDEZ.

El Seguro Social otorgará pensiones de invalidez si se cumplen los siguientes requisitos (Art. 128).

- Que el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo compatible con su capacidad, formación profesional y ocupación anterior, una remuneración superior al 50% de la remuneración habitual que en la misma región reciba un trabajador sano, de semejantes capacidades y formación profesional.

- Que sea derivada de una enfermedad o accidente no profesional, ó por defectos de agotamiento físico o mental, o bien cuando padezca una afección o se encuentre en un estado de naturaleza permanente que le impida trabajar.

- Haber cumplido 150 semanas de cotización.

Si el incapacitado cumple con estos requisitos, tendrá derecho a las siguientes prestaciones (Art. 129)

- Pensión Temporal o Definitiva.
- Asistencia Médica y Quirúrgica.
- Servicios de hospitalización.
- Asignaciones Familiares.
- Ayuda asistencial.

## VEJEZ.

Al llegar a la vejez, el asegurado tiene derecho a recibir las siguientes prestaciones (Art. 137).

- Pensión.
- Asistencia Médica Quirúrgica.
- Servicios de hospitalización.
- Asignaciones Familiares.
- Ayuda Asistencial.

Para gozar de este beneficio, el asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos (Art. 138)

- Haber cumplido 65 años de edad.
- Tener un mínimo de 500 semanas de cotización.

## CESANTIA EN EDAD AVANZADA.

Se entiende por Cesantía en Edad Avanzada, cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los 60 años (Art. 143).

Por este concepto se tiene derecho a las siguientes prestaciones (Art. 144):

- Pensión.
- Asistencia médica.
- Servicios de Hospitalización.
- Asignaciones familiares.
- Ayuda asistencial.

Para gozar de este beneficio será necesario haber cumplido con los siguientes requisitos (Art. 145)

- Haber cotizado un mínimo de 500 semanas.
- Haber cumplido 60 años.

#### ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.

Los asegurados recibirán, en caso de enfermedad no profesional, las siguientes prestaciones (Art. 99):

- Asistencia médica.
- Asistencia quirúrgica.
- Servicios de hospitalización.
- Asistencia farmacéutica.

Esta prestación se otorgará por un periodo de 52 semanas, pudiéndose prorrogar el plazo por 52 semanas adicionales.

#### BENEFICIO POR MATERNIDAD.

Por este concepto el IMSS otorgará a la asegurada las siguientes prestaciones (Art. 102):

- Asistencia obstétrica.
- Ayuda en especie por 6 meses para lactancia.
- Canastilla al nacer el hijo.

Durante el embarazo y el puerperio, la asegurada

tiene derecho al pago de un subsidio diario igual al 100% del promedio de su grupo de cotización, mismo que recibirá durante los 42 días anteriores al parto y los 42 posteriores. Para gozar de esta prestación será necesario que la asegurada tenga un mínimo de 30 semanas cotizadas en los últimos 12 meses (Art. 109).

La asegurada tendrá derecho como prestación por maternidad a (Art. 103):

- Asistencia obstétrica.
- Ayuda en especie por 6 meses de lactancia.

**LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**ASPECTOS GENERALES:**

Para responder a la labor y esfuerzo de todas aquellas personas que desempeñan un trabajo en Entidades Estatales, fué creado el ISSSTE, que les brinda múltiples beneficios y prestaciones.

Las personas cubiertas por esta Ley son (Art. I).

- Trabajadores del Servicio Civil de la Federación.
- Trabajadores del Departamento del Distrito Federal.
- Trabajadores del Servicio Público.
- Pensionados bajo la Ley de Pensiones Civiles de Retiro.
- Familiares Derechohabientes.

El Instituto otorga, entre otras, las siguientes prestaciones (Art. 3):

- Incapacidad por Riesgo Profesional.
- Enfermedades no profesionales.
- Beneficios por Maternidad.
- Servicio de reeducación y readaptación por Invalidez.
- Jubilación.
- Vejez.
- Invalidez.



#### **INCAPACIDAD POR RIESGO PROFESIONAL.**

El ISSSTE brindará por aquellos riesgos profesionales a los que esté expuesto el asegurado.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional el trabajador tiene derecho a las siguientes prestaciones:

a) Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, hospitalaria y aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios (Art. 32.1).

b) Licencia con goze de sueldo íntegro, cuando el accidente o enfermedad incapaciten al trabajador para desempeñar sus labores. El pago del sueldo se hará desde el primer día de incapacidad y será cubierto en la siguiente forma (Art. 31.11):

- Por las Entidades y Organizaciones Públicas en que trabaje, hasta el día en que el Instituto determine que la incapacidad es temporal o permanente total.

- A partir de ese momento, el pago del sueldo correrá a cargo del Instituto.

#### **INCAPACIDADES NO PROFESIONALES.**

Para aquellas enfermedades que no correspondan a riesgos

profesionales el Instituto brindará las prestaciones que enseguida se enuncian:

- Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, que sean necesarias, por un plazo de 52 semanas. En caso de enfermos cuyo tratamiento médico no les impida trabajar, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación (Art. 22.1).

- Si existe incapacidad, se determina si tiene derecho a licencia con goze de sueldo o medio sueldo; si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la incapacidad, se concede al trabajador licencia sin goze de sueldo hasta 52 semanas, en cuyo caso el Instituto lo cubrirá con un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo que percibía al ocurrir la incapacidad (Art. 22.III).

#### **BENEFICIO DE MATERNIDAD.**

La trabajadora, la esposa del trabajador o del pensionado o, a falta de esposa la concubina de uno u otro, tienen derecho a las siguientes prestaciones (Art. 26):

- Asistencia obstétrica necesaria a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo (Art. 26.I).

- Ayuda para lactancia, cuando por dictamen médico exista incapacidad física para alimentar al hijo. Esta ayuda se proporciona en especie, hasta por un lapso de seis meses

con posterioridad al nacimiento y se entrega a la madre, o a falta de ésta a la persona encargada de alimentar al niño. (Art. 26.II).

- Una canastilla, al nacer el hijo, cuyo costo será señalado por el Instituto (Art. 26.III).