



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLÁN"**

**ANÁLISIS DEL IMPACTO GENERADO POR EL SEGURO
DE GASTOS MÉDICOS MAYORES OTORGADO A LOS
EMPLEADOS COMO PARTE DE SU PROGRAMA DE
BENEFICIOS.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
(SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR)**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIO

PRESENTA:

YADIRA RIVERA CONTRERAS

ASESOR: M. EN A. IGNACIO LIZÁRRAGA GAUDRY



NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO. JUNIO, 2003.

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Quiero agradecer a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida han estado a mi lado apoyándome a salir adelante, brindándome amor, confianza y respeto.

Que han estado conmigo en los momentos felices y también en los más difíciles y que me han enseñado a luchar y a conseguir mis objetivos.

Gracias a todos aquellos de los que cada día aprendo cosas nuevas para seguir creciendo como ser humano y como profesionalista.

.. la Dirección General de Bibliotecas
.. difundir en formato electrónico e in-
.. do de mi trabajo recien-

NOMBRE: Tatiana Rivera
Contreras

FECHA: 16 JUNIO 03

FIRMA: [Firma]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gracias.

A Dios.

A mis padres: Adolfo y Micaela.

A mi esposo: Andrés Oviedo.

A mis hermanos: Adolfo y César y también a Adriana y Jazmín.

A mis sobrinos: Josué, Emiliano, Sergio, Toño y Abril.

A mis abuelitos: Adolfo (q.e.p.d.), Miguel, Anita y Pachita.

A mis tíos, tías y a todos mis primos.

A la familia Oviedo Jurado: Edith, Andrés, Sergio, Rosa, Juan Carlos, Antonia, Jesús, Fortino, Ruth e Hilario.

A mis grandes y queridos amigos: Julio, Celene, Armando, Carlos, Oswaldo, Lalo, Toño, Araceli, Víctor, Israel, Sergio.....

A mi gran equipo de Mercer: Rosy, Jesús, Luz, Laura, Celia, Bertha, Martha, Paty, Vero, Gloria, Areli, Michele, Paco, Miguel, Juan Carlos, David, Chayo, Irene, Salvador, Jorge, José.....

A todos y cada uno de mis profesores: Bety, Ivonne, Marí, Eloísa, Esther, Paula, Chucho, Argelia, Tere, Rebeca, Enrique, Lourdes, Luvi, Miguel Angel, Juan Carlos, Paco, Jorge Luis, Enrique, Francisco, Leticia.....

A mis compañeros de seminario.

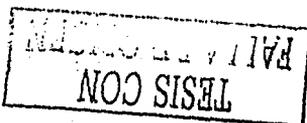
A mis profesores de seminario: Act. Luz María Lavín, Lic. Juan Torres Lovera, Act. Hugo Reyes Martínez, Lic. Gerardo Roldán Ceballos.

A mi Asesor: M. en A. Ignacio Lizárraga Gaudry.

Introducción

Capítulo I – Generalidades de los programas de beneficios	1
1.1. Antecedentes del seguro	3
1.1.1. Definición de seguro	5
1.1.2. Requisitos para el seguro	5
1.2. El seguro de Gastos Médicos Mayores para empleados	8
1.2.1. Evolución del seguro de Gastos Médicos Mayores en México	8
1.2.2. Objetivo del seguro de Gastos Médicos Mayores para empleados	11
1.3. Programa de beneficios para empleados	11
1.3.1. Objetivo de los programas de beneficios	12
1.3.2. Prestaciones otorgadas por ley a los trabajadores	13
1.3.3. Prestaciones adicionales otorgadas a los trabajadores	16
1.4. El Capital humano	18
<i>Conclusiones</i>	20
<i>Bibliografía y fuentes de consulta</i>	22
Capítulo II - Factores que influyen en el beneficio de Gastos Médicos Mayores	23
2.1 Planeación estratégica de un programa de Gastos Médicos Mayores	25
2.1.1 La planeación estratégica	26
2.2 Evaluación de los factores que influyen en un programa de Gastos Médicos Mayores	29
2.2.1 Diagnóstico del problema	29
2.2.2 Variables controlables y no controlables	30
2.2.3 Factores internos y externos que influyen en el seguro de Gastos Médicos Mayores	32
2.2.3.1 Marco legal	32
2.2.3.2 Tipos de planes de Gastos Médicos Mayores	37
2.2.3.3 Niveles de beneficio del programa de Gastos Médicos Mayores	38
2.2.3.4 Administración del programa de Gastos Médicos Mayores	39

2.2.3.5 Análisis de la población dentro de la empresa	41
2.3 Alternativas de los programas de Gastos Médicos Mayores para empleados	47
2.3.1 Principales programas de Gastos Médicos Mayores para empleados	48
2.3.1.1 Plan asegurado	48
2.3.1.2 Plan autofinanciado	49
2.3.1.3 Plan cash-flow	51
2.3.1.4 Seguro de pérdida o stop loss y seguro de exceso individual.	52
2.3.1.5 Planes complementarios de salud	57
Conclusiones	61
Bibliografía y fuentes de consulta	63
Capitulo III - Impacto del beneficio de Gastos Médicos Mayores	65
3.1 Evaluación del seguro de Gastos Médicos Mayores	67
3.1.1 Evaluación de alternativas y toma de decisiones	67
3.1.2 Análisis ambiental (factores internos y externos)	71
3.2 Situación actual del seguro de Gastos Médicos Mayores	73
3.2.1 Principales características del seguro de Gastos Médicos Mayores	73
3.2.2 Niveles actuales del seguro de Gastos Médicos Mayores	75
3.3 Impacto del Seguro de Gastos Médicos Mayores	80
3.3.1 El impacto económico para la empresa y la deducibilidad de impuestos.	80
3.3.2 El impacto en cobertura para el empleado.	81
3.3.3 Recuperación del gasto erogado a través de la sinietralidad	82
3.3.4 El impacto sobre el riesgo.	83
3.4 Tendencias del seguro de Gastos Médicos Mayores	84
3.4.1 Análisis de la tendencia del seguro de Gastos Médicos Mayores	86
Conclusiones	91
Bibliografía y fuentes de consulta	94



Conclusiones generales 95

Glosario 100

Apendice A: Índice Nacional de Precios al Consumidor e Índice Sector Salud 1995-2002.

Gráfica de Tendencia del Incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor al 2020.

Gráfica de Tendencia del Incremento en el índice del Sector Salud al 2020.

PAGINACION

DISCONTINUA

INTRODUCCIÓN

La formación académica de los profesionistas en ocasiones involucra aspectos humanos y de desarrollo personal, sin embargo, el pertenecer a una organización en donde lo más importante es el capital humano que trabaja en ella y que a su vez trabaja para personas, hace que se tenga una mayor visión de la importancia de la gente.

El objetivo del seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM) de una organización se define como un programa que apoye al empleado en forma económica en caso de que él o sus dependientes incurran en gastos ocasionados por un accidente o enfermedad que pongan en riesgo la economía familiar, de lo anterior y con base en la experiencia profesional se puede decir que en la actualidad existe una creciente tendencia por la contratación de este tipo de programa, con el cual se cuenta con acceso a medicina especializada y en tiempo oportuno, motivo por el cual se realiza el presente trabajo cuyo objetivo es **analizar como influye el seguro de GMM para empleados de niveles considerados como medios y altos mandos**, con el fin de proporcionar una herramienta de comparación a las áreas de recursos humanos de las empresas para elegir un programa adecuado a las características y situación económica de la misma y mostrando la utilidad que tiene este programa para la organización y su gente.

De acuerdo con el objetivo planteado se puede decir que una empresa que se preocupa por sus empleados y los beneficios que otorga a los mismos, existe una tendencia por llegar a ser un empleador de preferencia y retener al personal de mayor valor para la organización que apoye con los fines y el éxito del negocio.

Lo anterior se realiza a través de un análisis del seguro de Grupo de Gastos Médicos Mayores y con apoyo de las encuestas de beneficios realizadas por la Asociación Mexicana de Actuarios Consultores (AMAC) y la empresa de Consultoría en Recursos Humanos Mercer Human Resource Consulting.

Dentro de la consultoría en recursos humanos es común observar que las empresas líderes en el mercado tengan tendencia a otorgar diversos beneficios como fondo de ahorro, vales de despensa, seguro de vida, seguro de GMM, planes de salud, etc., los cuales, son un incentivo y un apoyo en la economía familiar; para ello es necesario realizar una descripción de los antecedentes de los planes de beneficio para empleados en organizaciones en México, así como mencionar el valor del capital humano, que hace de las empresas las líderes en su ramo, con el fin de dar una introducción a la importancia de estos planes tanto para el empleado como para la empresa.

Cuando se contrata un seguro de GMM, es recomendable hacer una minuciosa revisión de las alternativas que existen en el mercado, por lo que es importante acudir con un especialista en la materia, y de esta forma contar con un programa idóneo a las necesidades de la empresa y los empleados, el cual tenga el nivel óptimo de protección determinado por el análisis de los elementos mencionados en el capítulo II que influyen para la toma de decisiones, teniendo siempre presente que lo más importante es el beneficio que recibirán los empleados y su familia, sin perder de vista el aspecto económico; adicional al costo y beneficio del programa, es importante analizar el tipo de administración y comunicación a los empleados.

Así mismo, dentro del capítulo II se encuentran definidos programas diferentes a los comúnmente conocidos; los cuales representan más opciones de contratación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y administración para las empresas y con ayuda de un correcto análisis se pueden realizar tantos programas como empresas los contraten, con diferentes niveles de protección, formas de financiamiento, extensión de la protección a otros dependientes diferentes al cónyuge e hijos, e incluso la participación económica por parte del empleado.

Otro punto importante de los seguros de GMM es la medicina preventiva, derivado de que en la actualidad la prevención de la salud es escasa; por lo que se ha buscado la forma de incrementar la cultura médica preventiva, a través de programas de medicina prepagada cuyo objetivo es otorgar beneficios de protección, detección y control de enfermedades, control de costos, etc., por medio de consultas generales y de especialidad a costos y servicios accesibles, este tipo de programa apoya al seguro de GMM al ser visto desde la perspectiva de que es mejor y más económico prevenir que curar la salud, este servicio es otorgado por Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Como tema final, en el capítulo III se mencionan algunos datos determinados por encuestas, que sirven como consulta para definir los parámetros con los que un programa puede ser creado, como lo son, niveles de beneficio, alcance de las coberturas, sectores de población a asegurar, etc.; y se muestra el impacto que tiene para una empresa y sus empleados la contratación del beneficio. Así mismo se hace un análisis de la expectativa de los seguros de GMM, a través de la evaluación de tres posibles escenarios.

Finalmente, se espera que los seguros de GMM para empleados cobren mayor importancia dentro de nuestro país y adicionalmente debido a diferentes razones como: la diversidad de características socioeconómicas en la población laboral, la necesidad de controlar costos y maximizar beneficios, las ventajas de compartir la

toma de decisiones y responsabilidades con los empleados, la necesidad de educar a los empleados sobre programas de beneficios e incentivarlos a tomar decisiones y la demanda de los empleados de opciones adicionales de acuerdo a sus propias estructuras familiares y salariales, se crearán diversos programas y más flexibles en donde se hará participe al empleado en la toma de decisiones de los mismos, estos programas tendrán como fin satisfacer las variadas necesidades de los diferentes grupos poblacionales y sobre todo el control de costos para la empresa. Es importante mencionar que esta particularidad de los programas de beneficios se considera para un tema de investigación adicional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo I.

Generalidades de los planes de beneficio

Objetivo: Realizar una descripción de los antecedentes de los planes de beneficio para empleados en organizaciones en México, así como mencionar el valor del capital humano que hace de las empresas las líderes en su ramo, con el fin de dar una introducción a la importancia de estos planes, tanto para el empleado como para la empresa.

Saber es relativamente fácil, querer y obrar de acuerdo a lo que uno quisiera siempre es más duro.

Aldous Huxley

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1 Antecedentes del seguro

Desde los principios de la humanidad la raza humana siempre ha buscado la seguridad, el bienestar y la felicidad. Siempre ha utilizado todas las medidas de seguridad a su alcance para estos fines. De esta forma se dio cuenta que la completa seguridad no existía.

Las circunstancias adversas como las climáticas y las de la propia naturaleza; incendios, inundaciones, corrimientos de tierra, implicaban no sólo la pérdida de bienes materiales, sino también la muerte y el debilitamiento del grupo con el consiguiente perjuicio para las relaciones de intercambio entre grupos. Como consecuencia nace lo que no es otra cosa que la idea del seguro de hoy.

El seguro es una institución relativamente reciente, sin embargo antiguos documentos acreditan que posiblemente apareció en la Edad Media, con la forma del seguro marítimo. No fue sino hasta épocas muy recientes cuando aparecen las primeras instituciones organizadas bajo la actual estructura económica y social.

Documentos de la Edad Antigua muestran características de lo que podría ser el comienzo de la actividad aseguradora, o por lo menos, de un cierto ambiente de solidaridad promovido por los ataques que a menudo ocurrían a las caravanas que cruzaban la antigua Babilonia, y que a menudo estaban sometidos a robos y pillajes, cuyos daños soportaban en forma solidaria.

Más adelante, en el siglo V a.C., existían en Rodas, leyes que contemplaban la obligación que tenían los cargadores de contribuir a la reparación económica de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los daños causados por tempestades, e incluso rescates de buques en poder de los enemigos.

Durante la dominación romana se tiene conocimiento que existieron asociaciones de artesanos que por medio del pago de una cuota aseguraban sus propios funerales. Además existían formas de aseguramiento de buques, donde se tomaba a préstamo una cantidad que se correspondía con el valor de la mercadería transportada en su buque. Esta actividad no puede considerarse exactamente un seguro, ya que el pago de la prima estaba condicionado a la existencia de un siniestro, y la indemnización, se entregaba anticipadamente.

En la Edad Media, través de los gremios surgen las llamadas "GUILDAS", empresas que se parecían a mutualidades de carácter religioso, que poco a poco, fueron cobrando aspecto lucrativo y comercial.

En el siglo XIII, nace el seguro marítimo como consecuencia de la creciente actividad de este sector, en esta época se instaura el sistemas de "pago por daño".

Un decreto del Papa Gregorio IX del año 1230, prohíbe el pago de todo tipo de intereses, con lo que se modificaban las operaciones de préstamo. Mediante esta disposición se instaura la prima de seguro, y se abona la indemnización en caso de ocurrir el siniestro. Esto ya se parece más al concepto de seguro.

El primer documento del que se guarda testimonio escrito, pertenece a un contrato

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de seguro, del buque " Santa Clara", el cual ya tomaba la denominación de " Póliza".

Al mismo tiempo aparecen las primeras disposiciones legales de la actividad aseguradora, que de estar representada por una persona individual, pasa a tener la forma de entidades pluripersonales, y de sociedades anónimas.

Debido al incendio que sufrió la ciudad de Londres en 1666, se dio la necesidad de dar cobertura a las construcciones de la época, es en esa época cuando se crean las primeras aseguradoras de incendios.

Es en París en 1.668 donde se funda lo que se puede considerar la primera Compañía de Seguros por acciones, dedicada al seguro marítimo.

La compañía Lloyd's of London, considerada sin lugar a dudas, la primera aseguradora reconocida en el mundo y por lo tanto la más antigua comienza en un café de la época administrado por Edward Lloyd. Estos centros eran punto de encuentro y reunión de los hombres de negocios, y el café de Lloyd no tardó en ser el lugar donde se obtenía con mayor rapidez cobertura para asegurar el transporte de mercancías por alta mar. A cambio de una prima los comerciantes más ricos asumían los riesgos y lo hacían incluso respondiendo con toda su riqueza.

A mediados del siglo XIX se da un cambio sustancial, ya que no sólo se aseguran hechos naturales, sino que aparecen coberturas para daños causados por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

personas, y también a las propias personas. Este tipo de seguros obligan a realizar cálculos mucho más técnicos, que los que se hacían hasta ese tiempo. Los primeros cálculos de posibilidades se deben gracias a Pascal y Fermat, Halley realiza estudios sobre mortalidad, y Bernoulli crea la "Ley de los grandes números". Es así como nace la ciencia aseguradora.

En el siglo XVIII nacen en Europa, numerosas empresas aseguradoras, similares en su constitución y estructura a las actuales.

La evolución en las condiciones de vida durante el siglo XIX influencia en el desarrollo del sector asegurador. Debido a la industrialización y el crecimiento poblacional aparecen nuevos riesgos, y el enfoque individualista reemplaza al grupal que se tenía hasta esos momentos.

Es en esta época cuando el sector asegurador, como institución, contribuye al fuerte desarrollo industrial, y adapta sus estructuras, a las nuevas exigencias del mercado, y a su vez éste encuentra en el seguro, un gran soporte para su evolución.

En la actualidad el seguro es una pieza clave en el desarrollo económico de cualquier país. Tengamos en cuenta que cuando se adquiere un seguro se está limitando los niveles de incertidumbre no sólo a familias y empresas, sino también a economías de todo el mundo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.1 Definición de seguro

El seguro, se puede definir como un contrato diseñado por el hombre, con el fin de prevenir aquellas situaciones fuera de su control, las cuales afectarían seriamente su economía, esto lo hace a través de la transferencia del riesgo a una institución, mediante el pago de una prima.

Dentro de la definición legal, se dice que es un contrato, pues el asegurador se compromete a reintegrar cualquier pérdida financiera que pueda sufrir el asegurado dentro de la extensión del contrato, y el asegurado se compromete a pagar una retribución, la prima. El asegurador puede ser una cooperación, una asociación, un individuo, una caja operadora por el estado o éste mismo.

1.1.2 Requisitos para el seguro

Para que el seguro pueda funcionar de acuerdo al fin contratado, es decir, que produzca las ventajas deseadas, son necesarias algunas condiciones:

1. El asegurado, tiene que estar sometido a un riesgo verdadero, es decir que exista una posibilidad de pérdida.
2. El riesgo contra el cual hay que asegurarse debe ser lo suficientemente importante para ameritar la suscripción del contrato.
3. El costo del seguro debe de ser alcanzable para toda la población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Debe de existir un interés asegurable; es decir, que el que contrata un seguro, posea un cierto interés real en la materia a asegurar.

1.2 El seguro de Gastos Médicos Mayores para empleados

El seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM), es una prestación que las empresas otorgan a sus empleados como parte de su esquema de previsión social, por lo cual se ha convertido en un instrumento que permite darle al empleado la tranquilidad de contar con un seguro para afrontar los gastos incurridos a causa de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza de seguro y la empresa contratante para deducir del pago de impuestos el costo de este seguro.

1.2.1 Evolución del seguro de Gastos Médicos Mayores en México

Dentro de la historia del seguro de GMM para empleados, nos podemos percatar que es debido a la influencia de costumbres que vienen del extranjero; antes de los años 50's podríamos decir que no existía esta prestación dentro de las empresas; posteriormente entre los años 50's y 60's empresas transnacionales, en su mayoría de capital Norteamericano, se establecieron en nuestro país. Dichas empresas tenían establecida la prestación de servicio médico para sus empleados a nivel ejecutivo y para las familias de estos; los cuales tenían la opción de acudir al médico particular o familiar, y eran referidos a los principales Hospitales privados de la época.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este momento, las compañías de seguros aparecen dentro del ramo de accidentes y enfermedades, sin embargo, los tipos de seguros que estas ofrecían eran muy limitados, por lo que una persona que incurría en gastos por este concepto, pagaba la mayor parte de los mismos.

El seguro de GMM para grupos o empresas empieza a comercializarse con mejores coberturas y más flexibles. Por los años 70's la ley del Impuesto Sobre la Renta (ISR) determina que este tipo de prestaciones para los empleados podrán ser deducibles de impuestos para la empresa.⁽¹⁾

A mediados de los años 80's se introdujo el concepto de pago directo, es decir que la aseguradora, pagaba los gastos médicos directamente a hospitales y médicos, sin necesidad de que el asegurado desembolsara el pago correspondiente a los mismos.

Esta modalidad de uso del seguro, fue requerida por las mismas empresas, ya que estas eran las que financiaban las reclamaciones de sus empleados cuando estos tenían un siniestro; con todos estos cambios surgen planes mucho más amplios.

El mercado mexicano no estaba preparado para esta demanda de servicio, ya que los hospitales no estaban acostumbrados a que fueran fijadas las tarifas por los servicios que prestaban, a excepción de los convenios bancarios, por lo que los costos cambiaban de forma irregular y las compañías aseguradoras tenían que adecuar sus tarifas año con año.

⁽¹⁾ El marco legal del seguro de Gastos Médicos Mayores se analizará en el capítulo II.

Sin embargo, el problema más importante fue el médico, que le ocurrió lo mismo que a los hospitales, no estaba acostumbrado a que nadie le fijará un tabulador por el cobro de sus honorarios.

El médico que se encontraba involucrado dentro de un siniestro tendía a preguntarle a su paciente si este contaba con un seguro de GMM y de ser así entonces le cobraba distintos honorarios que muchas veces excedían el 50% más de los que cobraba en forma normal.

Cuando se fijo por primera vez el tabulador a médicos surge un nuevo fenómeno, debido a que en algunos casos el tabulador era mayor a lo que en realidad el médico cobraba y en ese momento, se desató una inflación médica derivada del poco control que se tenía, dando como consecuencia un disparó de una manera incontrolable.

Derivado de esta problemática, las compañías aseguradoras, se ven obligadas a tomar medidas de control haciendo exclusiones y poniendo barreras para el pago de los siniestros de GMM y los montos que pagaban a los asegurados en lugar de motivar el desarrollo de este ramo lo volvió más complicado.

Finalmente, las aseguradoras actualmente han formado redes de proveedores de servicios médicos tanto de hospitales como médicos, con los cuales han firmado convenios, motivando mayor asistencia a los hospitales privados, así mismo se crean los programas de medicina prepagada o también conocida como medicina preventiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2.2 Objetivo del seguro de Gastos Médicos Mayores para empleados

El objetivo principal que tiene una empresa al otorgar una cobertura de GMM a sus empleados es el proteger a éste y a sus dependientes económicos (cuando estos estén cubiertos) otorgándoles el beneficio económico de cubrir los gastos en los que incurra a causa de un accidente o enfermedad cubiertos por el programa.

Actualmente este seguro satisface las necesidades de cobertura para lo cual fué concebido, sin embargo, existe una gran demanda por planes integrales de salud que proporcionen la misma calidad de atención médica privada y que también cubran gastos médicos menores y medicina preventiva.

1.3 Programa de beneficios para empleados

Una persona que se emplea o se renta en una organización, es motivada por diversas razones ya que no sólo busca trabajar y obtener una remuneración de tipo económico; existen diversos factores que muchas personas buscan.

Adicional al sueldo que debe ser justo de acuerdo a los conocimientos, experiencia, el tipo de trabajo a desempeñar y la aportación para la empresa; también aunque tal vez no en todos los casos, se busca encontrar un ambiente de trabajo adecuado a las necesidades de cada persona; así mismo, algunos otros beneficios con lo cual la suma de todo esto motiva a permanecer en el lugar de trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la actualidad, aquellas empresas que se preocupan por sus empleados; buscan de diversas formas otorgarles distintos beneficios y no sólo las prestaciones en dinero, es así como a través de los años han ido evolucionando los programas de beneficios que hoy en día se otorgan a los empleados.

Dentro de los programas de beneficios se encuentran diferentes prestaciones que se le otorgan a los empleados formando un paquete de compensaciones y beneficios que cada empresa otorga a sus empleados y que varía de una empresa a otra, en la actualidad existe tendencia a que las empresas incluyan dentro de este paquete el seguro de GMM por lo que hoy en día pasa a formar parte de las prestaciones adicionales otorgadas a los trabajadores y que se hace extensiva a la familia de éstos.

1.3.1 Objetivo de los programas de beneficios.

Se podría decir que lo que una empresa busca es alinear a sus empleados con la estrategia del negocio, de lo contrario, el éxito a largo plazo de la misma se verá amenazado, este alineamiento no es posible de lograr si no existe una estrategia de recompensa efectiva.

Esta estrategia deberá traducirse en una estrategia de recursos humanos que identifique las habilidades, comportamientos y actitudes del negocio, por lo que deberá ser dirigida al diseño de sus elementos, es decir, buscar un equilibrio general entre salario directo (efectivo) y salario indirecto (beneficios), además de otros asuntos como contenido de trabajo, reconocimiento y desarrollo profesional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cada beneficio que se otorga, envía un mensaje al empleado, aunque no siempre estos mensajes llegan de manera clara, por lo que es importante identificar las tres principales categorías: compensación, seguridad y desempeño.

Compensación: Son los términos y condiciones que constituyen un derecho, mientras el individuo esta empleado activamente, como por ejemplo el salario base.

Seguridad: Son los elementos que protegen al empleado y a sus dependientes económicos⁽²⁾ como el seguro de GMM.

Desempeño: Los elementos que están directamente ligados al desempeño del individuo y/o el negocio, como por ejemplo los bonos.

1.3.2 Prestaciones otorgadas por ley a los trabajadores

La Ley Federal del Trabajo (LFT) en México, con el fin de proteger a los trabajadores establece las prestaciones que por ley un patrón, debe otorgar a un trabajador que preste sus servicios dentro de la empresa, por lo que a continuación, se mencionan las prestaciones que por ley se otorgan a un trabajador:

Aguinaldo: Gratificación anual que se paga antes del día 20 de diciembre, equivalente a 15 días de salario al menos, aquellos trabajadores que no hayan

⁽²⁾ Los dependientes económicos, que generalmente consideran las empresas son él o la cónyuge y los hijos menores de 25 años que dependan directamente del empleado, algunas empresas consideran padres y hermanos, dependiendo del criterio de cada empleador; este criterio es el básico utilizado en los seguros de accidentes y/o enfermedades.

cumplido el año de servicio, tendrá derecho a que se les pague la parte proporcional del mismo, conforme al tiempo trabajado.⁽³⁾

Vacaciones: Los trabajadores que tengan más de un año de servicio disfrutarán de un periodo anual de vacaciones pagadas de acuerdo a lo siguiente: 6 días hábiles al cumplir un año de antigüedad dentro de la empresa y aumentará en dos días laborales hasta llegar a doce por cada año; después del cuarto año, el periodo de vacaciones aumentara en dos días por cada cinco de servicio.⁽⁴⁾

Prima vacacional: Los trabajadores tendrán derecho a una prima no menor de veinticinco por ciento sobre los salarios que les correspondan durante el periodo de vacaciones.⁽⁵⁾

Reparto de utilidades: Los trabajadores participarán en las utilidades de las empresas de conformidad con el porcentaje que determine la Comisión Nacional para la participación de los trabajadores en las Utilidades de las Empresas y de acuerdo a lo dispuesto en la LFT referente a las exclusiones tanto para las empresas como para los empleados, conforme a lo siguiente: La utilidad repartible se dividirá en dos partes iguales; la primera se repartirá por igual entre todos los trabajadores, tomando en consideración el número de días trabajados por cada uno en el año independientemente del monto de los salarios. La segunda se repartirá en proporción al monto de los salarios devengados por el trabajo prestado durante el año.⁽⁶⁾

⁽³⁾ Artículo 87 LFT.

⁽⁴⁾ Artículo 76 LFT.

⁽⁵⁾ Artículo 80 LFT.

⁽⁶⁾ Artículos 117 y 123 LFT.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Seguro Social: Esta prestación de previsión social se otorga con el fin de mantener el bienestar médico del trabajador y de su familia y es pagado por el patrón al salario mínimo, es decir que los trabajadores que perciban un sueldo superior al salario mínimo de la entidad en la que se encuentre, participará en un porcentaje sobre los diferentes seguros como son: Cuota fija, excedente sobre 3 Salarios Mínimos Generales Mensuales (SMGM) prestaciones en dinero, gastos médicos a pensionados, cesantía en edad avanzada y vejez, invalidez y vida.

Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT): Este organismo tendrá por objeto crear sistemas de financiamiento que permitan a los trabajadores obtener crédito barato y suficiente para adquirir en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, para la construcción, reparación, o mejoras de sus casas habitación y para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos.⁽⁷⁾

Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR): Actualmente este sistema se maneja a través de Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE) la cual maneja el fondo individual, cuya formación se genera mediante las aportaciones del Seguro del Retiro, Cesantía en edad avanzada y vejez, más los productos financieros que produzca dicho fondo menos las comisiones que cobre la AFORE respectiva por su administración. Dicho fondo Individual se complementa con las aportaciones al INFONAVIT, cuya administración esta a cargo del propio Instituto.

En el caso de Retiro, la aportación es por cuenta del patrón: 2% del salario base de cotización y para los ramos de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, la aportación es tripartita, y asciende al 4.5% de dicho salario más una cuota social a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cargo del Estado de 5.5% de un salario mínimo general para el D. F. vigente a la fecha de entrada en vigor de la Ley., actualizable trimestralmente, conforme al incremento del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Por otra parte la ley establece que el salario base de cotización tendrá un máximo de 15 veces el salario mínimo vigente para el D. F., incrementándose en uno cada año hasta llegar a 25.

1.3.3 Prestaciones adicionales otorgadas a los trabajadores

Las prestaciones adicionales que otorga una empresa se definen como planes de previsión social que son determinadas por el patrón y son adicionales a las que por Ley se otorgan al trabajador.

Es de suma importancia mencionar que la empresa no tiene obligación con el trabajador o la familia de este de otorgar estas prestaciones, sin embargo, en caso de así hacerlo, se deberán apegar a lo establecido en la ley del impuesto sobre la renta, el que se analizará a detalle en el capítulo II del presente trabajo.

Estas prestaciones o programas de beneficios son otorgados con el fin de dar un valor agregado a los beneficios que otorgan a sus empleados, por lo que a continuación, se hará mención de algunos de los principales beneficios que las empresas otorgan a sus empleados:

Fondo de Ahorro: El fondo de ahorro es una prestación adicional que se otorga a los empleados, y como su nombre lo indica, es otorgado con el fin de dar un

⁽⁷⁾ Artículo 137 LFT.

apoyo económico adicional al trabajador, a través de un ahorro, que se genera por medio de aportaciones continuas por parte del trabajador y de la empresa, y el monto de dichas aportaciones se determina con base en un porcentaje del sueldo del trabajador y se entrega en un cierto período de tiempo, previamente establecido.

Adicionalmente, algunas empresas tienen como política, realizar préstamos a los trabajadores durante el año.

Vales de despensa o reembolso por gastos de despensa: Este beneficio, se otorga en forma continua y adicional al sueldo base del empleado y de acuerdo a las políticas de la empresa, y es con el fin de otorgar un apoyo económico a los empleados y sus dependientes, a través de una aportación de tipo monetario por parte de la empresa, ya sea a través de vales de despensa o por reembolso de notas por concepto de despensa, es decir, los productos básicos para el hogar.

Seguro de Vida Grupo: Es un contrato realizado por una empresa con el fin de proveer protección a la familia de un trabajador, dándole seguridad y bienestar económico como consecuencia de la muerte prematura del principal portador de recursos para ella.

Seguro de Gastos Médicos Mayores: Beneficio otorgado al trabajador y en algunos casos a la familia de éste con el fin de protegerlo en caso de alguna enfermedad y/o accidente grave, a través de un contrato con una compañía aseguradora que pague el costo de los servicios y/o gastos en los que incurra el asegurado con el fin de recuperar la salud de él y/o su familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Planes de salud: Estos planes son denominados como Medicina prepagada ó salud administrada y se otorgan a los empleados a través de empresas que están enfocadas a prevenir o restaurar la salud de una persona, también se consideran como medicina preventiva.

1.4 El Capital Humano

Como se había mencionado, es de suma importancia que las empresas sean capaces de alinear a los empleados con los objetivos del negocio, lo anterior, debido a que depende del capital humano el éxito ó el fracaso de una organización.

Los recursos humanos son la mayor fuente de poder para las compañías las cuales influyen en los retos estratégicos que las empresas del nuevo milenio necesitan para el éxito.

La capacidad intelectual es la clave y es la que lleva a las empresas al éxito o al fracaso, anteriormente en el sistema empresarial la gente era considerada según su posición, títulos universitarios o por las relaciones familiares; el talento no era importante. Hoy, esto es sustituido por la destreza y capacidad de acción de los empleados.

Hoy en día el capital humano es considerado como un activo de la empresa, incluso lo podríamos definir como un activo intangible, es decir, que no están reflejados en los estados contables ni financieros pero que contribuyen a la creación del valor organizativo, desafortunadamente para la empresa, esta no es

poseedora del capital humano, no lo puede comprar, sólo mantenerlo durante un periodo de tiempo.

El capital humano esta directamente ligado con el conocimiento, útil para la empresa que poseen las personas de la misma, así como su capacidad para regenerarlo; es decir su capacidad de aprender.

Dentro de la inversión que hace una empresa para entrenar a una persona se observan los siguientes elementos: financiar el costo del entrenador hay que costear sus necesidades básicas, el tiempo que se requiere para el entrenamiento de la persona y otros, y en consecuencia quién espera recibir una recuperación de esta inversión a mediano o largo plazo, es la misma empresa; esta recuperación va acompañada de un aumento en el valor del trabajo realizado por el empleado, resultado de la elevación del nivel de calidad de la persona por medio del entrenamiento que se le ha dado. Y ¿qué pasaría si después de realizar esta inversión en un empleado, éste renuncia al empleo y se va a prestar sus servicios a otro patrón?, Es sencillo contestar a esta pregunta, la nueva empresa se beneficiaría por la inversión realizada por el patrón anterior.

Por lo anterior, las organizaciones cada vez se preocupan más por mantener el capital humano que más se adecue a las necesidades del negocio, por lo que busca de diversas formas mantener a ese capital humano dentro de su organización, una de estas formas consiste en los planes de beneficios, y como se menciono antes, dentro de estos planes adicionales, se encuentra el seguro de GMM, como un elemento de seguridad importante para el empleado y su familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Desde el nacimiento del seguro, se ha buscado proteger algún bien importante para las personas, por lo que a lo largo de la historia ha existido una notable mejoría de estos instrumentos, los cuales se dividen en diferentes ramos como el seguro de vida, daños, autos, accidentes y enfermedades, etc. Dentro de estos últimos se encuentra el seguro de GMM que apoya a las personas a afrontar gastos derivados de enfermedades y/o accidentes que ponen en riesgo la economía familiar.

El seguro de GMM ha sido adoptado por las empresas las cuales lo otorgan a sus empleados y en ocasiones a los dependientes económicos de éstos.

El seguro de GMM es un beneficio, el cual se incluye dentro de los programas de beneficios para empleados, dado que actualmente las organizaciones se preocupan por las personas, es decir, el capital humano y buscan retener el talento adecuado para la empresa que apoye al crecimiento de la misma.

A lo anterior, se puede observar que los patrones otorgan dos tipos de compensaciones a sus empleados:

1. Las prestaciones que por ley se otorgan a los trabajadores como son: aguinaldo, vacaciones, prima vacacional, reparto de utilidades, seguro social, INFONAVIT, SAR.
2. Aquellas prestaciones que forman parte del paquete de compensaciones y beneficios que dan adicionalmente las empresas a sus empleados, como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pueden ser. seguro de vida, seguro de GMM, fondo de ahorro, vales de despensa, etc.

Siendo tema del presente trabajo, el seguro de GMM y de acuerdo con los requisitos de asegurabilidad se puede decir que el seguro de GMM busca proteger un bien importante, en este caso para la empresa, el capital humano (empleados) es su bien asegurable y buscan proteger la salud de sus empleados y la economía del mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE CONSULTA

Ley Federal del Trabajo (LFT)

Editores mexicanos unidos, S.A.
México, 1999.

Manual de Selección y Cotización de Negocios de Seguro de Grupo Vida para el ejecutivo de Ventas de una Compañía de Seguros

Autor: Diego Javier López Ramos
Tesina
México, 1997

Medidas de control para el Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo

Autor. Laura Marcela Huerta Delgado
Trabajo de investigación
México, 2000

Sistema de Cotizaciones de Gastos Médicos Mayores "Línea Azul Hospitalaria"

Autor: Alejandro Joaquín Zarate Ruiz
Memoria de desempeño profesional
México, 1996

Que son los seguros e Historia del seguro y su desarrollo en México

<http://www.prodigyweb.net.mx/vbarroso/page2.html>

Manual: Introducción a Planes de Beneficios para Empleados

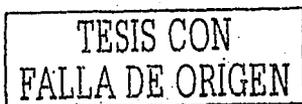
Mercer Human Resource Consulting
México, 2000.

Visión Actuarial (Revista)

Asociación Mexicana de Actuarios Consultores (AMAC)
Año 1 No. 3
México D. F., 1998.

Visión Actuarial (Revista)

Asociación Mexicana de Actuarios Consultores (AMAC)
Año 4 No. 10
México D. F., 2001.



CAPITULO II

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Objetivo: Mencionar cuales son los factores que influyen dentro de una organización para estar en posibilidades de otorgar un beneficio adicional a los empleados. Así mismo, hacer referencia a los planes complementarios de salud, como una opción, que apoye de manera adicional en un seguro de Gastos Médicos Mayores a empleados.

La vida humana no es más que una comedia, en la que, bajo una mascara prestada, cada uno representa su papel hasta que el empresario (que es Dios) le obliga a salir de escena.

Erasmus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE UN PROGRAMA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

En el capítulo anterior se habló de las generalidades de los planes de beneficio para empleados, así como del seguro y en especial del seguro de GMM para empleados y su evolución en nuestro país.

Así mismo es importante mencionar los factores que influyen dentro de una organización para estar en posibilidades de otorgar un programa de esta naturaleza, por lo que en este capítulo se analizarán dichos factores, haciendo mención del marco legal que opera actualmente, los principales planes existentes en el mercado, así como sus principales características y la forma en que influye cada uno de ellos en la toma de decisiones de una empresa para la contratación o elección del programa.

De igual manera es importante mencionar los planes complementarios de salud o aquellos conocidos como medicina prepagada, ya que también es un instrumento que influye dentro del seguro de GMM e impactan directamente sobre el costo de este programa, debido a la disminución del riesgo en los que estos pueden apoyar.

Finalmente se mencionara la importancia del tipo de población que tiene la empresa, ya que adicional al riesgo de trabajo al que están sometidos los empleados, influye de manera directa el sexo y la edad de los participantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La **planeación** es el proceso que apoya a determinar los objetivos y determinar la mejor manera de alcanzarlos, define los medios, de cómo se debe hacer, y los fines, qué es lo que se tiene que hacer. La planeación tiene dos conceptos la formal y la informal. La planeación informal es aquella en la que nada está escrito y esta basada en la experiencia previa, así mismo, pocas veces comparte objetivos con otros en la organización, adicional a que carece de continuidad, mientras que en la planeación formal existen objetivos específicos, que están escritos y disponibles para todos los miembros de la organización, también se encuentra bien definida la ruta que se debe tomar, de donde están a donde quieren llegar.

El propósito de la planeación es dar: dirección, reducir el impacto del cambio, minimizar el desperdicio y la redundancia y fijar estándares para facilitar el control. La planeación también es una manera de reducir la incertidumbre, mirando hacia adelante, haciendo una prevención en los cambios y desarrollando respuestas apropiadas. Sin planeación no existe control, en la planeación desarrollamos objetivos, en la función de control comparamos el desempeño real con los objetivos, identificando cualquier desviación.⁽⁸⁾

2.1.1 LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

"Los planes estratégicos son los que cubren a toda la organización, que establecen sus objetivos, generales y que buscan colocarla en términos de su.

(8) Stephen, P. Robbins "ADMINISTRACIÓN, Teoría y Práctica" México, Ed. Prentice - Hall Hispanoamericana S.A. 1987
Pág. 112.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tienden a incluir un periodo extenso, abarcan un área más amplia, tratan menos los aspectos específicos e incluyen formulación de objetivos.

La planeación estratégica se desarrolla bajo nueve pasos, los cuales se mencionan a continuación:

1. Misión: Define un propósito
2. Objetivos: Trasladan la misión a términos concretos
3. Análisis de recursos: Los recursos pueden ser humanos, financieros y físicos, y se busca la ventaja comparativa que tiene la organización con su competencia.
4. Examinar el ambiente: Se identifican diversos factores políticos sociales, económicos y de mercado.
5. Predicciones: La posible ocurrencia de eventos futuros e incluye el análisis de los factores internos y externos.
6. Analizar oportunidades y riesgos: Se realiza a través de los recursos de la organización y las predicciones de factores internos y externos.
7. Estrategias alternativas: Posterior a la identificación de oportunidades y riesgos se debe buscar una serie de alternativas.
8. Seleccionar estrategia: Una vez que las estrategias alternativas, han sido determinadas y evaluadas se seleccionara una, dicha estrategia debe ser consistente con la misión y objetivos de la organización y corresponder bien a sus capacidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. Instrumentar la estrategia: La administración debe ser capaz de traducir la estrategia en programas, políticas, presupuestos y otros planes a corto y largo plazo necesarios para llevarla a cabo."⁽⁹⁾

1. Misión	La misión de un programa de GMM para empleados es el otorgar un beneficio adicional a los empleados de una organización.
2. Objetivos	Los objetivos son apoyar a los empleados de forma económica en caso de que incurran en gastos por concepto de un accidente y/o enfermedad que ponga en riesgo su economía.
3. Análisis de recursos	Los recursos son: Humanos: Aquellas personas que administran un programa de GMM, Financieros: Aquellos que influyen en el costo del programa para la toma de decisión en la contratación del mismo, de acuerdo a la capacidad de financiamiento de la empresa.
4. Examinar el ambiente	Influencia de diversos factores, como el marco legal, el mercado asegurador, la salud, inseguridad del país, avance en la medicina, entre otros.
5. Predicciones	La posible ocurrencia de eventos como el riesgo de que los empleados incurran en gastos médicos, la situación económica de la empresa y la situación del mercado asegurador.
6. Analizar oportunidades y riesgos	A través del análisis del ambiente y las predicciones, se realiza la toma de decisiones para un programa de GMM.
7. Estrategias alternativas	Evaluar las opciones para determinar el tipo de programa definitivo a implementar en la empresa, de acuerdo a sus posibilidades y necesidades.
8. Seleccionar estrategia	Seleccionar una de las alternativas, de acuerdo a la misión y objetivo de la empresa.
9. Instrumentar la estrategia	Llevar a cabo un proceso de implementación adecuado para el uso correcto del programa por todos los empleados, y la capacitación adecuada a los administradores del mismo.

Tabla 1: Planeación estratégica para un programa de GMM para empleados⁽¹⁰⁾

⁽⁹⁾ Stephen, P. Robbins "ADMINISTRACIÓN, Teoría y Práctica" México, Ed. Prentice - Hall Hispanoamericana S.A. 1987
 Pág. 140 - 145

⁽¹⁰⁾ Creación Propia, México 2002.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2.2 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN UN PROGRAMA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

2.2.1 DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Un concepto importante para la realización correcta de la planeación es, como primer paso, el diagnosticar la situación del problema.

Al definir al diagnóstico como, la exposición de los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas al problema que se desea resolver.

El diagnóstico se utilizará para determinar lo que se ha hecho y lo que se debería hacer, hallar las causas de las desviaciones y prescribir la acción correctiva. ⁽¹¹⁾

El problema que se presentaría en un programa de GMM para empleados es de tipo administrativo, por lo que los administradores de la organización deben decidir como llevar a cabo el programa y el análisis correcto para su funcionamiento, así mismo se encuentra el problema económico por que sin una correcta evaluación de las variables que intervienen en el mismo, la empresa corre el riesgo de que al no elegir el programa adecuado podría incurrir en un gasto mayor al que posiblemente pudiera solventar, en el caso del problema tiempo ya que los programas de GMM por lo regular son de tipo temporal, por lo que año con año cambian en costos y condiciones, y el problema técnico por que sin una correcta asesoría de los tipos de programas que existen en el mercado y el debido

⁽¹¹⁾ Ackoff, Rusell L. "El arte de resolver problemas" México, Ed. Limusa pag. 238.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conocimiento de los mismos podría ocasionar un mal uso del programa por parte de los empleados. ⁽¹²⁾

A continuación se exponen los elementos considerados como parte de la Planeación, para la realización del diagnóstico del presente trabajo.

2.2.2 VARIABLES CONTROLABLES Y NO CONTROLABLES

El medio ambiente en el cual se desenvuelve una empresa debe ser definido; el medio ambiente de un sistema es representado por las restricciones fijas que tiene; es lo que esta fuera de él; agentes externos que definen como opera el sistema y no podemos hacer nada respecto a sus características o a su comportamiento teniendo en este caso *variables no controlables*.

Y se define a las *variables controlables* como los recursos con los que cuenta el sistema; son las cosas que el sistema puede cambiar y utilizar para su propio provecho; también se deciden sobre cuales de ellas deben trabajar, como se gasta el dinero en las actividades y los limites de tiempo que se pudieran tener.

Las variables por su naturaleza, pueden, en un tiempo determinado cambiar su característica de controlable a no controlable y viceversa; ello depende de la evolución del sistema y, del problema en específico; es por ello que el analista del

(12) Análisis realizado con base en notas de la clase del Seminario "Análisis de la Planeación" Ponente Profesor Juan Torres Lovera.

problema debe mantenerse atento a tales cambios que le permitan encontrar la solución adecuada al problema en el momento adecuado. ⁽¹³⁾

Variables controlables	Variables no controlables
<ul style="list-style-type: none"> • Correcta administración • Medidas de prevención de riesgos • Correcta comunicación del programa a los empleados • Determinación del tipo de programa • Determinación de los niveles de beneficio • Cultura de salud a los empleados • Políticas de la empresa con respecto al programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflación del sector salud • Accidentes o enfermedades catastróficos • Avance tecnológico en la medicina • Medidas del proveedor de servicio de acuerdo a su experiencia • Economía Nacional y Mundial • Disposición del gobierno de las leyes que aplican para los programas de GMM para empleados

Tabla 2: Variables controlables y no controlables en un programa de Gastos Médicos Mayores para empleados. ⁽¹⁴⁾

⁽¹³⁾ Ackoff, Rusell L. "El arte de resolver problemas" México, Ed. Limusa pag. 69.

⁽¹⁴⁾ Creación Propia, México 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.2.3 FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS QUE INFLUYEN EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Para la toma de decisiones de un seguro de GMM es necesario considerar los factores que intervienen en la misma, por lo que a continuación se hace referencia a estos factores, iniciando por el marco legal que opera para las empresas y como se aplica tanto para la empresa como para el empleado.

Adicionalmente, se hace una revisión de los tipos de planes que existen actualmente y que es un elemento clave para el costo del programa para la empresa y el apoyo que éste otorga a los empleados y sus familias.

Otro punto importante es la forma en que se administra el programa, quién o quiénes son los encargados de hacer funcionar el programa de la forma correcta y si adicionalmente se recurre a una empresa consultora.

Finalmente se hace mención del tipo de población de la empresa, con el fin de determinar el tipo de riesgo y por ende el costo del seguro.

2.2.3.1 MARCO LEGAL

De acuerdo a lo antes mencionado, el análisis anterior para la determinación del problema y analizando las variables controlables y no controlables; que influyen en la toma de decisiones de un programa de Gastos Médicos Mayores para

empleados, se hará el análisis correspondiente al marco legal que rige a las empresas que otorgan a sus empleados este beneficio.

Para que una empresa esté en posibilidades de otorgar a sus empleados un seguro de GMM, debe estar apegado a la ley, es decir, este tipo de prestación esta reglamentada por la **ley y reglamento del impuesto sobre la renta**, por lo que a continuación se hará mención de los principales puntos a considerar para la correcta administración de un programa de GMM: ⁽¹⁵⁾

- ✓ **"(LEY) Artículo 24. Fracción XII** Las deducciones autorizadas en este título deberán reunir los siguientes requisitos:

Que cuando se trate de gastos de previsión social, las prestaciones correspondientes se destinen a jubilaciones, fallecimientos, invalidez, servicios médicos y hospitalarios, subsidios por incapacidad, becas educacionales para los trabajadores o sus hijos, fondos de ahorro, guarderías infantiles o actividades culturales y deportivas y otras de naturaleza análoga.

Dichas prestaciones deberán otorgarse en forma general en beneficio de todos los trabajadores."⁽¹⁶⁾

Es importante mencionar que el programa de GMM para empleados puede ser deducible de impuestos siempre y cuando cumpla con los requisitos mencionados en el artículo anterior, sin embargo, no todos los contratantes conocen acerca de

⁽¹⁵⁾ Fuente: El análisis del marco legal esta apoyado en notas del curso y Manual de "Marco Legal de Planes de Beneficio para empleados" Ponente C.P. Salvador Nieto, México, Año 2000 y 2003.

⁽¹⁶⁾ Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 57



la deducibilidad y de las condiciones a las que se deben de apegar de acuerdo a la ley al momento de otorgar un seguro de GMM.

Así mismo, debemos conocer algunas otras características de la Ley y reglamento del Impuesto sobre la renta al momento de la contratación e implementación del seguro de GMM:

- ✓ **"REGLAMENTO) Artículo 19.** Los gastos de previsión social mencionados en el artículo 24 fracc. XII satisfarán los siguientes requisitos:
 - I .Que se otorguen de manera general
 - II .Que se otorguen sobre las mismas bases, a menos que se traten de confianza y sindicato, varios sindicatos o personal con un riesgo mayor."⁽¹⁷⁾

Lo anterior es importante debido a que dentro de un programa de GMM se pueden otorgar diferentes niveles de beneficio, clasificándolos de acuerdo con el tipo de personal con el que cuenta una empresa y las necesidades de este.

Es decir, al personal de confianza o de mayor valor en una organización, podría contar con un plan con mayor nivel de beneficio, en el que la participación del mismo dentro del riesgo de un accidente y/o enfermedad este de acuerdo a sus posibilidades económicas y adicionalmente que tenga acceso al nivel de medicina más adecuado.

Es importante que a los empleados de mayor importancia es decir, medios y altos mandos se les otorgue un beneficio mejor o único que los apoye en caso de una eventualidad es decir un accidente y/o enfermedad, sin embargo la LISR condiciona la deducibilidad de los gastos de acuerdo a lo siguiente:

⁽¹⁷⁾ Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 14

- ✓ **"(REGLAMENTO) Artículo 20.** Condiciona la deducibilidad de los gastos de previsión social a:
 - I. Que el importe de los gastos no sean proporcionalmente mayores para salarios mayores.
 - III .Cuando exista aportación , que participe cuando menos el 75% de los trabajadores
 - IV. Deben constar por escrito y comunicarse dentro del mes siguiente a su inicio." ⁽¹⁸⁾

De acuerdo con el artículo antes mencionado una empresa puede otorgar a sus empleados considerados como medios y altos mandos un mayor nivel de beneficio, así mismo en caso de que el contratante quiera hacer participes a los empleados dentro del costo del programa deberá estar incluido al menos el 75% del personal elegible.

- ✓ **(LEY) Artículo 24. Fracción XIII** Condiciona la deducibilidad de las primas de seguros a que se hagan conforme a las leyes de la materia y correspondan a conceptos que la misma Ley señala como deducibles.⁽¹⁹⁾
- ✓ **(REGLAMENTO) Artículo 23.** Establece que los gastos de previsión social de acuerdo al Artículo 24 Fracción XII de esta Ley, deben:
 - I. Erogarse en territorio nacional, excepto con lo relacionado a trabajadores en el extranjero.

⁽¹⁸⁾ Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 14

⁽¹⁹⁾ Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 58



II. Que se efectúen en relación con los trabajadores del contribuyente, y en su caso, con el cónyuge o concubina o ascendientes o descendientes cuando dependan económicamente.⁽²⁰⁾

- ✓ **(LEY) Artículo 77.** Establece como ingresos exentos para las personas físicas:

II. Las indemnizaciones por riesgos o enfermedades, que se concedan de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo respectivos.

IV. Los ingresos percibidos por motivo de reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo.⁽²¹⁾

- ✓ **(LEY) Artículo 140.** Permite la deducción para las personas físicas de:

II: Honorarios médicos y dentales, así como gastos hospitalarios de él, su cónyuge, o concubina o sus ascendientes o descendientes que dependan económicamente.⁽²²⁾

- ✓ **(REGLAMENTO) Artículo 158** Para efectos de la fracción II del Artículo 140 de la LISR, se consideran también los gastos por compra o alquiler de aparatos para el establecimiento o rehabilitación, hospitalización, análisis, laboratorio y prótesis. No se consideran los pagos por pagos de primas de seguros médicos o cuotas a Instituciones Públicas.⁽²³⁾

⁽²⁰⁾ Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 16

⁽²¹⁾ Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 161

⁽²²⁾ Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 278

⁽²³⁾ Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001, Pág. 67



Actualmente, los artículos antes mencionados son los que operan en México, sin embargo, es requisito indispensable la revisión de la ley y reglamento del impuesto sobre la renta, derivado a que existen reformas fiscales que pueden modificar la aplicación de la deducibilidad de impuestos en este beneficio y otros que otorgue la empresa.

2.2.3.2 TIPOS DE PLANES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Los tipos de planes que existen en la actualidad se diferencian básicamente en la forma en que se pagan las reclamaciones derivadas de los gastos médicos en que una persona incurre a causa de un accidente o enfermedad catastróficos, y se refiere principalmente a lo que se denomina catalogo de intervenciones quirúrgicas, es decir la forma en que se evaluara el pago por concepto de honorarios médicos, los cuales incluyen al cirujano o médico tratante y al equipo de apoyo del mismo, de lo anterior, los tipos de planes se dividen en dos principalmente de acuerdo a las siguientes características:⁽²⁴⁾

a) Planes limitados.- Se caracterizan principalmente porque se aplica un catalogo de intervenciones quirúrgicas sobre una base de 21 o 55 salarios mínimos generales mensuales. Este catalogo establece el porcentaje de reembolso que se aplicará a la base contratada y dependiendo de la intervención quirúrgica efectuada.

⁽²⁴⁾ Fuente: Manual "Introducción a los planes de Beneficio para Empleados" México Año 2001



b) Planes amplios.- Se les conoce así principalmente porque no se aplica un catálogo de intervenciones quirúrgicas y se maneja el concepto "gasto usual y acostumbrado", es decir el monto que comúnmente se paga por procedimiento para reestablecer la salud del asegurado, de acuerdo a la experiencia de la aseguradora.

La elección de cualquiera de estos dos tipos de planes en una empresa, modificará directamente el impacto a los empleados, ya que un plan amplio será más significativo para el asegurado y su familia ya que al momento de incurrir en un gasto el monto cubierto será mayor que en un plan limitado, sin embargo, el costo que representa a la empresa puede variar en un 20% del costo total del plan.

2.2.3.3 NIVELES DE BENEFICIO DEL PROGRAMA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Después de haber elegido algún tipo de programa y plan para un seguro de GMM, los principales elementos que intervienen para determinar la tarifa de primas son: ⁽²⁵⁾

- ✓ La suma asegurada. El monto máximo por el que esta cubierta una persona en caso de un accidente o enfermedad, por lo regular se maneja en SMGM, e incluso algunas compañías aseguradoras otorgan un nivel sin limite.

⁽²⁵⁾ Análisis realizado con base en la experiencia profesional

- ✓ El deducible: El nivel de participación inicial del asegurado, el cual se paga la primera vez en que se incurre en un gasto.
- ✓ El coaseguro: Participación del asegurado después de aplicar el concepto de deducible y se paga a través de un porcentaje previamente establecido cada vez en que se incurra en un gasto.

Los beneficios adicionales: Estos beneficios son muy variados e implican un costo en la contratación de cada uno de ellos, por lo regular en el caso de los planes contratados a través de una compañía aseguradora, se establecen condiciones generales las cuales aplican siempre a menos que se requiera lo contrario y es cuando el costo de la prima a pagar varía.

2.2.3.4 ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Existen otros factores a considerar que no solo se reflejan en el costo del programa, si no también en la administración del mismo como los que se mencionan a continuación:⁽²⁶⁾

- ✓ Una asesoría correcta para la selección del programa que mejor se adecue a las necesidades de la empresa, por lo que debe contar con el apoyo de una empresa especializada y/o gente dentro de la misma que este debidamente capacitada para la correcta selección del programa, por lo regular las empresas recurren a la contratación de una empresa de consultoría.

⁽²⁶⁾ Análisis realizado con base en la experiencia profesional.



- ✓ Una debida organización dentro de la empresa, para la correcta administración del programa, es decir que exista un especialista que se encargue de mantener correctamente este beneficio, siendo un asesor más para cada una de las personas que sean elegibles para que los empleados hagan el uso correcto del mismo, de no ser así, el empleado puede tener una idea incorrecta del uso de este servicio y al contrario de obtener un beneficio podría poner en riesgo su economía, en su mayoría las empresas se apoyan en el área de recursos humanos para el desempeño de estas funciones.
- ✓ Para estar en posibilidades de implementar un programa de GMM, la empresa deberá tener la capacidad de financiamiento, es decir tener una economía con la cual pueda afrontar el gasto que implica, por lo que un medio más al que debe recurrir es el dinero.
- ✓ El avance en los últimos años de la medicina ha ocasionado que los costos de los programas de seguros se eleven, debido a que estos avances han ayudado en gran medida a mantener la salud de las personas, y por ende el costo en medicamentos y tratamientos, así como en honorarios médicos se ha elevado afectando directamente en las primas, este concepto dentro del mercado asegurador lo se conoce como la inflación del sector salud, que varía considerablemente con respecto a la inflación en la economía del país, cuando la inflación la encontramos en un 6% aproximadamente, la inflación del sector salud es considerada en un 15% aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.3.5 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DENTRO DE LA EMPRESA

Es de suma importancia al contratar, renovar, modificar, etc. un programa de GMM considerar las características de la población asegurada, ya que de esta dependen los costos y niveles de beneficio que se pueden otorgar.

El número de asegurados también influye en el costo, ya que de acuerdo al tamaño de la población existen criterios para la asignación de costos y beneficios, por ejemplo con las empresas medianas o pequeñas es común reunir varias con estas características con el fin de otorgar mejores costos y beneficios.

TIPOS DE RIESGO PROFESIONAL⁽²⁷⁾

Otro factor que influye en el seguro de GMM es el tipo de riesgo al que está sometido el empleado o la mayoría de la población de una empresa, por ejemplo una empresa dedicada a la consultoría en la que la mayoría de sus empleados son de oficina con algunas excepciones como mensajeros que utilizan motocicletas, tendrá menor riesgo que una empresa en la que la mayoría de su personal tiene actividades de mayor riesgo; por ejemplo: agentes viajeros, y por consecuencia cuando una compañía aseguradora, o la propia empresa quiere asegurar a sus empleados, al ser mayor el riesgo a asegurar de una empresa a otra, el costo en las primas será mayor, derivado de el riesgo de que un agente viajero sufra un accidente es mayor que el de un oficinista por lo que de igual forma en caso de una eventualidad el riesgo es mayor y de igual forma el costo.

⁽²⁷⁾ Fuente: Manual "Introducción a los planes de Beneficio para Empleados" Mercer Human Resource Consulting México Año 2001.



A continuación se hace mención de los principales tipos de riesgos en orden de menor a mayor:

RIESGOS "A":

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

Ejemplo: Oficinistas, farmacéuticos, optometristas, bibliotecarios, sastres, modistas, dibujantes, etc.

RIESGOS "B"

1. Personas cuya ocupación se desempeña principalmente en la calle sin exposición de riesgos calificados.

Ejemplo : Cobradores, vendedores, inspectores, propagandistas, etc.

2. Personas que realizan trabajos manuales ligeros utilizando material y herramientas poco peligrosas.

Ejemplo : Reparadores de radio, televisión, refrigeradores, estufas, encuadernadores, tapizadores, cortineros, etc.

RIESGOS "C"

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

Ejemplo : Agentes viajeros, inspectores viajeros, auditores viajero, comerciantes viajeros, propagandistas viajeros, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Ejemplo : Ingenieros, arquitectos, superintendentes, contratistas, etc.

RIESGOS "D"

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

Ejemplo : Taxistas, choferes de autobuses, de camionetas, de mudanza, etc.

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

Ejemplo : Fabricación de alcohol, ácidos. aceros, etc.

RIESGO "E"

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

Ejemplo : Plomeros, vidrieros, mecánicos, zapateros, empleados de gasolinera, pintores, etc.

2. Choferes de autobuses foráneos o 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ejemplo : Instaladores de antenas y elevadores, albañiles, electricistas de alto voltaje, obreros no especializados, policías, conductores 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 : Operadores buldozer, palas mecánicas, aplanadoras.

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

EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN

Finalmente otro componente importante que influye directamente sobre un programa de GMM para empleados es la distribución de la población que integra el grupo asegurable en cuanto a edad y sexo de los participantes se refiere; ya que aunque a diferencia de los seguros individuales no se requiere presentar pruebas médicas, se hace diferencia en costo de acuerdo a la edad y sexo de los participantes.

Generalmente se divide por quinquenios de edad a partir de los 20 años, de la edad 0 a 19 para ambos sexos el costo de la prima por lo regular es el mismo, a partir de la edad 20 las primas para ambos sexos incrementan de acuerdo al tipo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de plan contratado, sin embargo, el costo para el sexo femenino de la edad 20 hasta la edad 55 es mayor que el del sexo masculino, esto debido a que se considera que la mujer se encuentra en edad fértil y en la edad de mayor riesgo de contraer enfermedades, finalmente después de los 55 años los costos para ambos sexos se van haciendo similares y más caros, ya que el riesgo de contraer una enfermedad es mayor que en edades menores debido a que involucran un mayor gasto en cuanto a medicina se refiere, derivado de la salud de las personas que va siendo de menor calidad a través del tiempo, lo cual implica gastos médicos para el mantenimiento de la salud y por ende un costo mayor para el que corre el riesgo de asegurar la salud de las personas, impactando directamente en el costo del seguro para este rango de edad.

No siempre encontraremos programas de GMM en los que las primas se dan por quinquenios de edad y sexo de los asegurados, también encontramos programas en los que se establece una prima total a pagar previo análisis de la población, y en algunos otros casos, se determina una cuota promedio por asegurado no importando edad o sexo del mismo.

INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS

La inclusión de beneficiarios al programa de GMM, es determinado directamente por las políticas de la empresa, y por la capacidad de financiamiento que esta tenga para poder soportar el costo que este implica.

Los beneficiarios son aquellos que dependen económicamente del empleado, entendiéndose él ó la cónyuge e hijos menores de 25 años o que continúen

dependiendo en forma económica del empleado, así mismo se pueden considerar en algunas ocasiones: padres, hermanos, suegros, etc, siempre y cuando dependan económicamente del empleado.

Por lo regular en el mercado asegurador mexicano los beneficiarios son el cónyuge y los hijos menores de 25 años que dependan económicamente del asegurado principal.

Así mismo, algunas empresas dentro de sus políticas, consideran únicamente al cónyuge femenino como beneficiario, esto derivado de la educación y costumbres que a través de los años han formado a las familias mexicanas y se sigue considerando al hombre como el principal portador económico dentro de las familias mexicanas, sin embargo, en algunas ocasiones no siempre es así o podría existir la posibilidad de que el cónyuge masculino aunque tenga un empleo no tenga un beneficio de GMM, por lo que en caso de que incurriera en gastos médicos a causa de una enfermedad y/o accidente que afecte la economía de la familia, no existiría la protección adicional que algunas empresas dan a sus empleados.

De acuerdo con todos y cada uno de los puntos mencionados, los cuales impactan dentro del seguro de GMM podemos determinar que se busca el *desarrollo* de un programa que apoye a los empleados, que en un principio probablemente no sea utilizado por éstos pero conforme pasen los años se ira modificando y variando tanto el nivel de beneficio como el costo, de acuerdo a las necesidades de la empresa y sus empleados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 ALTERNATIVAS DE LOS PROGRAMAS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EMPLEADOS.

Los programas que actualmente existen en el mercado mexicano varían de acuerdo con la administración deseada por la empresa e incluso al nivel de beneficio que se pretende alcanzar o simplemente para controlar el costo que el programa implica, así como es importante considerar si se trata de un plan nuevo, es decir, que se pretende implementar por primera vez en una empresa o es una renovación, es decir, la continuación de un programa establecido con anterioridad y en el cual se realice una revisión de las condiciones y costos del mismo.

Los programas de GMM para empleados son de forma temporal, es decir, tienen una duración de determinado período de tiempo, este tiempo por lo regular es de un año, aunque en el mercado asegurador se pueden encontrar diferentes períodos, derivados de diversas causas, los más comunes son los temporales a un año, otros que debido a sus características, tienen una vigencia menor a un año y esto básicamente es por la fecha de inicio del programa ya que puede pertenecer a un grupo el cual tiene un vencimiento definido y al cual se tiene que apegar, sin embargo, los planes mayores a un año, aunque si existen, es difícil encontrarlos, y de igual forma se debe principalmente a condiciones especiales, como por ejemplo negociaciones especiales para asegurar que el costo del programa no se incremente en el año vigencia inmediato siguiente, por lo que podemos encontrar programas por más de 12 meses o incluso por 2 años o más.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1 PRINCIPALES PROGRAMAS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EMPLEADOS.

Actualmente existen diferentes tipos de programas que van desde aquellos en los que no interviene una aseguradora o en los que ésta sólo actúa como prestadora de servicios; es decir apoya a la empresa y a sus empleados a través de su red de médicos y hospitales en convenio; dado lo anterior, a continuación se analizarán cada uno de estos tipos de programas, mencionando las principales características, los cuales tienen ventajas y desventajas de acuerdo al tipo de organización y el uso que se pretenda dar, lo que finalmente ayudará o ayudará al administrador de riesgos o a la persona que tome la decisión dentro de la empresa para la implementación o modificación de su programa de beneficios de GMM.

2.3.1.1 PLAN ASEGURADO

El plan asegurado, es aquel que se contrata a través de una compañía de seguros, por medio de un acuerdo en el que el contratante paga una prima previamente establecida a cambio de que la aseguradora preste sus servicios a los empleados a través de su red de médicos y hospitales en convenio.

El costo inicial se basa en la experiencia de la compañía aseguradora, así como el nivel de beneficio que se quiera otorgar y es directamente proporcional al número de asegurados; adicionalmente tiene un costo garantizado, es decir, en caso de que el monto de los siniestros por enfermedades y/o accidentes sea mayor a la prima pagada, la aseguradora absorberá el total de los gastos durante la vigencia del programa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esto último se puede considerar como una ventaja o una desventaja de acuerdo a la experiencia que la empresa haya tenido durante la vigencia del programa ya que si la siniestralidad es mayor a la prima pagada quién absorberá la desviación será la aseguradora, y al contrario en caso de que la siniestralidad sea menor a la prima pagada la aseguradora tendrá una ganancia pero la empresa habrá generado gastos por concepto de prima los cuales realmente no fueron ocupados durante la vigencia del programa.

Por lo anterior, existen algunos otros planes diferentes a los asegurados que son los más comunes, como son:

2.3.1.2 PLAN AUTOFINANCIADO

Es un sistema de administración para los programas de beneficios para empleados en los que no existe una compañía de seguros sino una administradora para el plan básico, es decir, en programas en los que no exista alguna cobertura de exceso de pérdida.

El sistema de autofinanciado tiene mayor flexibilidad que un plan tradicional asegurado, ya que permite construir el programa de acuerdo a las necesidades de cada una de las empresas.

Dentro de los objetivos que persigue este tipo de plan es el control del gasto médico, apoyo económico al participante, por la rapidez en el trámite de su reclamación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este plan de GMM se caracteriza por que la empresa contratante administra sus propios recursos financieros en el pago de siniestros asesorado y apoyado directamente por una empresa consultora la cual debe de contar con una amplia red hospitalaria en convenio, y se caracteriza por que no existe la intervención de aseguradoras, por lo que genera las siguientes ventajas:

- ✓ Menor costo (reducción de los gastos de administración), ya que únicamente se pagan los honorarios de administración que indique la empresa que administre el programa, a diferencia del plan asegurado, que por lo regular cobra sus propios honorarios por administración los cuales ya vienen incluidos dentro de la prima pagada y por lo regular son mayores, adicional en caso de que exista una empresa que asesore y administre, es decir el agente de seguros.
- ✓ Ventaja financiera al hacer frente a los siniestros conforme se van presentando durante la vigencia del programa.
- ✓ Los costos totales pueden verse reducidos si la siniestralidad es buena.
- ✓ La contratación de una póliza de exceso de pérdidas "stop loss" evitará que una sobre-siniestralidad afecte sensiblemente el costo del plan (Ver plan de stop - loss)
- ✓ El plan esta libre de las variaciones que las aseguradoras efectúan a las coberturas de GMM.
- ✓ Mejor manejo de datos estadísticos de población y siniestralidad por contar con recursos y sistemas de información propios.
- ✓ Flexibilidad en la administración del programa y/o coberturas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1.3 PLAN - CASH FLOW

El cash flow o sistema de financiamiento de los planes de flujo de efectivo, están diseñados comúnmente para empresas cuyo grupo asegurado es superior a 500 empleados principalmente por las siguientes razones:

- ✓ El costo esta directamente relacionado a la siniestralidad.
- ✓ Existe mayor flexibilidad en el establecimiento de condiciones y coberturas.
- ✓ La administración del plan tiende a simplificarse.

Este tipo de plan es una combinación de un plan asegurado y un plan autofinanciado, ya que al igual que el plan asegurado interviene una compañía aseguradora, sin embargo, el control del pago de siniestro y el manejo financiero de recursos lo maneja la propia empresa, es decir, la aseguradora únicamente administra el pago de reclamaciones a través de un depósito previamente establecido el cual es un porcentaje de la prima teórica, es decir, el monto esperado de siniestros durante la vigencia del programa, durante cada mes los asegurados harán uso del programa y la aseguradora realizará los pagos correspondientes conforme a las condiciones establecidas, en el siguiente mes la aseguradora presenta a cobro en forma de primas los siniestros, incluyendo un porcentaje de administración, con lo cual se reestablece un depósito inicial, mismo que utiliza la aseguradora para estar en posibilidades de continuar con el pago de reclamaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1.4 SEGURO DE PÉRDIDA O STOP LOSS Y SEGURO DE EXCESO INDIVIDUAL

Este seguro se contrata en caso de que la siniestralidad de un plan autofinanciado o cash flow supere el monto esperado y ocasione una pérdida grave a la empresa, por lo que a través de un porcentaje que por lo regular es del 10% de la siniestralidad esperada o denominada prima teórica una compañía de seguros absorbe dicho riesgo por un monto equivalente a la siniestralidad esperada y en este caso la empresa tiene una cobertura adicional por un costo que sólo implica un porcentaje de la siniestralidad esperada.

Por lo regular este tipo de beneficio se contrata para casos de frecuencia, es decir que los siniestros presentados durante la vigencia del programa en cuanto a monto se refiere no sean considerados como severos o catastróficos, pero si la suma de todos los presentados superen el riesgo esperado.

Por ejemplo:

Una empresa espera que este año su siniestralidad máxima sea de \$ 400,000, y esta puede ser superada de dos formas:

	Caso 1	Caso 2
Siniestros:	30	3
Monto:	\$ 450,000	\$ 450,000
Asegurados:	250	250
Siniestro promedio:	\$ 15,000	\$ 150,000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El siniestro promedio es el resultado del monto total de siniestralidad entre el número de casos presentados.

Se puede observar que en ambos casos se supera la siniestralidad esperada, sin embargo en el caso 1 la causa es por que hubo varias eventualidades, y en el caso 2 hubo menos pero más severas.

Para el caso 1 se puede contratar un seguro de pérdida o stop loss por un costo aproximado de \$ 40,000 y la aseguradora cubrirá el monto de siniestros después de que la empresa haya gastado \$ 400,000 y hasta un máximo de \$ 800,000, y el gasto real para la empresa será de \$ 440,000, con una población de 250 asegurados

En el caso 2 observamos que llegamos a la misma siniestralidad pero con menos casos, es decir, lo que ocurre es severidad, probablemente exista un siniestro de un monto aproximado de \$ 400,000, por lo que en caso de que existiera otro similar provocaría nuevamente un desequilibrio en el programa; para este tipo de casos, existe la cobertura de **EXCESO INDIVIDUAL**, el cual tiene como principal objetivo que el asegurado cuente con una suma asegurada mayor sin afectar la frecuencia del programa y éste se contrata a través de una póliza en la que se establece el monto de la prima, por lo que la compañía aseguradora se hace cargo del monto del siniestro después de que éste haya rebasado la suma asegurada que se otorga en el plan autofinanciado o en el cash flow.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Análisis del impacto generado por el seguro de Gastos Médicos Mayores otorgado a los empleados como parte de su programa de beneficios."

Por ejemplo (cuadro 1) en el siguiente caso se explica la función de un plan autofinanciado o cash flow con una suma asegurada básica de 100 SMGM, deducible de 1.5 SMGM y coaseguro del 10%.

Para la cobertura del stop loss se contratará cuando la siniestralidad de la empresa alcance el monto de \$ 600,000 y la compañía aseguradora dará una protección adicional de \$ 600,000 por un costo del 10%, es decir de \$ 60,000, por lo que la cobertura total para la empresa será de \$ 1,200,000 con una prima de \$ 660,000.

En el caso del seguro de exceso individual se contratará para casos en que un solo siniestro supere los 100 SMGM y la cobertura será sin limite.

Cuadro 1 (28)

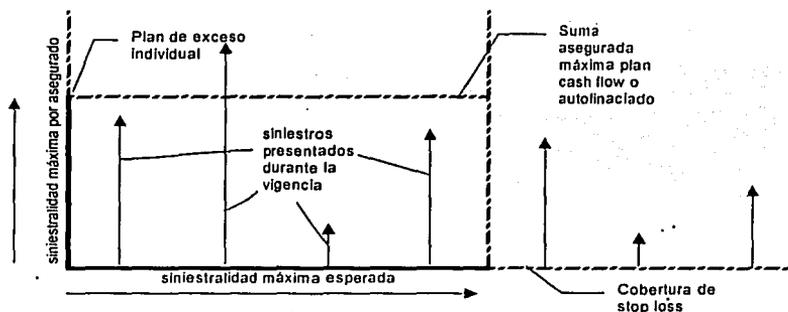
Suma Asegurada Sin limite Deducible 100 SMGM Coaseguro 10%.	<p style="text-align: center;">Exceso Individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función: Proteger el Cash-Flow o Autofinanciado de posibles desviaciones individuales, es decir de aquellos siniestros que rebasen el monto de 100 SMGM. • El deducible es de 100 SMGM, ya que es la suma asegurada que la empresa contratante paga a través del Cash-Flow o Autofinanciado 	
Suma Asegurada de 100 SMGM Deducible 1.5 SMGM Coaseguro 10%.	<p style="text-align: center;">Cash-Flow o Autofinanciado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema de Gastos Médicos Mayores, el cual esta basado en que el contratante liquide sus propios siniestros. 	<p style="text-align: center;">Stop-Loss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función: Proteger el Cash-Flow de una desviación de siniestralidad por frecuencia, es decir que se agote la prima teórica de \$ 600,000.
	Prima Teórica. \$ 600,000	Cobertura. \$ 600,000

(28) Creación propia, México Año 2002.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

En el siguiente gráfico se puede observar como opera un programa autofinanciado o un cash flow con la contratación de las coberturas de exceso de pérdida y uno de exceso individual.

Cuadro 2 ⁽²⁹⁾



En el cuadro anterior se representa en forma esquemática como opera un programa de GMM con la contratación de los programas de Stop loss y exceso individual; las flechas representan los siniestros y el alcance en el monto de los mismos.

En este cuadro se observa tanto la siniestralidad máxima por asegurado, como la siniestralidad máxima esperada del grupo, de tal forma que cuando exista una desviación en siniestralidad por cualquiera de estas dos causas, operaría el plan correspondiente "exceso individual o Stop loss" según sea el caso.

⁽²⁹⁾ Creación propia, México Año 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN AUTOFINANCIADO

- Menor costo en gastos de administración.
- Ventaja financiera al hacer frente a los siniestros conforme se van presentando durante la vigencia del programa.
- Los costos pueden verse reducidos si la siniestralidad es buena.
- La contratación de una póliza de exceso de pérdidas "Stop Loss" evitará que una sobre-siniestralidad afecte sensiblemente el costo del plan.
- El plan esta libre de las variaciones que las aseguradoras efectúan a las coberturas de Gastos Médicos Mayores.
- Mejor manejo de datos estadísticos de población y siniestralidad por contar con recursos y sistemas de información propios.
- Flexibilidad en la administración del programa y/o coberturas.
- Tiempo de respuesta más rápido y oportuno.

PLAN ASEGURADO

- El costo inicial esta basado de acuerdo a la experiencia en general de la compañía aseguradora.
- En el Plan Asegurado se tiene un costo garantizado durante la vigencia del plan
- Simplificación administrativa en el manejo del programa.
- En un Plan Asegurado se cuenta con una imagen de mayor seguridad ante los empleados al tener una Aseguradora que respalda.
- Se cuenta con la infraestructura de la aseguradora, en prestadoras de servicios médicos y hospitalarios para el servicio de pago directo.
- Simplificación fiscal de deducibilidad de gastos.

CASH - FLOW

- Ventaja financiera al hacer frente a los siniestros conforme se van presentando durante la vigencia del programa.
- Costo directamente relacionado con las siniestralidad.
- Administración simplificada
- La contratación de una póliza de exceso de pérdidas "Stop Loss" evitará que una sobre-siniestralidad afecte sensiblemente el costo del plan.
- Cuenta con una imagen de mayor seguridad ante los empleados al tener una Aseguradora que respalda.
- Se cuenta con la infraestructura de la aseguradora, en prestadoras de servicios médicos y hospitalarios para el servicio de pago directo.
- Flexibilidad en la administración del programa y/o coberturas.
- Simplificación fiscal de deducibilidad de gastos.

CUADRO 3

"Análisis del impacto generado por el seguro de Gastos Médicos Mayores otorgado a los empleados como parte de su programa de beneficios."

En el cuadro 3⁽³⁰⁾ se muestran las principales características de los planes asegurado, autofinanciado y cash flow.

2.3.1.5 PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD

Los planes complementarios de salud o también conocidos como medicina prepagada, consisten en la contratación de un seguro de gastos médicos menores a través de instituciones de seguros especializadas en salud, y en la cual se otorgan beneficios como el plan de consulta o plan dental el cual a través de una prima que considera la vigencia del plan el asegurado tiene la opción de acudir a un costo preferencial, en el caso del plan dental en ocasiones no hay costo de consulta.

Así mismo se otorgan costos especiales por conceptos de estudios de laboratorio u otros gastos similares.

Anteriormente este tipo de servicio era ofrecidos por instituciones, las cuales no estaban bien definidas o reglamentadas, sin embargo actualmente se solicito a las mismas apegarse a las condiciones que se detallan más adelante, por lo que se hará referencia a la evolución y administración de este tipo de instituciones.

⁽³⁰⁾ Creación propia, México Año 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

El servicio a los afiliados a los programas de seguridad social resulta insuficiente, además la insolvencia financiera de este tipo de planes, ha llevado a que uno de los principales objetivos de gobierno de varias naciones, sea crear alternativas en servicios de salud dividiendo responsabilidades al sector privado.

En México, durante la última década en el ramo de salud surgieron muchas organizaciones de medicina prepagada enfocadas a prevenir o restaurar la salud de sus afiliados, pero no estaban reguladas, por lo que muchas veces su permanencia era efímera y la calidad de atención a sus usuarios dejaba mucho que desear. Incluso hoy en día, algunos hospitales ofrecen los servicios de medicina prepagada, pero no están sujetos a una regulación, sólo la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública regula los requerimientos sanitarios sin las facultades necesarias para supervisar las reservas suficientes y capital de solvencia, así como su correcta operación técnica, por lo que no había garantía en la protección de los intereses de los afiliados.

Las anteriores fueron de las principales razones por las que el gobierno federal mexicano por medio de las Secretarías de Hacienda y Salubridad, apoyadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas promueven la regulación de las administradoras de salud a través de su transformación en ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud), creadas el 31 diciembre de 1999 y sus reglas de operación publicadas el 17 de abril de 2000, encaminadas a otorgar atención a la población que no cuenta con seguridad social o no utiliza la misma, ya que tiene recursos propios o el apoyo de su empresa para elegir esta opción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN

"Se entiende por Instituciones de Seguros Especializadas en Salud a las instituciones autorizadas por la Secretaría de Hacienda para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud, facultándolas a la venta de seguros privados que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros o la combinación de ambos a través de acciones que se realicen en su beneficio" (Circular de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas S-24.1).

CARACTERÍSTICAS

El objetivo de las ISES es proteger la salud del asegurado, mediante la prevención y la curación de enfermedades.

Mediante la provisión de un plan de salud con la función tradicional de aseguramiento, sobre la base de una conciencia preventiva y curativa, cuenta con las siguientes características principales:

- ✓ El aseguramiento por medio del cobro de una prima.
- ✓ Infraestructura propia o con la contratación de una red de prestadores de servicio.
- ✓ Fomento a la cultura de la prevención de la salud.
- ✓ Control sobre los recursos financieros.
- ✓ Creación de reservas técnicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BENEFICIOS DE LAS ISES

- ✓ Fomento a la medicina preventiva (consultas generales y especialidad)
- ✓ Detección y control de enfermedades.
- ✓ Control de costos.
- ✓ Vigiladas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Secretaria de Hacienda y Secretaria de Salubridad, para que cumplan con estándares de calidad y eficiencia de recursos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Cuando se implementa un seguro de GMM, es necesario seguir un proceso adecuado a través de la planeación, identificando la misión, los objetivos, analizando recursos, examinando el ambiente, considerando predicciones, analizando oportunidades y riesgos, identificando estrategias alternativas, seleccionando la estrategia y finalmente instrumentando la estrategia.

Así mismo, se deberá identificar y diagnosticar el problema, siendo dentro del seguro de GMM para empleados de tipo administrativo, económico y de tiempo.

De igual forma, se deberán analizar las variables controlables y no controlables; finalmente para la toma de decisiones se deben considerar los factores internos y externos que influyen.

Con respecto al marco legal, actualmente la ley establece las normas a seguir con el fin de obtener la deducibilidad del programa, siendo de esta forma un beneficio para la empresa ya que es capaz de otorgar un beneficio adicional a sus empleados y hacer deducible el costo del programa.

Para estructurar el programa de GMM existen dos tipos de planes: limitados y amplios que varían de acuerdo con el catalogo quirúrgico y afectan directamente al costo beneficio.

Los niveles de beneficio del seguro de GMM con la suma asegurada, el deducible, coaseguro y de igual forma impactan al costo beneficio, tanto para el empleado como para la empresa.

El tipo de población, edad de la misma, sexo, tipo de riesgo y tamaño de grupo asegurable influyen directamente en el costo del programa y las características específicas de la cobertura requerida.

Dentro del actual mercado asegurador se encuentran diferentes alternativas, las cuales de acuerdo con el tipo de empresa y forma de administración los programas más comunes son: asegurado, autofinanciado y cash flow, así como los complementarios exceso individual y stop loss.

Los planes complementarios de salud, actualmente regulados por las ISES, complementan el seguro de GMM debido a que se crean con el fin de formar una cultura de medicina preventiva, ya que es más caro prevenir que curar la salud, lo que apoya a un mayor control de la siniestralidad en el seguro de GMM.

Finalmente, para la implantación de una empresa, es recomendable se consideren cada uno de los factores mencionados, apoyándose en la planeación para lograr un programa adecuado y que cumpla con las características de costo beneficio de una empresa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE CONSULTA

Ley y Reglamento del Impuesto Sobre la Renta.

Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México 2001

"El arte de resolver problemas"

Autor: ACKOFF, Russell L.

Editorial Limusa

"El enfoque de sistemas para la toma de decisiones"

Autor: CHURCHMAN, C. West

Editorial Diana

"Administración, Teoría y Práctica"

Autor: STEPHEN P. Robbins

Prentice Hall

México

Manual: Introducción a Planes de Beneficios para Empleados

Mercer Human Resource Consulting

México, 2000.

Manual: Marco legal de los Planes de Beneficios para Empleados

Mercer Human Resource Consulting

México, 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo III.

Impacto del beneficio de Gastos Médicos Mayores

Objetivo: Analizar el impacto que genera el beneficio de Gastos Médicos Mayores a empleados, tanto para el empleado como para la empresa, revisando principalmente la importancia del capital humano, y finalmente hacer una visión a futuro de los planes de Gastos Médicos Mayores que otorgan las empresas a sus empleados.

Cuando las ideas fracasan, las palabras resultan muy útiles.

Goethe.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1 EVALUACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

En los capítulos anteriores se revisó la importancia del capital humano dentro de una organización, así como los antecedentes del seguro de GMM y los factores que influyen en la toma de decisiones para la implantación o modificación de un plan de GMM para empleados.

En este capítulo, se hace un análisis del impacto de este beneficio adicional para los empleados, considerando la importancia del capital humano, principalmente medios y altos mandos dentro de la organización, y finalmente la expectativa de los planes de GMM a corto y largo plazo.

3.1.1 EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS Y TOMA DE DECISIONES

Una vez realizado el análisis de los factores que influyen en el programa de GMM para empleados, se debe tomar la decisión adecuada para la empresa.

A lo anterior, el tipo de planeación que se debe llevar a cabo es una planeación interactiva, con el fin de controlar el programa establecido, con base en la experiencia que se tiene de este tipo de programas ya sea en la misma empresa o la experiencia que tiene el mercado asegurador y de esta forma poder seleccionar el programa ideal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al ser una planeación interactiva, se consideraran diversos elementos para tener como meta evitar errores ya sea derivados de situaciones que no deben hacerse o errores de omisión por la incapacidad de no planificar.

Se deben considerar tres tipos de fines:⁽³¹⁾

Las metas: Fines a alcanzar dentro del periodo cubierto de planeación.

Objetivos: Fines que no se espera alcanzar dentro del periodo planeado, pero sí en fecha posterior.

Los ideales: Fines que se creen inalcanzables, pero hacia los cuales se piensa es posible avanzar durante y después del periodo que se planea.

La planeación debiera incluir estos tres tipos de fines, sin embargo, rara vez ocurre así, si se consideran estos tres tipos de fines, sé esta hablando de una planeación estratégica, la cual se revisó en capítulo anterior a través de 9 pasos:

Misión, objetivos, análisis de recursos, examinar el medio ambiente, predicciones, análisis de oportunidades y riesgos, estrategias alternativas, selección de estrategia e instrumentación de la estrategia.

El modo en que la planeación interactiva es llevada a cabo depende de tres tipos de principios operativos: el principio participativo, el principio de la continuidad y el principio holístico.⁽³²⁾

Principio participativo: "En el proceso de planeación, el proceso es el producto más importante"

⁽³¹⁾ Ackoff, Rusell L. "Planificación de la empresa del futuro" México, Ed. Limusa pág. 85.

⁽³²⁾ Ackoff, Rusell L. "Planificación de la empresa del futuro" México, Ed. Limusa pág. 89-95

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Principio de continuidad: Debido a que los eventos no pueden ser pronosticados con exactitud, ningún plan puede funcionar como se esperaba por más bien preparado que esté. Por esto se deben observar continuamente los efectos de la implementación.

Principios Holísticos: se divide en dos partes; *el principio de la coordinación y el principio de la integración.*

Principio de la coordinación: Ninguna parte de una organización puede planearse con eficiencia si se planea independientemente de las demás unidades del mismo nivel.

Principio de la integración: Establece que la planeación realizada independientemente en cualquier nivel de un sistema no puede ser tan eficientemente como la planeación llevada a cabo interdependientemente en todos los niveles.

"De acuerdo con lo anterior, para la toma de decisiones del establecimiento o modificación de un programa de Gastos Médicos Mayores, se deben seguir los siguiente pasos:

1. Formulación de la problemática: Conjunto de amenazas y oportunidades que encara la organización.
2. Planeación de los fines: La especificación de los fines que se van a perseguir. (tabla 1 – planeación estratégica cap. II)
3. Planeación de los medios: Selección o creación de los medios con los que se van a perseguir los fines especificados.

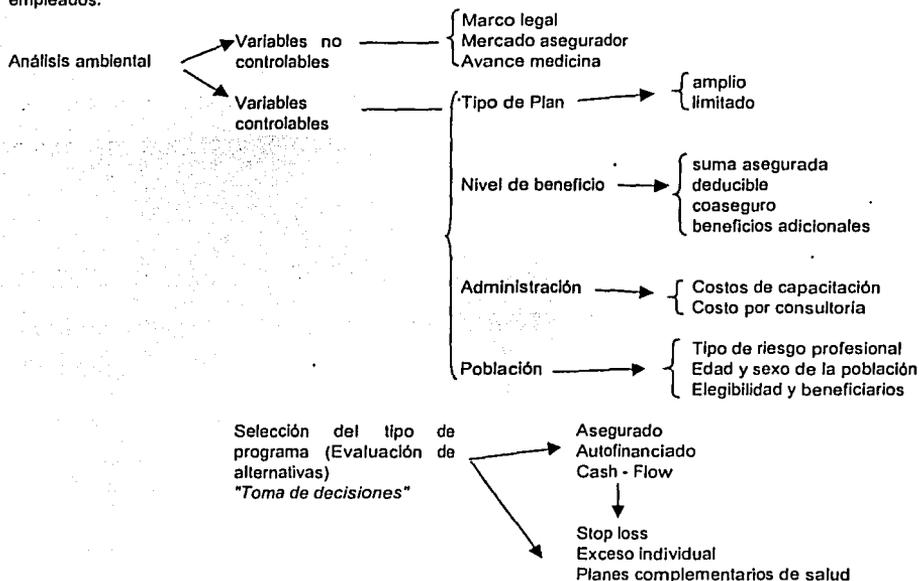
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Planeación de los recursos. La determinación de cuáles recursos requerirán y cómo se obtendrán los que no estarían disponibles.
5. Diseño de la implementación y el control: Determinación de quién va a hacer que, cuando y donde.⁽³³⁾

Factores a considerar para la toma de decisiones de un programa de GMM

Diagnóstico del problema

Elección del programa que mejor se adecue a las necesidades de la empresa y sus empleados.



En el esquema anterior⁽³⁴⁾, se observan los pasos a seguir para la toma de decisiones de un programa de GMM.

Por lo que se debe analizar el tipo de empresa, y la capacidad de financiamiento de la misma, el tipo de plan: amplio o limitado, la actividad profesional para medir

⁽³³⁾ Ackoff, Rusell L. "Planificación de la empresa del futuro" México, Ed. Limusa pág. 98-99

⁽³⁴⁾ Creación propia, México Año 2002.

el tipo de riesgo, el análisis de la población y el tamaño de la misma y el nivel de beneficio que se quiere otorgar con el fin de determinar el tipo de programa más adecuado a las necesidades de la empresa.

Así mismo, si se requiere de la contratación de planes de exceso de pérdida y exceso individual y la búsqueda de la complementación a través de un programa de Gastos Médicos Menores.

3.1.2 ANÁLISIS AMBIENTAL (FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS)

El análisis del medio ambiente es de suma importancia en cualquier proyecto de planeación, ya que éste auxilia a una correcta definición de variables, de sus interrelaciones y a advertir las limitantes existentes, por lo que dicho análisis se divide de la siguiente forma:

- Ambiente interno y
- Ambiente externo

Dentro del ambiente interno se evalúa lo relativo a los recursos de la organización, es decir, fuerzas y debilidades, mientras que en el ambiente externo se concentran factores como los económicos, sociales, políticos, legales, demográficos y geográficos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AMBIENTE INTERNO - Tabla 3: Ambiente Interno Fuerzas y Debilidades de un programa de Gastos Médicos Mayores para empleados.⁽³⁵⁾

FUERZAS	DEBILIDADES
Actividades internas que están funcionando conforme a lo esperado	Actividades internas que limitan o inhiben el éxito general de la empresa
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Beneficio adicional a los empleados (Valor humano) ▫ La empresa es considerada como una opción de ser un empleador preferente ▫ Apoyo en eventualidades ▫ Costo menor a un programa individual 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mala comunicación al personal ▫ Mala administración (personal no capacitado) ▫ Programa no acorde a las necesidades ▫ Tipo de población y riesgo de la empresa

AMBIENTE EXTERNO - Tabla 4: Ambiente Externo Oportunidades y Amenazas de un programa de Gastos Médicos Mayores para empleados.⁽³⁶⁾

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Tendencias económicas, sociales, políticas, tecnológicas y competitivas, incluyendo la aprobación de leyes o algún adelanto tecnológico	Tendencias económicas, sociales, políticas, tecnológicas y competitivas que son potencialmente dañinas para la posición competitiva presente o futura de la organización
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Avance en la tecnología médica ▫ Acceso a la medicina privada en un tiempo óptimo ▫ Marco legal (permite deducibilidad) 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Condiciones económicas del país ▫ Inflación del sector salud ▫ Cambios en el sector asegurador ▫ Falta de cultura en la Salud ▫ Inseguridad (accidentes) ▫ Enfermedades

⁽³⁵⁾ Creación Propia, México 2002.

⁽³⁶⁾ Creación Propia, México 2002.

3.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

En la actualidad existe una tendencia por parte de las empresas por ofrecer a sus empleados beneficios adicionales, estos beneficios no se reflejan directamente en el bolsillo de los empleados, sin embargo el apoyo en caso de recurrir al uso de los mismos es de gran impacto.

Con base en encuestas realizadas por la Asociación Mexicana de Actuarios Consultores (AMAC) y encuestas de Mercer Human Resource Consulting (Empresa de Consultoría), se hará un análisis de la situación actual de los programas de GMM.

3.2.1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Actualmente el mercado asegurados ofrece coberturas adicionales en sus pólizas que cubren consultas médicas, chequeos anuales, embarazo y seguimiento pediátrico durante el primer año de vida del niño.

Un seguro de GMM, generalmente cubre los gastos a consecuencia de un accidente o enfermedad, sin embargo, las necesidades del mercado han provocado que las aseguradoras aumenten las posibilidades de cobertura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hoy en día ofrecen varias alternativas para sus clientes, principalmente en lo que se refiere a la cobertura de prevención y padecimientos que no están incluidos en las pólizas tradicionales.

Las empresas aseguradoras grandes, han instalado sus propias clínicas de atención o planes especiales, sin embargo, estas clínicas aún no cuentan con los servicios que ofrece un hospital.

Los precios de las pólizas de GMM aumentan en comparación con los planes tradicionales, derivado de la preocupación por parte del mercado asegurador de que sus pólizas cuenten con coberturas de medicina preventiva con el fin de reducir la siniestralidad.

Con base en los requisitos para el seguro mencionados en el capítulo I, existe un requisito que en la actualidad no se cumple y que a la letra dice "El costo del seguro debe ser alcanzable para toda la población", se puede observar que esto no ocurre ya que los costos por los programas de seguros son inalcanzables, de tal forma que en el seguro de GMM, la gran mayoría que tiene este tipo de seguro es por que esta asegurado por parte de la empresa para la que trabaja; Se puede observar que aquellas personas que tienen un seguro individual de GMM, tienen la posibilidad económica para su contratación.

Un punto importante es la inflación, ya que el costo de los programas de GMM esta determinado por la inflación del sector salud y no por la inflación indicada por el gobierno, lo que provoca que el producto se encarezca, en este caso se puede hablar de una inflación de un 15 a 18 por ciento.⁽³⁷⁾

⁽³⁷⁾ Fuente: Artículo Seguros; El Universal online – Autor Alejandro Cardenas L. Noviembre 2001. www.el-universal.com.mx



Los principales tipos de seguros de GMM existentes en el mercado son los siguientes:

- ✓ Internacional: El asegurado puede viajar al extranjero para un posible tratamiento de cirugía, también tiene cobertura en los mejores hospitales de México.
- ✓ Nacionales de primer nivel: Son planes amplios e incluyen hospitales como Medica Sur, Ángeles, y ABC, que son los más caros y los que cuentan con mejor equipo y red médica amplia.
- ✓ Nacional: Excluye a los hospitales antes mencionados y da acceso a otros hospitales.

El deducible de la póliza, juega un papel muy importante, ya que entre más alto sea el monto del mismo, el costo del programa se reduce.

3.2.2 NIVELES ACTUALES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

En su gran mayoría las empresas dividen los programas de beneficios de acuerdo al tipo de empleados, es decir, realizan divisiones entre personal de confianza, ejecutivos, sindicalizados, etc.

Es común ver que se ofrece un mejor nivel de beneficio al personal considerado como medios y altos mandos, y así mismo se hace distinción entre altos mandos y medios mandos, siendo otorgado el mejor nivel de cobertura para los altos mandos.⁽³⁸⁾

⁽³⁸⁾ Encuesta de beneficios al personal de las empresas emitida por la Asociación Mexicana de Actuarios Consultores, A.C., México, 1999.

En una encuesta realizada a 69 empresas en México⁽³⁹⁾, se observa que el 91% de estas otorgan la cobertura de GMM, cubriendo comúnmente a altos y medios mandos, así como al cónyuge e hijos menores a 25 años de edad, que dependen económicamente del empleado.

El personal jubilado sigue siendo importante para las empresas, sin embargo, sólo el 3% otorga este beneficio; a los dependientes no directos, como padres, suegros, se les puede incluir en algunas empresas, siempre que el trabajador cubra el importe correspondiente a la prima de estas personas.

También se observa que el 14% de las empresas cubren al personal sindicalizado ya que se considera inadecuado el beneficio de la seguridad social para los mismos.

Los planes más utilizados en la actualidad son los asegurados, ya que la empresa transfiere el riesgo a la compañía aseguradora, la incidencia de estos planes es del 79%.

El 16% de las empresas tienen implantado un plan no asegurado, estas empresas dentro de sus características se puede observar que son empresas grandes que pueden absorber su propio riesgo, y son administrados por un tercero de acuerdo a con lo siguiente: 75% cash – flow y 25% autofinanciado.

⁽³⁹⁾ Encuesta: Prácticas de mercado sobre beneficios al personal, William M. Mercer, México, 2000.

En el 5% de los casos no se especifica si el tipo de plan contratado es asegurado o no asegurado.

El promedio de suma asegurada otorgada es de 476 SMGM con un deducible promedio de 1.66 SMGM y coaseguro del 10.3%.

Es importante mencionar que los valores anteriores, se dan para planes básicos, que en su mayoría los paga la empresa, adicionalmente, como se menciono anteriormente existen planes de exceso individual, que comienza el uso de su cobertura cuando un empleado agota por una enfermedad o accidente el plan básico.

En el plan de exceso individual, se encuentra que el pago de la prima correspondiente puede ser pagada o por la empresa o por el propio trabajador, siendo la segunda opción un plan opcional que ofrece una cobertura amplia con una prima accesible para el trabajador y extendiendo la cobertura a su familia.

Para este tipo de planes se encuentra en la muestra los siguientes niveles de beneficios: suma asegurada promedio: 601 SMGM; el promedio de deducible es de 249 SMGM y coaseguro de 6.53%; por lo que el plan de exceso en general empieza a ser utilizado después de gastar un promedio de 249 SMGM.

Los niveles mencionados fueron obtenidos con base en promedios, de acuerdo con la siguiente tabla, en la que se pueden observar las distinciones para los diferentes niveles de empleados dentro de la organización:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plan Básico

Concepto -	Ejecutivos	Empleados	Sindicato	Jubilados
Suma asegurada	587	403	224	446
Deducible	1.7	1.4	.5	1.4
Coaseguro	10%	10%	12%	19%

Plan de exceso individual

Concepto	Ejecutivos	Empleados	Sindicato	Jubilados
Suma asegurada	675	593	193	361
Deducible	261	244	No aplica	35
Coaseguro	7%	6%	7%	No aplica

Los montos anteriores de suma asegurada y deducible están dados en SMGM.

Así como el nivel de beneficio para altos y medios mandos es mayor, se puede observar que el monto del deducible y coaseguro para el personal sindicalizado es menor, ya que estos conceptos están basados en la capacidad económica de los empleados.

El 3% de las empresas hacen partícipes a los empleados en el costo del plan básico, la contribución aumenta con el exceso individual. En el caso de la cobertura para dependientes, el porcentaje de participación de los empleados que contribuyen es más alto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La incidencia de la participación de los empleados en la compra de excesos individuales es del 22%, debido a la cultura de previsión que se ha desarrollado durante los últimos años.

En el caso de los honorarios médicos el 92% de las empresas limitan el pago de acuerdo a lo siguiente: 36% lo hacen con base en una cantidad máxima de reembolso por honorarios, el 64% de acuerdo al costo usual y acostumbrado del lugar donde se reciba atención médica.

Así mismo, se observa que la preocupación de las empresas por sus empleados ha generado algunas coberturas adicionales como: maternidad, SIDA, padecimientos congénitos, cobertura en el extranjero, etc.

Es importante ver que las compañías aseguradoras junto con las empresas tienden a crear programas que fomenten la prevención y disminuyan los reclamos, con el fin de incidir en el uso del plan controlando costos y elevando el nivel de vida de los empleados.

Con respecto a los planes de medicina preventiva o gastos médicos menores, se observa que este beneficio ha incrementado su incidencia a través de los años y de la muestra tomada el 10% de las empresas tienen contratado este beneficio. Es muy palpable para los empleados y el costo no es muy alto debido al volumen de asegurados que se maneja.

La participación del empleado en este programa es significativa siendo que el 57% de las compañías cubren el costo al 100% y el otro 43% comparte el costo con los empleados.

TESIS CON
ESTA TIPOLOGÍA DE ORIGEN
DE LA FUENTE

3.3 EL IMPACTO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

3.3.1 EL IMPACTO ECONÓMICO PARA LA EMPRESA Y LA DEDUCIBILIDAD DE IMPUESTOS.

De acuerdo con estadísticas proporcionadas por la AMIS aproximadamente existen 13,000,000 de derecho habientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, y 2,800,000 mexicanos cuentan con un seguro de Gastos Médicos Mayores, lo que representa el 22% con relación a los derecho habientes.

De los asegurados totales 650,000 tienen contratado un seguro individual, el resto de esta cobertura es contratada a través de Grupo o Colectivo, por lo que menos del 1% de la población mexicana tiene acceso a un seguro médico privado pagándolo en forma individual, y el 2% de la población tiene un seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo o colectivo.

Ahora bien, con base en el informe de gobierno del 2000 aproximadamente el 1% de la población recibe atención médica particular anualmente (referente a Gasto Médico Mayor).

El costo promedio de la cobertura de Gastos Médicos Mayores anualmente por persona es de \$ 3,400 pesos en todos los ramos, de acuerdo a lo siguiente:

Individual: 6,200

Grupo: 2,400

Colectivo: 2,700

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se puede observar que el costo de la cobertura individual es un 158% más alto que un seguro de grupo y 130% mayor que el seguro colectivo, suponiendo que una familia contrate un seguro de GMM considerando a: padre, madre y dos hijos el costo ascendería a \$24,800 anualmente lo que equivale a 18.94 SMGM, por lo que únicamente las personas que tengan un nivel socioeconómico alto podrán adquirir este seguro, adicionalmente, la cobertura estará muy por debajo de la cobertura de un seguro colectivo y más aún de un seguro de grupo.

En el caso de las empresas, obteniendo un seguro para sus empleados pagaría por una familia en las condiciones antes descritas \$ 9,600.00 anualmente y los beneficios que obtendrían los asegurados serían mayores. La cobertura se refiere a un plan tradicional con condiciones generales, los programas con condiciones especiales varían notablemente su costo.

Se puede decir ahora que este es uno de los beneficios que impactan dentro de la empresa cuando otorga un seguro a sus empleados, obtiene mejores costos y condiciones.

3.3.2 EL IMPACTO EN COBERTURA PARA EL EMPLEADO.

Ahora bien, si la empresa se preocupa por sus empleados y su familia, no sólo se preocupa del costo del programa y de hacerlo deducible, también se preocupa por la situación económica del empleado y la familia ya que no esta adicionando \$9,600 en promedio anuales a sus empleados, si no que esta otorgando un beneficio mucho mayor por que de presentarse una contingencia la familia incurriría en un gasto severo y tendría que pagar de su propio bolsillo, lo anterior

se refiere a la suma asegurada por evento que tiene el empleado que va desde \$100,000 hasta sin limite dependiendo del tipo de plan.

Adicionalmente, los asegurados podrán acceder a medicina privada a un costo menor por los descuentos que se obtienen a través de la aseguradora.

En caso de requerir hospitalización, tendrán acceso rápido y de calidad superior que en una Institución de Salud Pública y no tendrán que esperar varios meses para poder ser programados para un estudio o cirugía que en ocasiones puede costar la vida de una persona.

Si la empresa así lo desea, también podrá crear y fomentar la cultura médica preventiva la cual tendrá costos preferenciales para la empresa y los empleados.

3.3.3 RECUPERACIÓN DEL GASTO EROGADO A TRAVÉS DE LA SINIESTRALIDAD.

Según los resultados de encuestas realizadas por la AMIS, actualmente el monto de siniestros para el beneficio del seguro de Gastos Médicos Mayores asciende al 80% sobre lo pagado anualmente, por lo que nos enfocaremos en dos puntos:

1. El beneficio para la aseguradora: El beneficio que tiene el mercado asegurador es del 20% sobre sus ingresos anuales por concepto de primas, lo cual no es neto, debido a los gastos de administración que tiene la misma, por lo que la ganancia es mínima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. El beneficio para la empresa: Aunque en promedio la empresa gasta el 80% de lo que paga en el seguro de GMM, en realidad también esta pagando beneficios adicionales y en forma particular no sería similar sin la intervención de una aseguradora o en casos autoadministrados un consultor de acuerdo con:

- a) El programa es administrado por la aseguradora y el consultor, lo que ya no es un costo adicional para la empresa y que puede ser considerado sobre el 20% de lo "no gastado"
- b) La Aseguradora brinda el servicio de médicos dictaminadores y especialistas en el ramo que pueden verificar que las reclamaciones sean procedentes.
- c) La aseguradora y/o la consultora cuentan con una red de médicos, los cuales dan costos preferenciales a los asegurados.
- d) Actualmente las aseguradoras dentro de su red Hospitalaria tienen descuento por volumen en diversos conceptos que van del 10% al 15%.

Los puntos b, c y d reflejan un descuento sobre la siniestralidad y por ende el costo que el programa tiene para la empresa es menor.

3.3.4 EL IMPACTO SOBRE EL RIESGO.

En el momento en que la empresa contrata un seguro de GMM y paga una prima por este, esta cediendo el riesgo a la aseguradora, por lo que aún cuando el promedio que gasta la empresa sobre la prima pagada es del 80%, se considera

"Análisis del impacto generado por el seguro de Gastos Médicos Mayores otorgado a los empleados en las organizaciones como parte de su programa de beneficios."

que el seguro cubre situaciones fortuitas, por lo que no en todos los casos la empresa se gasta únicamente el 80% o menos del 100%, lo que indica que sin contar con una cobertura de esta naturaleza, generaría el riesgo de una pérdida mayor a lo que la empresa puede soportar económicamente y tal vez podría

Siniestralidad Gastos Médicos Mayores 2000.

Estadísticas AMIS

Tipo de Seguro Contratado	Pólizas Contratadas	Suma Asegurada	Número de Asegurados	Prima Total Pagada	Número de reclamaciones presentadas	Monto total de siniestralidad
Gastos Médicos Mayores	292,522	1,786,863,130,126	2,784,827	7,026,478,274	331,749	5,938,838,132
Individual y/o Familiar	279,805	493,063,550,517	617,047	2,780,051,400	93,266	2,208,838,865
Grupo	6,155	596,815,702,629	1,045,985	1,818,282,917	100,996	1,526,738,368
Colectivo	6,762	696,983,876,980	1,121,795	2,428,143,957	137,487	2,203,260,899

perjudicar a los empleados en vez de ayudarlos.

En el cuadro anterior, se podrán observar las cifras reales de la siniestralidad del seguro de Gastos Médicos Mayores en el año 2000 y se clasifica de acuerdo con el tipo de contrato: individual y/o familiar, grupo y colectivo, siendo estos últimos los contratos por la empresa para sus empleados.

3.4 TENDENCIAS DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

"Hacia el tercer milenio, la expectativa de los programas de GMM en nuestro país cobrarán importancia, la creación de diversos programas será cada vez más común y la gente tendrá más opciones para cubrir sus crecientes necesidades médicas. Esto incluirá no sólo las zonas urbanas, sino ahora preponderantemente las zonas rurales y en general todo el país.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Las tendencias hacia la creación de programas de medicina preventiva serán cada vez más fuertes, ya que es mejor y mucho más barato prevenir que tratar de curar y restablecer la salud.

Se crearán programas de seguros para todas éstas necesidades, buscando productos accesibles y a costo razonable, para que puedan llegar a la población en general y no sólo a sectores selectos como hasta ahora ha ocurrido."⁽⁴⁰⁾

Habrà tendencia al control de costos limitando de alguna manera el pago de honorarios médicos, por lo cual el servicio de médicos y hospitales en convenio con las compañías aseguradoras, serán cada vez más utilizados, protegiendo a las empresas del riesgo y cediendo de diversas maneras el mismo y buscando controlar el costo que tiene esta prestación.

Con las distintas modalidades de los actuales programas y haciendo participes a los empleados en las coberturas adicionales, se observará un cambio de los planes haciendo tipos de planes flexibles, en los que el empleado podrá seleccionar las coberturas que más le convengan a él y a sus dependientes económicos.

⁽⁴⁰⁾ Revista Visión Actuarial, emitida por la Asociación Mexicana de Actuarios Consultores, A.C., artículo "Tendencias y expectativas de los planes de beneficios para empleados para el tercer milenio" Autor: act. Gerardo Howland González, México, 2000.

3.4.1 ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Una vez que se ha llevado a cabo el análisis de los factores que influyen en el seguro de GMM y con base en la información obtenida de las encuestas, se puede realizar un análisis de las tendencias del seguro de GMM haciendo uso de la planeación de escenarios, que ampliará la percepción del futuro del seguro de GMM para empresas, y apoyará a la revisión de los factores que se deberán tomar en cuenta para enfrentar el futuro.

Se consideran dos variables fundamentales:

- ✓ El capital humano – Aquellos empleados considerados como personas estratégicas dentro de la empresa que ayuden a cumplir con los fines y el éxito de la misma.
- ✓ Cultura médica preventiva – Se refiere a la cultura de la población en general de cuidar su salud y prevenir enfermedades catastróficas.

Así mismo las variables secundarias son:

- ✓ Costo del producto – La prima que se paga al momento de contratar un seguro, con el cual se cubre el riesgo de incurrir en gastos a consecuencia de una enfermedad y/o accidente para una persona.
- ✓ Tecnología médica – Se refiere al avance actual de la medicina y el costo de la misma.
- ✓ Marco legal – De acuerdo con lo estipulado en la LISR para las empresas que contratan un seguro de GMM para sus empleados y sobre los beneficios que éste último recibe del mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De lo anterior se pueden determinar los siguientes escenarios:

1er. Escenario - Optimista: En donde se da importancia al capital humano y existe preocupación por el bienestar del mismo lo que genera que cada vez más empresas otorguen el beneficio del seguro de GMM.

Así mismo desarrollo de nuevos y mejores productos y reducción de los costos con mayor demanda; facilidad legal para la empresa contratante y deducibilidad de las primas.

Incremento de la cultura médica a través de programas de medicina preventiva así como, tecnología medica más avanzada y a menor costo para la población.

2do. Escenario - Realista: En donde la importancia del capital humano es relevante otorgando el beneficio de GMM, a algunos niveles organizacionales generando que el crecimiento el producto sea constante y con mayor demanda.

La tecnología médica en continuo avance sin embargo, sólo tendrán acceso a ella las personas que tengan la capacidad de solventar el gasto o que cuenten con un seguro de GMM ya sea empresarial o individual; y la cultura médica preventiva continuará avanzando pero solo para ciertas clases sociales.

3er. Escenario – Pesimista: Existirá poca preocupación por el capital humano, sin embargo habrá poca cultura médica preventiva, por lo que el desarrollo de nuevos productos se verá obstaculizado.

La tecnología médica continuará avanzando sin embargo seguirá siendo utilizada para curar y no para prevenir la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCENARIO OPTIMISTA

Variable Involucrada	SITUACIÓN ESPERADA		
	2005 30%	2010 35%	2020 40%
Capital Humano	Mayor importancia al capital humano y el beneficio se otorga a niveles medios y altos. El beneficio es un 40% mayor para ejecutivos.	Las empresas consideran que el capital humano es uno de los elementos más importantes para el éxito del negocio y se preocupan por su bienestar. El beneficio es 30% mayor para ejecutivos.	El capital humano es considerado como un elemento clave en el desarrollo y crecimiento de las empresas. El beneficio se incrementa y la diferencia entre medios y altos mandos es del 26%.
Medicina Preventiva	Existe preocupación por la salud, la contratación de los programas de medicina preventiva en las empresas que cuentan con el seguro de GMM es del 13% y se utiliza como complemento al SGMM.	La cultura de la prevención crece y los programas preventivos son contratados tanto por empresas como en forma individual, el crecimiento en estos productos es hasta el 20%, adicional a los que ya se tenían contratados.	Se realizan con mayor frecuencia revisiones médicas, se considera que en este año al menos el 50% de las empresas que contraten seguros de GMM también contarán con planes de gastos médicos menores.
Tecnología médica	El avance de la medicina continua otorgando beneficios a la población. El incremento en este año en servicios médicos es del 6.5% y es sólo ligeramente mayor inflación.	La tecnología médica tiene mayor crecimiento y el costo de los servicios médicos incrementa anualmente sobre la base de la inflación la cual se mantiene en un promedio de 5% anualmente.	El avance en la tecnología médica tiene un crecimiento importante, sin embargo, el costo no aumenta en forma similar y se mantiene constante de acuerdo con la inflación, 4.5%.
Costo del producto	De acuerdo al incremento en la Tecnología Médica y la siniestralidad del ramo, el costo incrementa en 10% sobre primas netas en general.	El costo del seguro continua siendo mayor a la inflación y tiene un crecimiento del 8% anual ya que adicionalmente el control de la siniestralidad es apoyado con mejores convenios con médicos y hospitales.	Se tendrá control sobre los gastos hospitalarios y médicos, apoyado por la cultura de prevención; la siniestralidad de las pólizas se estabilizará y el costo de los programas incrementa en 5% anualmente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESCENARIO REALISTA

Variable Involucrada	SITUACIÓN ESPERADA		
	2005 45%	2010 40%	2020 40%
Capital Humano	Se da importancia al capital humano y el beneficio se otorgará a niveles medios y altos, El beneficio es 42 % mayor para altos mandos.	Las empresas consideran que el capital humano es un elemento importante para el éxito del negocio y se preocupan por su bienestar, existe una diferencia del 37% en beneficios entre medios y altos mandos.	Empresas pequeñas otorgarán la prestación a niveles ejecutivos altos y empresas grandes a niveles medios en adelante. La diferencia en beneficios es del 25%.
Medicina Preventiva	Las personas se preocupan por su salud y la de su familia y la contratación de programas de prevención continúa sin grandes cambios siendo el porcentaje de contratación del 10%. siendo similar al de la actualidad, El beneficio es utilizado por los empleados al 50% de su objetivo.	La contratación de planes de medicina preventiva crece dada la preocupación de las empresas, los empleados participan en un 50% la contratación crece del 10% al 15%.	El crecimiento de la medicina preventiva es mayor el 35% de las empresas complementan el SGMM con un programa de gastos médicos menores.
Tecnología médica	El avance en la medicina sigue en desarrollo y otorga beneficios a la población. El costo continúa siendo alto siendo 45% más que la inflación y el servicio privado se limita a aquellas personas con la suficiente solvencia económica o para aquellos que tienen la posibilidad de contar con un SGMM.	La tecnología médica tiene mayor crecimiento y es más accesible a la población en general, sin embargo el costo al acceso de la misma es 30% mayor que la inflación.	El avance en la tecnología médica tiene un crecimiento importante, y el costo aunque sigue siendo mayor a la inflación no rebasa el 15% lo que apoya al desarrollo del seguro y este beneficio se extiende a otros niveles organizacionales.
Costo del producto	El costo del producto se incrementa anualmente 15% debido al costo en la tecnología médica y la falta de cultura de prevención.	El costo del seguro es mayor a la inflación debido al comportamiento de la tecnología médica, la siniestralidad y la aún carente cultura de prevención, sin embargo, el costo es más estable e incrementa 12% anualmente.	Mayor control sobre gastos hospitalarios y médicos aunque con algunas variantes en medicina de especialidad. El costo del programa incrementa 8% anualmente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCENARIO PESIMISTA

Variable Involucrada	SITUACIÓN ESPERADA		
	2005 25%	2010 25%	2020 20%
Capital Humano	El capital humano es importante pero no relevante para las empresas, se otorgará el beneficio sólo a altos mandos y en ocasiones a medios mandos. La diferencia en beneficios es del 50%.	Se continúa otorgando beneficios sólo a ciertos niveles organizacionales sobre todo a puestos de confianza como directivos y sus familias, no siendo similar para los demás empleados. La diferencia en beneficios es del 55%.	Las empresas grandes darán beneficios a sus empleados de confianza y dependientes económicos, empresas pequeñas continuarán dando ciertos beneficios a los empleados de niveles altos, no siendo similar para otros empleados. La diferencia es del 60%.
Medicina Preventiva	Las personas se preocupan por su salud, sin embargo, la cultura de prevención no tendrá mayor avance y los programas de gastos médicos menores no crecerán dentro del mercado lo que afectará directamente la siniestralidad de las pólizas de GMM. La contratación de estos programas es del 10%.	La contratación de planes de medicina preventiva crece dada la preocupación de las empresas, sin embargo, no es similar por parte del empleado, por lo que este tipo de beneficio no es bien utilizado y sólo representa un gasto para la empresa. Los programas crecen del 10% al 12%.	Sólo los empleados de medios y altos mandos se preocupan por la prevención por lo que el crecimiento en los seguros preventivos es muy limitado y sólo se otorgan a algunas personas. El crecimiento es del 15%.
Tecnología médica	El avance en la medicina continua sin embargo sólo parte de la población obtiene beneficios. El costo es alto y poco alcanzable para la población. El incremento sobre la inflación es mayor al 50%, aproximadamente, 8% anualmente.	Mayor crecimiento en la tecnología médica, gran avance en el control de enfermedades terminales, sin embargo, debido al costo, no todas las personas tendrán acceso a la misma. El incremento es 60% mayor a la inflación.	Crecimiento en la tecnología médica, mayor esperanza de vida, el acceso es limitado debido al costo, algunas personas tienen acceso a este beneficio a través de la seguridad social y/o a través de un seguro. El incremento es 80% mayor a la inflación.
Costo del producto	Las primas crecen cuatro veces más que la inflación normal debido a la inflación médica y la siniestralidad. El incremento anual es del 20%.	Las primas de seguros de GMM incrementan en 25% debido a la inflación médica, la falta de cultura de prevención y la alta siniestralidad.	El costo de los programas sigue incrementando entre 4 y 5 veces más que la inflación, por lo que este tipo de beneficios sólo podrá ser otorgado por empresas con suficiente capital, incremento del 30%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

En la evaluación del seguro de Gastos Médicos Mayores se debe de considerar los recursos de la empresa, tipo de empleados, y las variables que afectan como el marco legal, el mercado asegurados, etc.

Cuando una empresa se preocupa por sus empleados, esta buscando entre otras cosas ser un empleador preferente, por lo que el seguro de Gastos Médicos Mayores como parte del paquete de compensaciones apoya a este objetivo.

Para dar inicio a un programa de GMM se recomienda considerar los datos obtenidos de las encuestas sobre beneficios al personal consultadas en la elaboración de este trabajo con el fin de tener un parámetro para los niveles de beneficio que sean funcionales de acuerdo con los gastos médicos y hospitalarios actuales y que realmente generen un beneficio al empleado y no un beneficio incompleto. Actualmente el nivel óptimo de beneficio es de aproximadamente 500 SMGM, que se considera un monto con el cual se tiene una buena cobertura, cabe aclarar que existen desviaciones en aquellos casos considerados catastróficos.

Se puede decir también que las empresas no sólo buscan apoyar a los empleados en los gastos que tienen a consecuencia de costos médicos, también se interesan en la prevención de la salud y con ello pueden apoyar al seguro de GMM en la detección oportuna de enfermedades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con el objetivo de este capítulo, el impacto del seguro de GMM se ve reflejado en diversos aspectos, se analizan en forma separada obteniendo lo siguiente:

La empresa paga una prima, la cual es deducible de impuestos, siempre y cuando se apegue a las disposiciones fiscales.

El beneficio que se obtiene en cuanto a costo respecto a un seguro individual puede ser hasta del 130% menor ya que los planes de grupo son más económicos.

También es práctica común en el seguro individual la selección de riesgos (se verifica la salud del posible asegurado), lo que no ocurre en el seguro de Grupo, siendo que aún cuando los empleados tengan algún padecimiento, es posible que tenga cobertura, esto depende del tipo de contrato que se tenga.

Las coberturas para el seguro de GMM en grupo son mejores que en un programa individual, se pueden mencionar como ejemplo los padecimientos preexistentes.

Con respecto al gasto que realiza la empresa, de acuerdo a estadísticas de la AMIS, el 80% de la prima pagada es ocupada para el pago de reclamaciones, así mismo, la siniestralidad de la empresa no sería igual si no contará con el respaldo de una aseguradora, ya que los hospitales en algunos conceptos dan descuentos de hasta el 15%, así mismo, las aseguradoras cuentan con redes de prestadores de servicios como médicos y laboratorios que dan precios preferentes, lo que apoya directamente a un control en la siniestralidad y por ende a un control del costo del producto.

De igual forma, se puede hablar del impacto en la salud, refiriéndonos en forma exclusiva a la salud del empleado y/o algún integrante de la familia, es decir, en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

momento que el empleado recibe el beneficio de la medicina privada, la recuperación de la salud se da en un tiempo menor, lo que puede apoyar en la detección temprana de enfermedades y por ende un tratamiento oportuno y reducción en los costos médicos.

Como se podrá observar en general el impacto que tiene este beneficio no se puede medir en forma cuantitativa, debido a que el beneficio que se obtiene depende de cada empresa y cada empleado derivado del cambio de las condiciones laborales.

Finalmente, la tendencia de los seguros de GMM como parte del programa de beneficios, va enfocada a apoyar al capital humano, así como a la contratación de planes de medicina preventiva que actualmente es del 10% y el costo del programa será más alcanzable creciendo en 15% anualmente y en un futuro se espera que el incremento sea igual a la inflación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE CONSULTA

"Planificación de la empresa del futuro"

Autor: ACKOFF, Russell L.

Editorial Limusa

México

"Escenarios"

Autor: Kees Van Der Heijden

Ed. Panorama

México, 1998.

Visión Actuarial (Revista)

Asociación Mexicana de Actuarios Consultores (AMAC)

Año 2 No. 9

México D. F., 2000.

Visión Actuarial (Revista)

Asociación Mexicana de Actuarios Consultores (AMAC)

Año 4 No. 10

México D. F., 2001.

Encuesta: Prácticas de mercado sobre beneficios al personal,

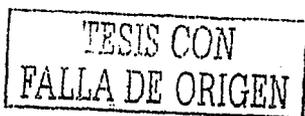
Mercer Human Resource Consulting

México, 2000.

Encuesta de beneficios al personal de las empresas

Asociación Mexicana de Actuarios Consultores, A.C.,

México, 1999.



CONCLUSIONES GENERALES

En el naciente siglo no se hablará sólo de fuerza de trabajo ya que además se incluirá el concepto de capital humano, es decir el hombre visto como persona a través de sus valores y conocimientos, y dada la importancia que las empresas mexicanas dan al capital humano, se busca compensar a través de beneficios adicionales como el seguro de GMM.

En la actualidad del 100% de las empresas que otorgan esta prestación 41% son de origen americano, 40% mexicano, 18% europeo y 1% japonés, lo que indica que la globalización genera un impacto en la cultura empresarial, ya que la cultura de las empresas extranjeras tiene influencia sobre las costumbres de la empresa mexicana derivada de la competencia de retener a empleados talentosos lo que y genera una tendencia hacia la contratación de la prestación, por las empresas mexicanas.

Como se observa en el desarrollo del presente trabajo, la LFT determina que las empresas en México deben otorgar a los empleados diversos beneficios adicionales a su sueldo mensual, como son aguinaldo, vacaciones, prima vacacional, reparto de utilidades, seguro social, INFONAVIT y AFORE, así mismo algunas empresas otorgan otros beneficios a sus empleados como son: fondo de ahorro, vales de despensa, seguro de vida, gastos médicos mayores, etc.

El seguro de GMM considerado como parte de un programa de compensaciones y beneficios, surge ante la necesidad de un apoyo económico por gastos erogados en la recuperación de la salud. Adicionalmente la insuficiencia de coberturas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los esquemas de Seguridad Social conlleva a la necesidad de que las empresas y los empleados tengan mayor responsabilidad en las coberturas de previsión social y beneficios, sin embargo, los costos de medicina privada han incrementado en los últimos 7 años un 11% por arriba de la inflación oficial es decir el 105% por lo que la población en general no tiene acceso a los servicios médicos y que genera en forma directa el incremento en el seguro de GMM tanto individual como de grupo.

Dada la importancia del beneficio de GMM se recomienda el uso de la planeación permanente en el desarrollo y uso del programa y se deberán considerar los factores que influyen en el costo, como el nivel de beneficio, suma asegurada, tipo de administración, riesgo de trabajo, inflación del sector salud, avance tecnológico en la medicina, edad y sexo de la población, tipo de plan, entre otros, así mismo se deberá llevar a cabo la continua revisión del marco legal que opere al momento de la contratación del seguro ya sea un programa nuevo o renovación del actual.

A lo anterior, se puede observar que a través de los años se han creado diversas alternativas para la contratación de programas para empresas, entre los cuales el más utilizado es el asegurado ya que 80% de las empresas que cuentan con el beneficio lo contratan ya que se transfiere el riesgo en su totalidad a la Institución de Seguros, el 20% restante se divide entre los programas como el flujo de efectivo, el autofinanciado y otros. Se encuentran diferencias en estos programas que de acuerdo al tipo de empresa y las necesidades de protección y financieras influyen en la toma de decisión en el programa de GMM

También se han creado programas complementarios al plan básico como el seguro de exceso de pérdida o el de exceso individual cuyo costo representa un

porcentaje sobre la prima básica y que aumenta en gran medida la cobertura siendo contratados por el 74% de las empresas y haciendo participe al empleado en un 23.1%.

Como información adicional se encuentra el seguro de medicina preventiva que es un programa complementario al seguro de GMM que cubre gastos por accidentes o enfermedades menores, se puede decir que el 10% de las empresas que contratan el beneficio de GMM complementan su programa con el seguro de gastos médicos menores y un 23% contratan programas como dental y visión, estos seguros han incrementado su incidencia a través de los años y se espera un mayor crecimiento.

Adicionalmente, el 21.8% de las empresas que otorgan la prestación han hecho participe a los empleados en el costo de los beneficios que otorgan, y se han creado para diferentes empresas programas complementarios que buscan elevar el beneficio y el beneficio con respecto a niveles ejecutivos y no ejecutivos varía en 37.3%.

Ahora bien, el impacto que genera el seguro de Gastos Médicos Mayores dependerá en gran medida de cada empresa, sin embargo, en forma general el impacto que se observa va ligado de acuerdo con el beneficio que obtienen los empleados, ya que una empresa que otorga esta prestación incurre en un gasto el cual es deducible de impuestos para la empresa y que garantiza la protección de los empleados y su familia en caso de que tengan gastos médicos que por si sólo un empleado no podría soportar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En general, el impacto de este beneficio no se puede medir cuantitativamente, sin embargo, se pueden observar los beneficios que se obtienen, como la obtención de mejores coberturas en el seguro de grupo que las coberturas del seguro individual, el empleado tiene acceso a la tecnología médica en un tiempo óptimo y a un costo alcanzable para él mismo ya que el seguro se hace cargo de los gastos en que incurre el asegurado para recuperar la salud, adicional a que el empleado se sentirá respaldado lo que generará que en su ambiente laboral continúe siendo productivo y que tenga en mente que se encuentra en una empresa que se preocupa por él y su familia.

Así mismo, en general las empresas ocupan a través del pago de siniestros el 80% de la prima pagada y el 20% restante no se considera pérdida ya que se utiliza para gastos de administración de la aseguradora y adicionalmente tiene un control de la siniestralidad, los costos son disminuidos por los convenios que tiene el prestador de servicios los cuales no podrían ser adquiridos en forma individual y la seguridad de que en caso de una desviación en la siniestralidad la aseguradora se hará cargo al respecto, por lo que es importante que en los programas Autofinanciados y de flujo de efectivo se contraten coberturas adicionales como el exceso individual y el exceso de pérdida.

Se espera que en un futuro surjan programas flexibles que se adecuen a las necesidades de la empresa y sus empleados buscando productos accesibles y a costo razonable que puedan ser alcanzados por la población en general. Los programas flexibles de beneficio, requieren ser analizados en otro tema de investigación, dado su alcance y complejidad.

Ahora bien, el mundo esta atravesando por un conflicto que afecta todos los ámbitos, se escucha todos los días acerca de la guerra que impera en medio oriente, lo que indica que existirá crisis económica y siendo que actualmente sólo una empresa aseguradora en México es de origen nacional la inversión de capital podría verse afectada siendo mínima, lo que afectará directamente a los seguros de GMM, ya que las aseguradoras se verán más exigentes con coberturas y pago de reclamaciones, así como el costo del este producto puede encarecer y la población tendrá menos posibilidades de obtener una cobertura, así mismo, una crisis económica afecta no sólo a las aseguradoras sino al resto de las empresas, por lo que el poder adquisitivo de las mismas se vería disminuido y por ende la contratación de éstos planes para los empleados puede verse reducida.

Finalmente, con base en el análisis de escenarios, y la situación mundial actual, se espera que las empresas continúen otorgando el beneficio de GMM a sus empleados y que el crecimiento sea constante, sin embargo, se continuará haciendo diferencias entre niveles organizacionales, siendo otorgados mejores beneficios a altos mandos y la población en general continuará en la situación actual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

Accidente: Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es). No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el asegurado.

Coaseguro: Porcentaje aplicado al total de gastos cubiertos derivados de un padecimiento, después de descontar el deducible. Dicho porcentaje quedará a cargo del Asegurado y será aplicado en cada gasto procedente.

Contratante: Personal moral responsable del pago de la prima de seguro de la Aseguradora.

Deducible: Límite inicial mínimo a cargo del Asegurado por cada padecimiento. EL seguro cubre los gastos procedentes a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza.

Dependientes Económicos: El cónyuge del asegurado principal y sus hijos. Si el asegurado principal es soltero, sus padres serán considerados dependientes económicos siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación.

Empleado: Es aquella persona que presta sus servicios a una empresa y por lo cual recibe un beneficio o pago por el tiempo y esfuerzo que dedica para desarrollar sus actividades, de acuerdo a los resultados que obtiene el contratante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud del Asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite Tratamiento Médico y/o Quirúrgico.

Escenarios: Son el mejor lenguaje disponible para la conversación estratégica. Historias que describen los estados actual y futuro del entorno empresarial Son un conjunto de futuros razonablemente plausibles, pero diferentes desde el punto de vista estructural.

Escenarios externos: se derivan de los modelos mentales compartidos y convenidos del mundo externo. Descripciones de los futuros posibles, pretenden representar los rangos de posibles desarrollos futuros y los resultados en el mundo externo.

Escenarios internos: pertenecen a una persona, son menos completos pero consistentes a nivel interno. Es una línea causal de argumentos "si hago esto, entonces ocurrirá esto otro, que llevará a eso". Son normativos

Seguro de Gastos Médicos Mayores: Contrato entre aseguradora y asegurado, en la que el asegurado transfiere el riesgo económico a una aseguradora derivado por los gastos generados a causa de un accidente o enfermedad cubiertos por el programa.

Prima: Monto que corresponde a cada uno de los asegurados de acuerdo a su sexo, edad y cobertura del plan contratado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Programa de beneficios y/o plan de Beneficios: Es el plan o paquete de prestaciones que determina una empresa como apoyo adicional al sueldo de los trabajadores, integrado de diferentes tipos de beneficios.

Seguro de Grupo: El seguro de grupo es aquel que contrata un patrón con una institución de seguros para que sus empleados cuenten con el beneficio de la cobertura de Gastos Médicos Mayores. De esta forma el contratante decide las condiciones de contratación del seguro y paga el 100 % de las primas.

Suma Asegurada: Pago máxima a cargo de la Aseguradora para cada enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Faint, illegible text covering the upper portion of the page, possibly bleed-through from the reverse side.

Faint, illegible text covering the lower portion of the page, possibly bleed-through from the reverse side.



INCREMENTO MENSUAL DEL INDICE GENERAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.76%	4.24%	5.90%	7.97%	4.18%	3.17%	2.04%	1.66%	2.07%	2.06%	2.47%	3.26%	3.56%	1995
1996	3.59%	2.33%	2.20%	2.84%	1.82%	1.63%	1.42%	1.33%	1.60%	1.25%	1.52%	3.20%	2.06%	1996
1997	2.57%	1.68%	1.24%	1.08%	0.91%	0.89%	0.87%	0.89%	1.25%	0.80%	1.12%	1.40%	1.23%	1997
1998	2.18%	1.75%	1.17%	0.94%	0.80%	1.18%	0.96%	0.96%	1.62%	1.43%	1.77%	2.44%	1.43%	1998
1999	2.53%	1.34%	0.93%	0.92%	0.60%	0.66%	0.66%	0.56%	0.97%	0.63%	0.89%	1.00%	0.97%	1999
2000	1.34%	0.89%	0.55%	0.57%	0.37%	0.59%	0.39%	0.55%	0.73%	0.69%	0.86%	1.08%	0.72%	2000
2001	0.55%	-0.07%	0.63%	0.50%	0.23%	0.24%	-0.26%	0.59%	0.93%	0.45%	0.38%	0.14%	0.36%	2001
2002	0.92%	-0.06%	0.51%	0.55%	0.20%	0.49%	0.29%	0.38%	0.60%	0.44%	0.81%	0.44%	0.46%	2002
2003	0.40%												0.40%	2003

INDICE GENERAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR ANUALIZADO

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	10.23%	14.31%	20.43%	29.39%	34.15%	37.72%	39.91%	41.57%	43.48%	45.66%	48.46%	51.97%	34.77%	1995
1996	51.72%	48.95%	43.75%	36.93%	33.83%	31.82%	31.03%	30.60%	30.00%	28.97%	27.77%	27.70%	35.26%	1996
1997	26.44%	25.64%	24.46%	22.33%	21.23%	20.35%	19.70%	19.18%	18.76%	18.24%	17.77%	15.72%	20.82%	1997
1998	15.27%	15.35%	15.27%	15.10%	14.97%	15.31%	15.41%	15.50%	15.92%	16.65%	17.41%	18.61%	15.90%	1998
1999	19.02%	18.54%	18.26%	18.23%	18.01%	17.39%	17.04%	16.58%	15.83%	14.91%	13.92%	12.32%	16.67%	1999
2000	11.02%	10.52%	10.11%	9.73%	9.48%	9.41%	9.12%	9.10%	8.85%	8.91%	8.87%	8.96%	9.51%	2000
2001	8.11%	7.09%	7.17%	7.11%	6.95%	6.57%	5.88%	5.93%	6.14%	5.89%	5.39%	4.40%	6.39%	2001
2002	4.79%	4.79%	4.66%	4.70%	4.68%	4.94%	5.51%	5.29%	4.95%	4.94%	5.39%	5.70%	5.03%	2002
2003	5.16%												5.16%	2003

INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN SERVICIOS DE SALUD

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.33%	6.0%	4.0%	6.5%	5.13%	3.27%	1.73%	2.71%	2.11%	1.66%	2.27%	2.40%	3.42%	1995
1996	2.40%	2.20%	1.69%	1.20%	1.75%	2.64%	1.32%	0.99%	1.42%	1.52%	0.90%	1.85%	1.66%	1996
1997	3.88%	2.64%	1.40%	1.20%	1.41%	1.25%	1.06%	0.75%	0.78%	0.85%	0.85%	1.35%	1.45%	1997
1998	2.37%	2.21%	1.35%	1.98%	1.56%	1.03%	0.86%	1.09%	1.23%	1.14%	1.21%	2.34%	1.53%	1998
1999	2.88%	2.06%	2.69%	1.35%	1.45%	0.90%	0.66%	1.10%	1.51%	0.54%	0.78%	0.82%	1.40%	1999
2000	1.66%	1.63%	1.03%	0.55%	0.47%	0.53%	0.78%	0.69%	0.63%	0.54%	0.70%	1.16%	0.86%	2000
2001	0.95%	2.30%	1.58%	0.58%	0.85%	0.37%	0.20%	0.34%	0.30%	0.63%	0.12%	0.54%	0.73%	2001
2002	0.85%	1.04%	0.60%	0.82%	0.62%	0.39%	0.34%	0.56%	0.40%	0.41%	0.32%	0.29%	0.55%	2002
2003	0.75%												0.75%	2003

INDICES DE INFLACION EN SERVICIOS DE SALUD ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	14.62%	19.50%	22.03%	27.95%	33.72%	37.17%	38.50%	41.64%	43.43%	45.17%	47.59%	49.57%	35.07%	1995
1996	48.21%	42.88%	39.73%	32.81%	28.55%	27.76%	27.24%	25.10%	24.25%	24.09%	22.42%	21.76%	30.40%	1996
1997	23.53%	24.06%	23.71%	23.71%	23.29%	21.63%	21.32%	21.03%	20.26%	19.46%	19.40%	18.81%	21.68%	1997
1998	17.09%	16.61%	16.55%	17.45%	17.62%	17.37%	17.14%	17.53%	18.06%	18.40%	18.82%	19.99%	17.72%	1998
1999	20.58%	20.40%	21.99%	21.23%	21.09%	20.93%	20.69%	20.69%	21.03%	20.32%	19.80%	18.02%	20.56%	1999
2000	16.62%	16.13%	14.25%	13.35%	12.26%	11.85%	11.99%	11.54%	10.57%	10.57%	10.48%	10.86%	12.54%	2000
2001	10.09%	10.82%	11.42%	11.45%	11.87%	11.69%	11.05%	10.66%	10.31%	10.40%	9.76%	9.10%	10.72%	2001
2002	8.99%	7.64%	6.61%	6.87%	6.62%	6.64%	6.79%	7.02%	7.13%	6.90%	7.12%	6.85%	7.10%	2002
2003	6.74%												6.74%	2003

104

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN MEDICAMENTOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.3%	5.0%	3.2%	4.9%	8.54%	6.31%	3.44%	5.40%	4.79%	3.89%	3.73%	3.34%	4.66%	1995
1996	2.20%	2.98%	3.69%	1.97%	2.15%	3.00%	2.99%	2.15%	2.89%	2.17%	1.68%	3.11%	2.58%	1996
1997	3.32%	2.52%	2.01%	2.18%	2.39%	2.04%	1.85%	1.62%	1.08%	1.44%	1.27%	1.55%	1.94%	1997
1998	1.67%	1.57%	1.81%	1.64%	1.71%	1.86%	1.54%	2.35%	2.16%	2.35%	2.75%	2.75%	1.96%	1998
1999	2.60%	2.64%	3.17%	1.96%	2.64%	1.04%	0.80%	1.09%	0.82%	0.93%	1.45%	1.00%	1.68%	1999
2000	0.92%	0.83%	1.06%	0.50%	0.87%	0.56%	1.11%	0.93%	0.70%	0.36%	0.95%	1.18%	0.83%	2000
2001	0.92%	0.75%	0.79%	0.39%	0.43%	-0.02%	0.50%	0.10%	-0.36%	0.25%	0.03%	0.61%	0.37%	2001
2002	0.43%	0.26%	0.40%	0.26%	0.66%	0.98%	0.61%	0.77%	0.59%	0.66%	0.30%	0.25%	0.51%	2002
2003	0.41%												0.41%	2003

INDICES DE INFLACION EN MEDICAMENTOS ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	19.97%	23.42%	26.55%	31.53%	41.54%	48.04%	49.71%	55.79%	61.28%	65.69%	69.82%	72.42%	47.15%	1995
1996	70.59%	67.27%	68.12%	63.35%	53.73%	48.93%	48.30%	43.72%	41.12%	38.78%	36.04%	35.75%	51.31%	1996
1997	37.24%	36.63%	34.42%	34.70%	35.01%	33.75%	32.26%	31.58%	29.26%	28.34%	27.82%	25.88%	32.24%	1997
1998	23.87%	22.72%	22.48%	21.83%	21.03%	20.82%	20.46%	20.61%	22.13%	22.99%	24.79%	26.27%	22.50%	1998
1999	27.42%	28.76%	30.48%	30.89%	32.08%	31.02%	30.06%	29.22%	27.29%	25.76%	24.17%	22.06%	28.27%	1999
2000	20.06%	17.94%	15.53%	13.88%	11.92%	11.38%	11.72%	11.55%	11.41%	10.78%	10.23%	10.43%	13.07%	2000
2001	10.42%	10.33%	10.03%	9.92%	9.44%	8.80%	8.15%	7.25%	6.13%	6.02%	5.05%	4.45%	8.00%	2001
2002	3.95%	3.45%	3.05%	2.92%	3.16%	4.19%	4.30%	5.00%	5.99%	6.42%	6.72%	6.34%	4.62%	2002
2003	6.31%												6.31%	2003

INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN SERVICIOS MEDICOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.34%	6.3%	4.1%	7.0%	4.19%	2.26%	1.37%	1.66%	1.20%	0.86%	1.55%	1.90%	2.98%	1995
1996	2.55%	1.87%	0.90%	0.86%	1.59%	2.64%	0.65%	0.49%	0.79%	1.30%	0.51%	1.28%	1.29%	1996
1997	4.34%	2.79%	0.97%	0.77%	0.92%	0.86%	0.68%	0.33%	0.64%	0.56%	0.66%	1.29%	1.23%	1997
1998	2.83%	2.60%	0.93%	2.23%	1.54%	0.64%	0.51%	0.79%	0.66%	0.60%	0.40%	1.99%	1.31%	1998
1999	3.11%	1.78%	2.46%	1.02%	0.79%	0.83%	0.59%	1.12%	1.97%	0.32%	0.38%	0.73%	1.26%	1999
2000	2.16%	2.15%	1.04%	0.60%	0.26%	0.51%	0.63%	0.53%	0.40%	0.64%	0.54%	1.06%	0.88%	2000
2001	0.97%	3.35%	2.07%	0.71%	1.16%	0.56%	0.18%	0.33%	0.67%	0.84%	0.23%	0.54%	0.97%	2001
2002	1.11%	1.27%	0.64%	1.06%	0.58%	-0.10%	0.23%	0.50%	0.29%	0.30%	0.27%	0.26%	0.53%	2002
2003	0.94%												0.94%	2003

INDICES DE INFLACION EN SERVICIOS MEDICOS ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	12.95%	18.28%	20.47%	26.75%	31.39%	33.86%	35.31%	37.32%	37.98%	38.87%	40.46%	41.99%	31.30%	1995
1996	40.90%	34.98%	30.84%	23.29%	20.21%	20.65%	19.80%	18.42%	17.94%	18.46%	17.24%	16.53%	23.27%	1996
1997	18.57%	19.63%	19.71%	19.61%	18.83%	16.77%	16.80%	16.62%	16.44%	15.60%	15.77%	15.78%	17.51%	1997
1998	14.10%	13.90%	13.84%	15.50%	16.21%	15.97%	15.77%	16.30%	16.33%	16.37%	16.06%	16.87%	15.60%	1998
1999	17.19%	16.25%	18.02%	16.62%	15.97%	15.75%	16.06%	16.43%	17.94%	17.61%	17.59%	16.14%	16.80%	1999
2000	15.06%	15.49%	13.89%	13.41%	12.82%	12.46%	12.50%	11.85%	10.13%	10.49%	10.66%	11.02%	12.48%	2000
2001	9.73%	11.01%	12.14%	12.26%	13.27%	13.32%	12.82%	12.59%	12.90%	13.12%	12.77%	12.19%	12.34%	2001
2002	12.35%	10.10%	8.55%	8.92%	8.30%	7.58%	7.63%	7.83%	7.41%	6.83%	6.88%	6.59%	8.25%	2002
2003	6.41%												6.41%	2003

105

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN CONSULTAS MEDICAS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.6%	4.1%	4.5%	4.7%	4.47%	2.81%	1.20%	2.59%	1.73%	0.68%	1.70%	1.36%	2.79%	1995
1996	2.44%	1.11%	0.79%	0.80%	0.92%	3.05%	0.50%	0.75%	0.67%	0.60%	0.48%	1.39%	1.13%	1996
1997	3.92%	2.08%	0.91%	0.32%	0.69%	0.32%	0.12%	0.08%	0.71%	0.41%	0.61%	1.37%	0.96%	1997
1998	2.57%	3.31%	1.44%	3.68%	1.68%	0.58%	0.25%	0.98%	0.36%	0.16%	0.27%	1.24%	1.38%	1998
1999	4.37%	2.29%	3.01%	1.04%	0.36%	0.59%	0.56%	0.79%	3.24%	0.28%	0.12%	0.55%	1.43%	1999
2000	2.16%	1.23%	1.17%	0.32%	0.15%	0.82%	0.83%	0.42%	0.54%	0.09%	-0.08%	0.81%	0.71%	2000
2001	1.13%	3.44%	2.42%	0.89%	1.24%	0.54%	0.22%	0.14%	0.64%	0.34%	0.36%	0.15%	0.96%	2001
2002	1.08%	1.12%	0.70%	1.71%	0.67%	-0.38%	0.34%	0.61%	0.35%	0.49%	0.48%	0.54%	0.64%	2002
2003	1.49%												1.49%	2003

INDICES DE INFLACION EN CONSULTAS MEDICAS ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	16.40%	18.38%	19.02%	21.61%	26.45%	29.60%	30.92%	34.21%	35.19%	35.84%	37.43%	39.00%	28.67%	1995
1996	37.44%	33.46%	28.69%	23.88%	19.68%	19.96%	19.13%	17.00%	15.79%	15.69%	14.30%	14.34%	21.61%	1996
1997	15.99%	17.09%	17.24%	16.68%	16.42%	13.34%	12.92%	12.16%	12.20%	11.99%	12.14%	12.11%	14.19%	1997
1998	10.66%	11.99%	12.58%	16.35%	17.49%	17.80%	17.94%	19.00%	18.59%	18.30%	17.89%	17.73%	16.36%	1998
1999	19.80%	18.63%	20.46%	17.39%	15.87%	16.23%	16.01%	19.34%	19.48%	19.31%	18.50%	18.07%	18.07%	1999
2000	15.99%	14.78%	12.72%	11.92%	11.68%	12.04%	12.35%	11.93%	9.00%	8.80%	8.58%	8.86%	11.55%	2000
2001	7.76%	10.11%	11.48%	12.11%	13.34%	12.92%	12.22%	11.92%	12.03%	12.31%	12.80%	12.07%	11.76%	2001
2002	12.02%	9.51%	7.67%	8.55%	7.93%	6.94%	7.07%	7.58%	7.27%	7.42%	7.56%	7.97%	8.12%	2002
2003	8.40%												8.40%	2003

INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN INTERVENCION QUIRURGICA

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	2.39%	3.7%	1.9%	9.3%	5.33%	1.79%	2.11%	0.66%	0.55%	0.71%	1.42%	2.01%	2.66%	1995
1996	1.54%	1.35%	1.27%	0.71%	2.92%	0.63%	0.37%	0.13%	0.56%	3.54%	0.58%	0.98%	1.21%	1996
1997	5.22%	5.26%	1.75%	0.83%	0.75%	1.05%	0.58%	0.48%	0.60%	1.23%	1.44%	0.75%	1.66%	1997
1998	4.01%	2.43%	0.60%	2.32%	1.67%	0.82%	0.58%	0.61%	1.11%	0.52%	0.79%	2.38%	1.49%	1998
1999	3.25%	1.62%	0.69%	1.08%	0.94%	2.23%	0.63%	1.25%	1.89%	0.21%	0.93%	0.93%	1.26%	1999
2000	2.31%	2.44%	1.19%	1.05%	0.18%	0.01%	-0.10%	0.03%	0.26%	1.14%	0.30%	1.22%	0.84%	2000
2001	0.75%	2.97%	1.35%	0.70%	1.46%	0.68%	0.19%	0.80%	1.08%	2.05%	0.22%	0.77%	1.09%	2001
2002	1.60%	1.43%	1.06%	0.55%	0.26%	0.90%	0.05%	0.84%	0.01%	0.18%	0.09%	0.06%	0.59%	2002
2003	0.20%												0.20%	2003

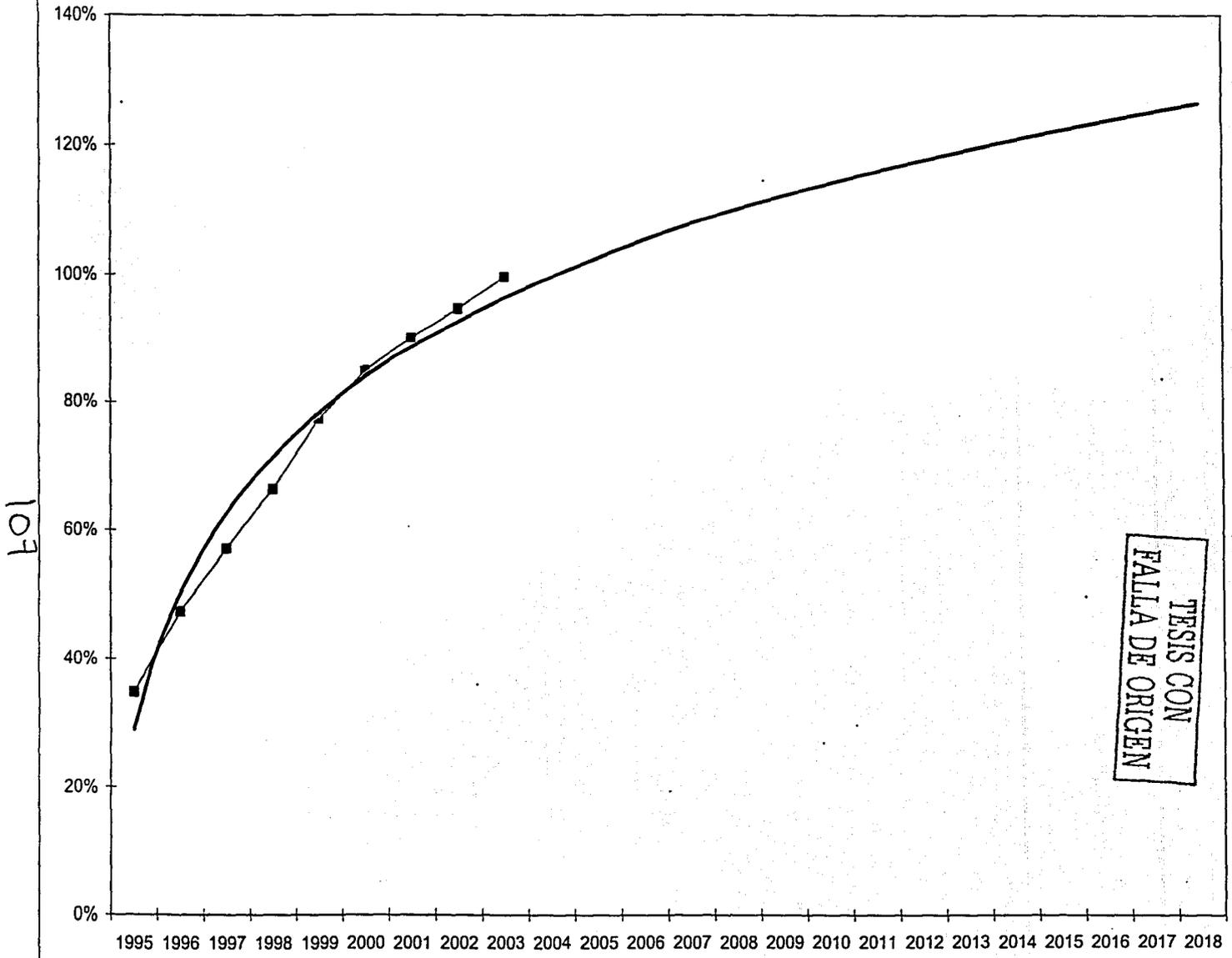
INDICES DE INFLACION EN INTERVENCION QUIRURGICA ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	12.27%	15.75%	16.92%	25.03%	30.46%	31.49%	33.63%	34.02%	34.14%	34.91%	36.67%	36.54%	28.49%	1995
1996	35.40%	32.27%	31.46%	21.17%	18.39%	17.04%	15.04%	14.44%	14.44%	17.65%	16.68%	15.50%	20.79%	1996
1997	19.69%	24.31%	24.90%	25.06%	22.43%	22.95%	23.21%	23.63%	23.68%	20.93%	21.97%	21.70%	22.87%	1997
1998	20.30%	17.06%	15.75%	17.45%	18.52%	18.26%	18.26%	18.41%	19.01%	18.18%	17.42%	19.32%	18.16%	1998
1999	18.45%	17.51%	17.61%	16.19%	15.35%	16.96%	17.01%	17.75%	18.65%	18.29%	17.82%	16.14%	17.31%	1999
2000	15.09%	16.02%	16.59%	16.55%	15.67%	13.16%	12.35%	10.99%	9.22%	10.23%	10.13%	10.44%	13.04%	2000
2001	8.75%	9.32%	9.49%	9.12%	10.52%	11.26%	11.58%	12.44%	13.37%	14.38%	14.29%	13.79%	11.53%	2001
2002	14.75%	13.03%	12.72%	12.54%	11.21%	11.46%	11.30%	11.34%	10.17%	8.15%	8.01%	7.25%	10.99%	2002
2003	5.77%												5.77%	2003

106

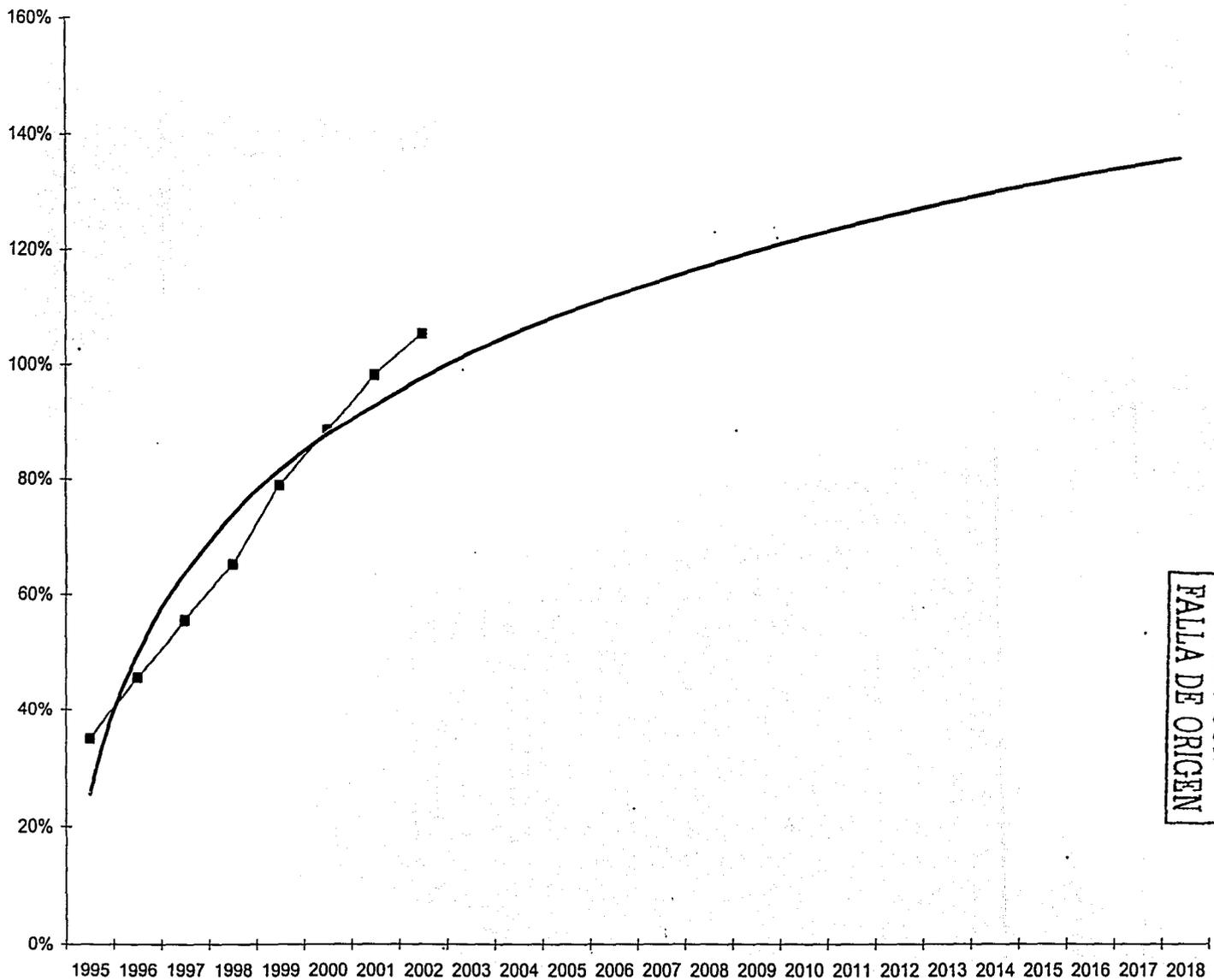
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Índice Nacional de Precios al Consumidor



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Incremento en Servicios Médicos



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

168



INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN HOSPITALIZACION

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.95%	4.0%	2.8%	10.6%	2.52%	3.06%	1.64%	2.07%	0.55%	1.33%	0.89%	3.76%	3.09%	1995
1996	4.35%	3.56%	0.67%	0.75%	1.84%	5.61%	0.42%	0.29%	0.97%	0.60%	0.27%	0.94%	1.69%	1996
1997	6.95%	2.71%	0.50%	0.15%	0.98%	1.08%	0.95%	0.47%	0.61%	0.39%	0.17%	1.63%	1.38%	1997
1998	3.41%	2.24%	0.75%	0.61%	1.58%	0.42%	0.63%	0.65%	0.77%	0.55%	0.25%	1.82%	1.14%	1998
1999	1.21%	1.73%	3.99%	1.09%	0.49%	0.23%	0.64%	1.62%	0.34%	0.09%	0.12%	0.39%	1.00%	1999
2000	2.05%	3.40%	0.62%	0.57%	0.32%	0.30%	0.52%	0.51%	0.30%	1.03%	0.97%	1.03%	0.97%	2000
2001	0.91%	5.73%	3.23%	0.39%	0.92%	0.41%	0.11%	0.39%	0.51%	1.42%	0.12%	1.08%	1.27%	2001
2002	1.00%	1.73%	0.63%	1.05%	0.29%	-1.10%	0.22%	0.25%	0.06%	0.10%	0.04%	0.14%	0.37%	2002
2003	1.21%												1.21%	2003

INDICES DE INFLACION EN HOSPITALIZACION ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	10.69%	13.85%	15.97%	27.28%	30.25%	33.87%	35.49%	37.77%	38.02%	39.83%	41.08%	43.63%	30.64%	1995
1996	44.19%	43.53%	40.62%	28.14%	27.30%	30.45%	28.88%	26.63%	27.16%	26.24%	25.46%	22.05%	30.89%	1996
1997	25.10%	24.07%	23.87%	23.14%	22.10%	16.86%	17.47%	17.68%	17.26%	17.01%	16.90%	17.70%	19.93%	1997
1998	13.80%	13.29%	13.56%	14.07%	14.75%	14.01%	13.65%	13.84%	14.03%	14.21%	14.29%	14.51%	14.00%	1998
1999	12.07%	11.50%	15.09%	15.64%	14.39%	14.17%	14.19%	15.29%	14.80%	14.28%	14.14%	12.53%	14.01%	1999
2000	13.48%	15.35%	11.61%	11.04%	10.86%	10.94%	10.80%	9.60%	9.56%	10.58%	11.51%	11.46%	11.46%	2000
2001	10.97%	13.47%	16.41%	16.19%	16.89%	17.01%	16.53%	16.40%	16.63%	17.09%	16.11%	16.17%	15.82%	2001
2002	16.28%	11.87%	9.06%	9.78%	9.09%	7.44%	7.56%	7.41%	6.93%	5.54%	5.45%	4.47%	8.41%	2002
2003	4.69%												4.69%	2003

INCREMENTO MENSUAL DE INDICES DE INFLACION EN ANALISIS CLINICOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	3.88%	6.08%	5.8%	7.5%	3.40%	1.15%	0.56%	0.63%	0.67%	0.81%	1.32%	1.23%	2.75%	1995
1996	2.04%	2.83%	1.30%	1.36%	0.59%	0.94%	1.93%	0.47%	0.97%	1.04%	0.40%	1.52%	1.28%	1996
1997	1.65%	2.20%	0.48%	2.13%	0.78%	2.09%	2.47%	0.81%	0.80%	0.06%	0.60%	1.43%	1.29%	1997
1998	1.25%	2.17%	0.77%	1.33%	1.27%	1.02%	0.97%	0.27%	0.56%	1.86%	0.58%	4.57%	1.39%	1998
1999	3.78%	0.72%	1.37%	0.60%	0.76%	0.63%	0.45%	1.43%	1.54%	0.50%	1.68%	1.64%	1.26%	1999
2000	2.55%	2.21%	1.48%	0.41%	0.72%	0.07%	0.30%	1.28%	0.28%	0.92%	1.30%	2.27%	1.15%	2000
2001	1.01%	1.58%	1.24%	0.59%	0.26%	0.52%	0.05%	0.04%	0.31%	0.24%	0.36%	0.55%	0.57%	2001
2002	0.84%	1.44%	0.07%	-0.11%	0.65%	0.65%	0.14%	0.32%	0.55%	0.22%	0.03%	0.18%	0.42%	2002
2003	0.14%												0.14%	2003

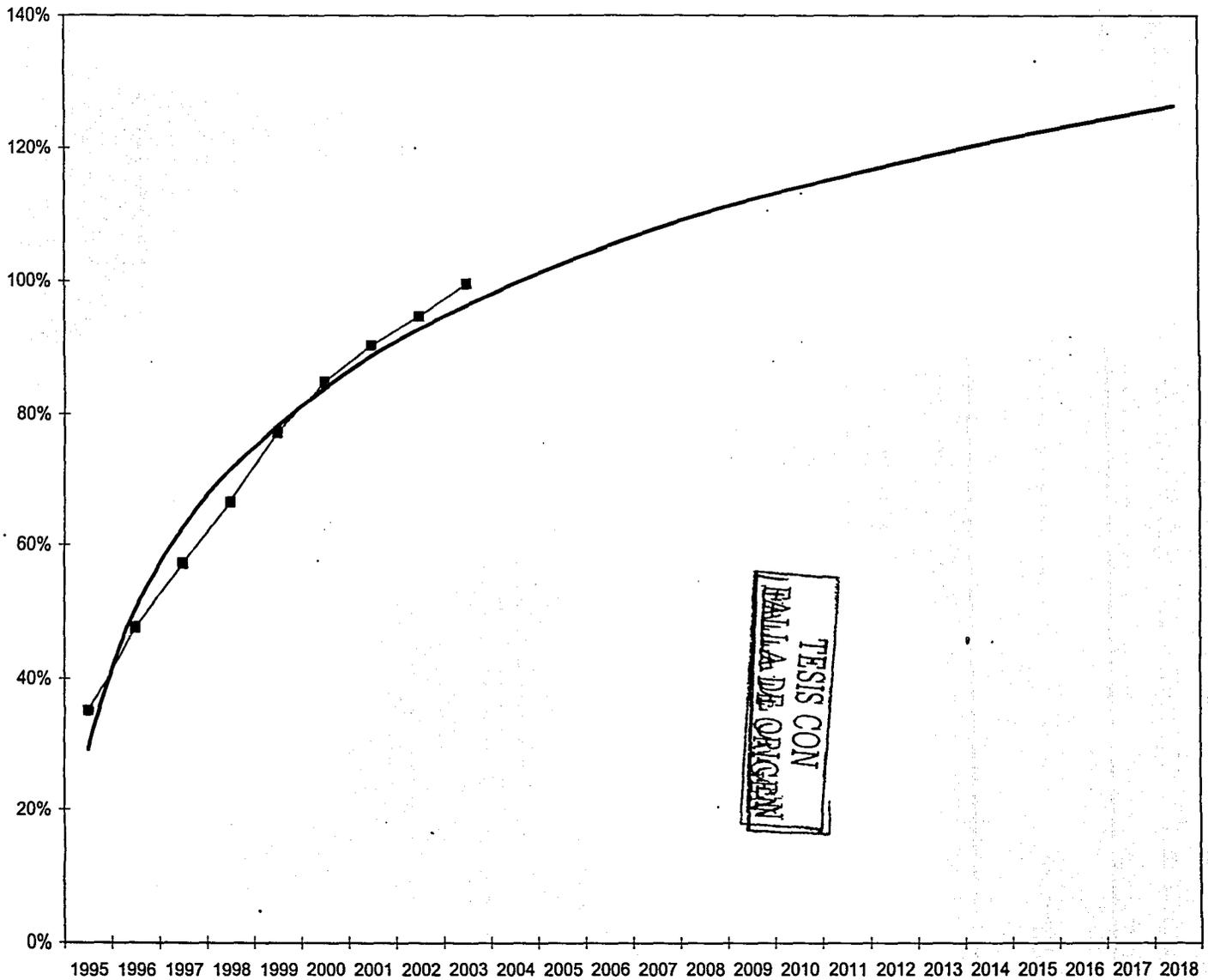
INDICES DE INFLACION EN ANALISIS CLINICOS ANUALIZADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	AÑO
1995	16.79%	21.72%	27.86%	35.91%	38.24%	39.67%	39.75%	40.32%	41.06%	39.92%	38.88%	38.07%	34.85%	1995
1996	35.64%	31.48%	25.91%	18.70%	15.47%	15.23%	16.80%	16.62%	16.97%	17.24%	16.17%	16.50%	20.23%	1996
1997	16.06%	15.35%	14.42%	15.28%	15.50%	16.81%	17.43%	17.82%	17.62%	16.48%	16.71%	16.60%	16.34%	1997
1998	16.15%	16.11%	16.44%	15.53%	16.09%	14.88%	13.20%	12.59%	12.33%	14.35%	14.32%	17.87%	14.99%	1998
1999	20.81%	19.10%	19.81%	18.95%	18.34%	17.89%	17.28%	18.63%	19.78%	18.19%	19.48%	16.12%	18.70%	1999
2000	14.74%	16.44%	16.57%	16.35%	16.31%	15.66%	15.48%	15.31%	13.89%	14.36%	13.94%	14.66%	15.31%	2000
2001	12.94%	12.25%	11.99%	12.29%	11.78%	12.28%	12.01%	10.63%	10.66%	9.92%	8.89%	7.06%	11.06%	2001
2002	6.88%	6.73%	5.49%	4.65%	5.06%	5.20%	5.29%	5.59%	5.84%	5.82%	5.47%	5.08%	5.59%	2002
2003	4.35%												4.35%	2003

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

109

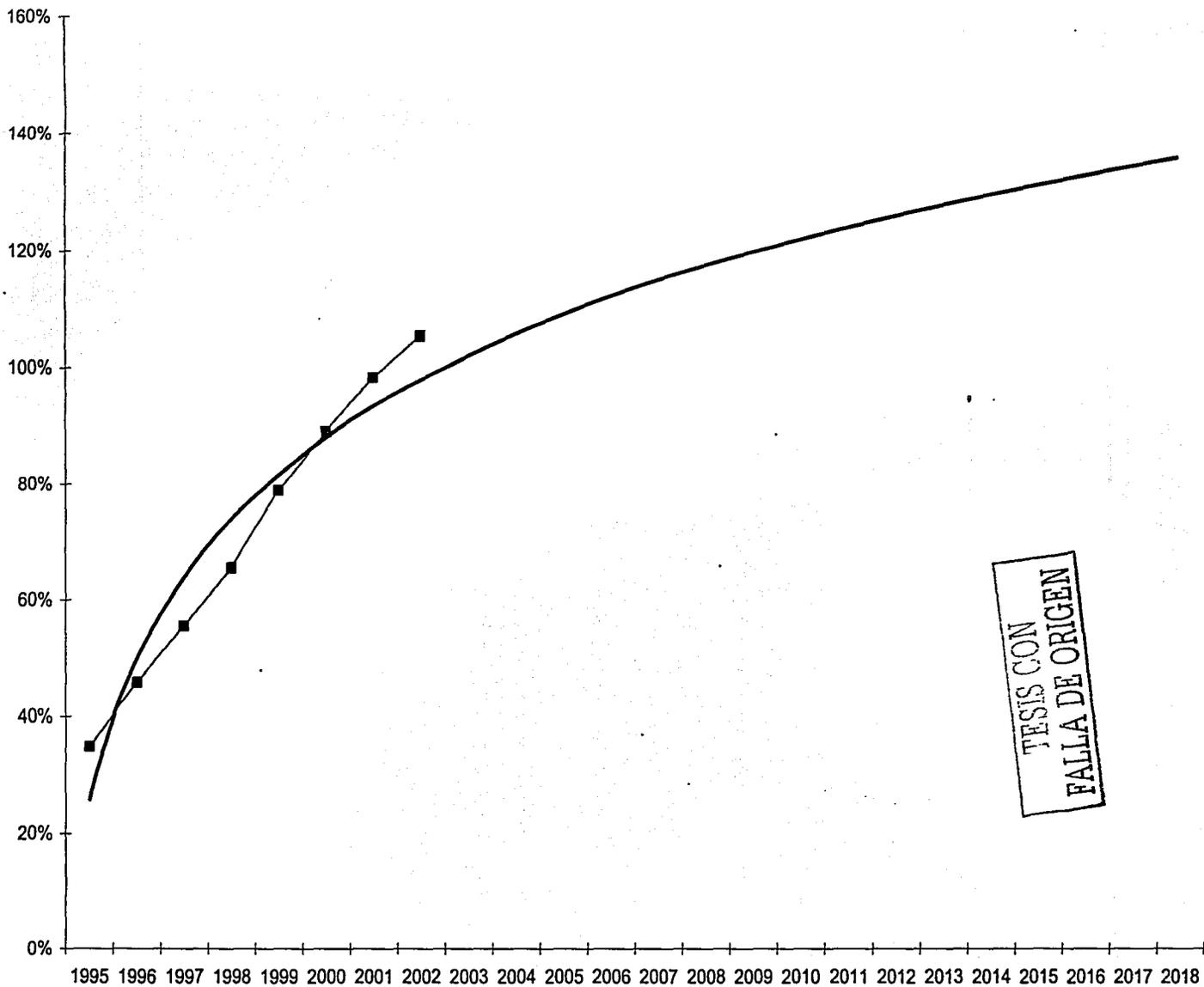
Índice Nacional de Precios al Consumidor



TESIS CON
FAMILIA DE ORIGEN

110

Incremento en Servicios Médicos



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

111