

29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CAMPUS ACATLÁN

MEDIDAS DE CONTROL PARA EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO



TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA
LAURA MARCELA HUERTA ORTEGA
PARA OBTENER EL TITULO DE
A C T U A R I O

BAJO LA OPCION DE
SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR
ASESOR: ACT. HUGO REYES MARTINEZ



NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2726299 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

1/2

A mis padres

Con infinito agradecimiento porque me han dado la mejor de las herencias que pudieron brindarme : mi educación profesional, así como por todo su apoyo , tiempo y amor, este trabajo es para ustedes

A mi esposo y a mis hijos : Laurita y Hugo

Por que gracias a su existencia y a su amor me he realizado como esposa, madre y profesionista.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a mi asesor Act. Hugo Reyes

Por la formación que me dieron y por el tiempo, motivación y apoyo que recibí de mi asesor.

A Seguros Atlas y en especial a mi jefe y amigo Act. Ricardo Alvarez

Porque en esta institución me dieron la oportunidad de aprender y progresar desde que era estudiante además de apoyarme y brindarme la experiencia que me permitió la realización de este trabajo.

A mis hermanos y sobrinos

Por el apoyo y cariño que siempre me han dado, lo que me ha permitido superarme día con día.

A los maestros y compañeros del seminario

Porque era indispensable contar con ustedes para cumplir con este objetivo.

CONTENIDO

Introducción

Capítulo 1. El seguro de gastos médicos mayores

1.1 Metodología del trabajo	2
1.2 El sistema asegurador mexicano	3
1.3 Antecedentes del seguro de gastos médicos	6
1.4 Evolución e importancia en el sector	9
1.5 Definiciones del seguro de gastos médicos mayores grupo	11
1.6 Aspectos técnicos y costo del seguro	13
1.7 Funcionamiento del seguro	17
1.8 Marco legal	21
Conclusiones	25
Bibliografía	26

Capítulo 2. Problemática actual de los siniestros de Gastos médicos

2.1 Identificación de variables	28
2.2 Identificación de fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas	31
2.3 Coberturas especiales	34
2.4 Esquemas administrativos	36
2.5 Forma de pago de un siniestro	40
2.6 Pago de complementos y reserva de siniestros ocurridos y no reportados (IBNR)	41
2.7 Competencia	43
2.8 Oferta hospitalaria	44
2.9 Estadísticas del mercado asegurador	45
2.10 Rentabilidad	55
Conclusiones	59
Bibliografía	61

Capítulo 3. Análisis de la siniestralidad y medidas de control

3.1	Distribución de asegurados	63
3.2	Análisis de la siniestralidad por edad y sexo	64
3.3	Análisis de la siniestralidad por monto	67
3.4	Análisis de la siniestralidad por estado de la República Mexicana	69
3.5	Análisis de la siniestralidad por causa	72
3.6	Análisis de la siniestralidad por concepto	76
3.7	Determinación de tarifas	77
3.8	Medidas de control	85
3.9	Futuro del mercado	96
	Conclusiones	100
	Bibliografía	

CONCLUSIONES FINALES

BIBLIOGRAFIA GENERAL

GLOSARIO

INTRODUCCIÓN

En la década de los años 80's y en los albores del siglo XXI, México ha vivido una época de gran transición en su economía, la que ha sido consecuencia de un proceso de globalización mediante la llamadas economías de bloque. Inmerso en este cambio, nuestro país publicó el 23 de diciembre de 1993 en el Diario Oficial de la Federación, modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades mutualistas de seguros, que atienden al proceso de globalización económica que exige la internacionalización de los servicios financieros, en el marco de entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio (TLC).

Uno de compromisos asumidos por México, dentro del apartado de servicios financieros del TLC, fue permitir el establecimiento de intermediarios financieros del exterior a través de filiales y de la participación accionaria en las empresas con un máximo del 49 % en el capital y desde el año de 1990 permite la constitución de grupos financieros.

Con lo anterior el sector asegurador ha tenido un importante crecimiento. En 1993 tenía un total de 41 Compañías de Seguros, mientras que para el cierre de 1997 existían 63¹. El notable incremento en el número de empresas y los cambios en la estructura del sector asegurador, se deben principalmente a los siguientes factores:

- Durante 1997 se dió autorización para operar a tres nuevas Instituciones de Seguros
- A partir del mes de julio de 1997 con la puesta en marcha del nuevo sistema de pensiones, comenzaron a operar 6 instituciones especializadas y se brindó autorización a 7 instituciones de seguros ya existentes a fin de que ampliaran sus operaciones para poder otorgar también rentas vitalicias.

¹ EstadisticAMIS cuarto trimestre 1997

- El número de filiales de instituciones del exterior al finalizar el mes de diciembre de 1997 era de 24, lo cual demuestra que el sector continúa siendo un campo muy atractivo para la inversión extranjera.

El volumen de primas generado durante 1997 por todas las empresas del sector asegurador mexicano, fue de casi 41,000 millones de pesos, lo cual representa el 1.31 % del Producto Interno Bruto (PIB)².

Durante este mismo año se indemnizaron 19,624 millones de pesos de siniestros, que representan el 48% de las primas totales, lo que hace evidente la importancia del mercado asegurador dentro del ámbito económico, político y social por la gran aportación económica que dá al País.

El seguro de gastos médicos mayores que está inmerso dentro del ramo de Accidentes y Enfermedades contribuye con una captación de primas de \$4,040 millones de pesos lo cual representa casi un 10 % de las primas del sector asegurador mexicano, por lo que es necesario que este ramo se maneje cuidadosamente ya que cualquier desviación en siniestralidad afectaría de sobremanera al sector asegurador .

Por años este seguro fue considerado como un ramo de "servicio" para muchas Compañías de seguros, pues se daba por hecho que era un ramo de pérdida, pero era indispensable manejarlo como un anzuelo para ganar negocios en la parte del seguro de vida o daños, otras empresas aseguradoras definitivamente no lo ofrecían porque sabían que podía ocasionarles problemas en la operación, ya que implica tener una infraestructura de servicio muy costosa para administrar y manejar las reclamaciones y si este ramo no se controla adecuadamente podría ocasionar cuantiosas pérdidas.

Sin embargo, este seguro tiene una gran demanda por el beneficio que aporta, lo que hace que este ramo se haya incrementado en la captación de primas en forma muy importante en los últimos años, y se estima que este seguro tendrá un gran potencial económico y que se verá reforzado en el futuro con la reversión de cuotas del IMSS.

El seguro de gastos médicos mayores grupo 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 podrá deducir del pago de impuestos el costo de este seguro.

Además el seguro de grupo tiene muchas ventajas para el asegurado con respecto a un seguro individual, ya que no existe selección de riesgos, sus coberturas son mas amplias y las primas son menores.

La finalidad de este seguro es cubrir los gastos médicos en que incurra el asegurado a causa de una enfermedad ó accidente amparado por la póliza, debido a que las personas no cuentan con el dinero suficiente para cubrir los gastos incurridos al hacer uso de la medicina privada. Actualmente es común recibir siniestros de más de cien mil pesos y han existido siniestros en el mercado asegurador que alcanzan millones de pesos y aún considerando que hay personas con la suficiente solvencia económica para pagar una reclamación de este tipo, generalmente no se cuenta con el dinero en efectivo de forma inmediata, por lo que este seguro le dá al asegurado la tranquilidad de que en caso de sufrir un accidente ó enfermedad, no tendrá que desembolsar mucho dinero y podrá recibir la atención médica necesaria y oportuna. No obstante las bondades señaladas existen diversas causas por las cuales este ha tenido mala

² Periódico el Asegurador Febrero 28, 1998.

experiencia en siniestralidad en el mercado mexicano, por lo cual este seguro no ha sido rentable para las compañías de seguros, por lo que **el objetivo de este trabajo es :**

Analizar el comportamiento de la siniestralidad del seguro de gastos médicos mayores grupo para identificar las causas que lo afectan, proponiendo medidas de control técnicas y administrativas que permitan al mercado asegurador tener una operación rentable.

Lo que motivó la realización del presente trabajo fué precisamente la importancia que tiene este ramo dentro de la Compañía de Seguros donde se labora y en la cual durante nueve años se ha trabajado en implantar políticas que garanticen que este ramo sea rentable, así como desarrollar procedimientos y convenios con prestadores de servicios: médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc. que contrarresten el impacto de la siniestralidad que conlleva el manejo de estos seguros.

El presente trabajo de investigación en su primer capítulo muestra la situación actual del Sistema Asegurador con estadísticas y cifras de primas y siniestralidad de las 63 Compañías de Seguros y los ramos en los que operan; se comenta como surge el seguro de gastos médicos y su evolución; se describe que cubre el seguro y sus principales exclusiones; el marco legal que lo rige; los conceptos mas usuales; como funciona y cuanto cuesta.

En el segundo capítulo se analiza como puede establecerse que una Compañía es rentable y que nivel de siniestralidad es el adecuado para que este ramo tenga un buen funcionamiento. Posteriormente se revisan los beneficios especiales que se otorgan a las pólizas (reconocimiento de antigüedad, preexistencia, prima mínima, periodos de espera, padecimientos congénitos , pago de siniestros complementarios, etc.) los cuales representan un porcentaje considerable en la siniestralidad, se detallarán las formas en que el asegurado puede usar el seguro (pago directo, reembolso, anticipos) y las implicaciones administrativas y económicas para la compañía de Seguros.

Así también se estudia el manejo administrativo , la competencia entre compañías de seguros y el funcionamiento de los prestadores de servicios

Por último se analizan cuales son las razones de que este seguro sea un ramo con una siniestralidad tan elevada y se obtendrán indicadores técnicos para determinar parámetros y controles con los cuales estaremos en condiciones de presentar medidas que deben considerarse para lograr que este ramo sea un buen negocio para una empresa aseguradora.

CAPITULO

1

**EL SEGURO DE
GASTOS MEDICOS
MAYORES**

OBJETIVO :

Describir qué riesgos cubre este seguro, los elementos técnicos que lo constituyen y el aspecto fiscal que lo caracteriza, para estar en condiciones de analizar la problemática actual.

1.1 METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Considerando el concepto de planeación interactiva de Russell L. Ackoff cuya idea central se basa en que "el diseño de un futuro deseable se basa en los métodos, para llegar a él " puede apreciarse que los métodos que se empleen para llegar a un fin son más importantes que el fin en si mismo.

Las cinco fases de la planeación interactiva son: formulación de la problemática, planificación de los fines, planificación de los medios, planificación de los recursos, la puesta en práctica y el control, sin embargo el autor señala que no es necesario que estas fases se lleven a cabo estrictamente en el orden señalado.

En el presente trabajo de investigación se ha considerado la aplicación de la planeación interactiva propuesta por Ackoff considerando que el objetivo básico de este trabajo es establecer medidas de control dentro del seguro de gastos médicos mayores grupo.

En la primera parte se muestra como está conformado el sector asegurador y la importancia de este seguro en el aspecto económico y su funcionamiento.

En el capítulo dos se aplica la primera fase la planeación interactiva detallando la situación actual de esquemas administrativos, forma de pago de siniestros, la competencia entre compañías de seguros y la oferta hospitalaria así como una análisis de las personas e instituciones que interviene en el manejo del mismo. Se analiza la rentabilidad de este seguro para confirmar que la causa de que este ramo no sea rentable es debido al porcentaje de siniestralidad que se presenta. De esta forma se determina la problemática actual de los siniestros de gastos médicos

La planificación de los medios y los recursos se considera en el último capítulo con el análisis de la información estadística y la determinación de variables para conseguir una prima de tarifa mínima.

Por último y como base fundamental de este trabajo se establecen las medidas de control que deben cumplirse para llegar al fin: Que el seguro de gastos médicos se convierta en un ramo rentable.

La puesta en práctica de estas medidas redundará en una reducción a los índices de siniestralidad que se traduce en rentabilidad para las Compañías aseguradoras.

1.2 EL SISTEMA ASEGURADOR MEXICANO

Dentro del sistema financiero mexicano se encuentra inmerso el sistema asegurador, el cual cuenta actualmente con 63 Compañías de seguros³, dentro de las cuales existen 24 Compañías filiales de instituciones del exterior, 9 Compañías con inversión extranjera y 17 empresas integradas a grupos financieros.

De las 63 Compañías que integran el sector asegurador, 49 manejan la operación de Vida, 13 el área de Pensiones, 45 la operación de Daños, mientras que en la operación de Accidentes y Enfermedades hay 43 Compañías que operan el ramo de Accidentes Personales, 24 que manejan el seguro de Gastos médicos mayores y solo 6 que operan el ramo de salud.

El sistema asegurador tuvo una captación de primas durante el año 1997 de \$40,972 millones de pesos de primas, lo que representa el 1.31% del Producto Interno Bruto (PIB) en ese año¹, lo que indica la importancia de este sector en la economía del país.

El órgano que regula a las Compañías aseguradoras es la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que a la vez tiene una institución especializada en Seguros y Fianzas que vigila el buen funcionamiento de las compañías de seguros, este organismo es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

³ EstadisticAMIS cuarto trimestre 1998

Actualmente existen 63 Compañías de seguros, las cuales de acuerdo con la estadística elaborada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) que considera el volumen de primas que maneja cada compañía aseguradora, las clasifica de la siguiente manera:

Cuadro 1.1

MERCADO ASEGURADOR CIERRE DE 1997

CLASIFICACION	NUMERO DE COMPAÑIAS	VOLUMEN DE PRIMAS EN MILES DE PESOS	PARTICIPACION DE MERCADO
Compañías Grandes	4	24,542,151	60.08 %
Compañías medianas	10	7,519,542	18.41 %
Compañías chicas	46	5,315,786	13.01 %
Compañías especializadas	1	73,896	0.18 %
Compañías gubernamentales	2	3,400,980	8.32 %
TOTAL	63	40,852,356	100.00 %

Como puede observarse el 60 % de la captación de primas corresponde a las compañías grandes que solamente son cuatro y son las líderes del mercado asegurador, las compañías que representan el 18 % del total de primas son las más competidas ya que están en medio de las compañías líderes y las clasificadas como pequeñas que se disputan un 13 % del mercado pero entre un número considerable: 46 compañías, cuyo principal objetivo es la penetración del mercado.

En la clasificación de compañías especializadas solo existe una que se dedica al seguro de crédito. Dentro de las compañías gubernamentales hay dos, una especializada en personas y la otra en seguro de daños.

En el anexo 1 se muestra el detalle de las aseguradoras con la posición que ocupan dentro del sector considerando el volumen total de primas captadas por los ramos que manejan y otra clasificación que solo considera el ramo de accidentes y enfermedades.

El siguiente cuadro refleja la distribución de primas al cierre de 1997 por ramo de seguro, de acuerdo a la Estadística AMIS.

Cuadro 1.2

PRIMAS EMITIDAS EN 1997 POR RAMO

RAMO	PRIMAS AL MILLAR	PORCENTAJE DE PARTICIPACION	INCREMENTO CON RESPECTO A 1996
Vida	14,330,630	35.08	35.28
Automóviles	10,598,032	25.94	36.02
Accidentes y enfermedades	4,040,406	9.89	33.92
Incendio total	3,864,330	9.46	13.41
Marítimo y transportes	2,686,019	6.57	15.91
Diversos	2,486,427	6.09	1.97
Pensiones	1,314,693	3.22	100.00
Responsabilidad civil	995,285	2.44	27.02
Agrícola	462,638	1.13	50.69
Crédito	73,896	0.18	22.23
Total general	40,852,356	100.00	33.00

Como puede observarse, en el cierre de 1997 el seguro de accidentes y enfermedades tuvo un volumen de primas de \$ 4'040,405,465.90 colocándose en el tercer lugar en importancia de captación de primas por ramo. Este seguro representa el 9.89 % del total de primas emitidas lo que es muy significativo y por ello la importancia del presente trabajo. Puede notarse que el ramo de accidentes y enfermedades reporta un crecimiento de casi el 34 % con respecto al año de 1996.

Este cuadro muestra que el ramo de pensiones tiene un crecimiento del 100 % que se debe a que durante 1997 empezó la operación de rentas vitalicias en el mercado asegurador.

1.3 ANTECEDENTES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS

El antecedente para la cobertura de gastos médicos lo encontramos en las pólizas de accidentes personales, en las que existía la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente. Este seguro se brindaba a las personas que solicitaban este tipo de pólizas y solo podía otorgarse si se compraba la cobertura por muerte accidental.

La forma de tarificarlo⁴ consistía en asignarle a cada persona una letra desde la "A" hasta la "J" de acuerdo a su ocupación, siendo la "A" el menor riesgo y la "J" el máximo. Una vez asignada la letra que corresponde al riesgo, se tarificaba una cuota por los primeros \$5,000 pesos de suma asegurada, otra cuota por los siguientes \$15,000 y la última en exceso de éstos; este tipo de tarificación asumía que por los primeros pesos debería cobrarse más, ya que eran los más probables de gastar, situación que con el tiempo se debió modificar e ir adaptando a las condiciones económicas reales.

⁴ Tarificar en términos de seguros significa calcular el precio correspondiente

Sin duda el que existiera solo la cobertura por accidente requería el desarrollo de otra alternativa que cubriera gastos por enfermedades, fue así que nace el seguro por hospitalización que solo amparaba ese evento. Sin embargo, los asegurados estaban insatisfechos al momento de ocurrir un siniestro y hacer uso de su póliza, pues solo cubría una parte de los conceptos que tenía que pagar, ya que la póliza únicamente amparaba los gastos del hospital.

Derivado de la necesidad de cubrir bajo un solo rubro el costo de la atención hospitalaria y los honorarios médicos, los medicamentos, estudios de laboratorio, ambulancias, etc. surge la póliza de gastos médicos mayores que ya es una cobertura integral.

La póliza inicial de gastos médicos mayores ofrecía algunas coberturas limitadas que motivaron la necesidad de nuevos productos, denominados bajo el mismo nombre pero que en su operación tenían grandes diferencias en la forma de pagar. El primer paso fue cubrir a través de un catálogo de honorarios médicos propio de cada Aseguradora, posteriormente surgen planes cuya base de aplicación de catálogo era sin límite lo que permitía que el único tope para el reembolso de la reclamación fuera la suma asegurada.

Este criterio de no limitar los reclamos ocasionó fuertes pérdidas a algunas compañías ya que no era fácil establecer un control a los gastos que se cobraban. Era muy claro que los gastos médicos a través de compañías de seguros eran mayores que los que se deberían cubrir si no existiera póliza de por medio.

Aún con esta tendencia este tipo de productos sin límite permaneció en el mercado por muchos años motivado por las condiciones económicas de México que permitían obtener productos financieros tales que soportaban las pérdidas técnicas que ocasionaban las desviaciones en la siniestralidad.

Al momento de cambiar las condiciones económicas era necesario rediseñar el producto ya que las primas estaban creciendo en una forma alarmante derivada de las altas reclamaciones cada

vez mas frecuentes en este ramo. Considerando que la prima está en función del monto y frecuencia de las reclamaciones, la variable frecuencia era conocida con aproximación, pero la variable monto no era posible determinarla debido a la gran diferencia entre los importes que eran pagados por un mismo procedimiento, en las diferentes aseguradoras.

Para poder establecer el precio adecuado hubo un cambio en el cual la mayoría de compañías tomó como base planes con catálogo, pero esta vez se usaba el elaborado por el mercado en su conjunto con el cual se mostraba uniformidad de criterios en los montos a liquidar y se daba como una opción que el contratante decidiera que base se la aplicaba al catálogo, lo cual hacía que planes con mayor pago en relación a honorarios quirúrgicos, pagaran mayor prima y hacían mas equitativo este ramo.

Posterior a este movimiento de planes limitados, resurgieron los planes sin límite como planes alternativos a los planes con base de catálogo, pero con una marcada diferencia en el costo, aún con esto, el público usuario prefería estos planes.

No obstante el haber tasado los planes sin límite a un precio alto, las primas no eran suficientes, pues los asegurados apreciaban las bondades de este producto y las usaban en el momento necesario, por lo que las compañías no podían controlar la siniestralidad.

Como un paso para el control de la siniestralidad sin repercutir los incrementos de ésta en primas, se inició la tarea de establecer convenios con médicos que a cambio de promoverlos con los asegurados, éstos aceptaban ciertos aranceles y el pago por la compañía de seguros posteriormente. También se inició la labor con los hospitales para que en forma directa la compañía liquidara la cuenta del asegurado al hospital.

Esta situación prevalece y cada vez se acentúa, estableciendo el médico, el hospital y la compañía de seguros mecanismos que permitan satisfacer los requerimientos de cada uno de los participantes.

No obstante los controles anteriores fue necesario crear planes que en su conjunto se denominan bajo el concepto de "costo usual y acostumbrado" del lugar donde se reciben los servicios, para aquellos asegurados que quieran seguir un camino a través de su médico y el hospital que ellos prefieran. Este sistema está basado en pagar solo lo pactado y evitar alguna desviación en costos.

En los últimos 20 años el seguro de gastos médicos mayores ha crecido en forma muy importante ya que de tener una participación en el mercado de seguros casi nula, ha llegado a niveles de casi el 10 % del mercado lo que confirma su importancia para la sociedad.

1.4 EVOLUCION E IMPORTANCIA EN EL SECTOR

En el mercado mexicano de seguros, la operación de accidentes y enfermedades ha presentado su mayor crecimiento en los últimos años. Actualmente las primas directas representan el 9.89% de las primas emitidas en todas las operaciones del mercado y dentro de la operación de accidentes y enfermedades, el ramo de gastos médicos mayores representa alrededor del 90 % de las primas.

En el siguiente cuadro se presenta la evolución que han tenido las primas y siniestros del año de 1993 a 1997

Cuadro 1.3

PRIMAS Y SINIESTROS DEL SEGUROS DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Año	Primas (millones de pesos)	Incremento	Siniestralidad (millones de pesos)	Porcentaje de siniestralidad	Inflación
1993	1,435	-	937	65.30%	8%
1994	1,734	20.85%	1,191	68.69%	7.1%
1995	2,102	21.22%	1,570	74.69%	51.97%
1996	3,018	43.58%	2,044	67.73%	27.70%
1997	4,045	34.03%	2,795	69.09%	15.72%

Analizando el cuadro anterior puede observarse que el incremento a las primas está por arriba de la inflación, lo cual refleja que el incremento en la siniestralidad provoca un ajuste a las tarifas.

Por otro lado puede observarse que en el año de 1995 la siniestralidad alcanzó casi un 75%, este porcentaje puede incrementarse y con ello generar pérdidas técnicas a las Aseguradoras.

En la parte de coberturas, el seguro de gastos médicos ha evolucionado, enfermedades como el SIDA que se excluían, a partir del año de 1996 pueden ya cubrirse con una prima relativamente barata.

Actualmente las coberturas dentales, la ambulancia aérea, las operaciones para cubrir defectos de refracción (miopía, astigmatismo, etc) pueden ampararse también.

También ha cambiado la forma de suscribir riesgos, en el capítulo 2 se detallarán las opciones que tiene el Contratante para manejar sus seguros, tal es el caso de los planes autofinanciados

(cash flow), la opción de prima mínima, el seguro de Stop loss y los planes de seguro normales (plan asegurado).

En cuanto a la forma en que puede pagarse un siniestro ahora se cuenta con varias opciones además del tradicional reembolso, el asegurado puede hacer uso del pago directo a hospitales y médicos, puede optar por la cirugía programada, puede atenderse en el extranjero, etc. Todos estos puntos se explicarán en el siguiente capítulo.

1.5 DEFINICIONES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GRUPO

Antes de definir las condiciones particulares del seguro de gastos médicos mayores, se citan a continuación algunas definiciones⁵ del **seguro** :

Definición de **Alfredo Manes**; se basa en la teoría de la necesidad "El seguro es la institución económica mediante la cual, y sobre la base de la reciprocidad, se cubren necesidades eventuales de capital susceptible de valoración"

Definición de **G.Rocca** : "Seguros es la unión de varias personas con el fin de afrontar necesidades futuras mediante la acumulación de capital y la transferencia del riesgo"

Existen tres clases de seguro de gastos médicos mayores : (1) el individual y/o familiar, en el que el asegurado principal toma la decisión de contratar el seguro y paga el total de la prima; (2) el colectivo, en el que el asegurado principal participa en la decisión de contratación y contribuye en el pago de la prima; y (3) el de grupo, en el que el asegurado principal no decide sobre la contratación ni contribuye en el pago de la prima.

⁵ Diccionario MAPRE de Seguros

El seguro de grupo es aquél 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.

El seguro de grupo de gastos médicos mayores se divide a su vez en seguros de experiencia propia y en seguros de experiencia global. El seguro de experiencia propia es aquél cuyo precio se determina conforme a su experiencia de siniestralidad de años anteriores. Algunas Compañías de Seguros consideran que un grupo de experiencia propia debe contar con al menos 150 asegurados titulares

El seguro de grupo de experiencia propia presenta un alto índice de rotación de pólizas y pérdidas técnicas para las compañías que lo venden, esto se debe a la fuerte competencia que existe entre las aseguradoras para ganar negocios y que no existe una tarifa única, ya que esta depende de los parámetros técnicos que maneje cada Compañía de seguros y además están sujetas al criterio del suscriptor que elabore la cotización, aunado a lo anterior, cada aseguradora ofrece diferentes coberturas que a su vez brindan una protección diferente.

La cotización de los seguros de gastos médicos experiencia global se realiza con base en tarifas determinadas por rango de edad y sexo, registradas por las aseguradoras en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Esta tarifa y las condiciones que ofrece el seguro se encuentran publicadas y están a disposición de los agentes de seguros.

Del total de pólizas de seguros de grupo de gastos médicos mayores, aproximadamente 29% son de Seguros de experiencia propia y 71% de experiencia global. Sin embargo, del total de primas emitidas, el 72% corresponden a experiencia propia y sólo 28% a experiencia global.

Para entender el funcionamiento del seguro es necesario definir algunos conceptos que se manejan con frecuencia en este seguro, los cuales se detallan en el glosario.

1.6 ASPECTOS TECNICOS Y COSTO DEL SEGURO

Actualmente la forma en que se determinan las tarifas a aplicar en un seguro de este tipo se clasifica de acuerdo con el tamaño del grupo y considerando las políticas de suscripción de cada compañía, algunas aseguradoras emplean los siguientes criterios :

1. Grupos con menos de 100 titulares, se consideran de experiencia global y se aplica la tarifa básica de la Compañía de Seguros y las condiciones generales que se tengan registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
2. Grupos con más de 100 titulares, se consideran de experiencia propia y la tarifa se calcula de acuerdo con la experiencia de siniestralidad del propio grupo y aplicando las condiciones particulares con las que venia asegurado. Cabe señalar que estas condiciones no son homogéneas en el mercado asegurador.

La forma en que se determinan las tarifas para los grupos señalados en el inciso 1) es con base a la información estadística de cada Compañía, considerando como parámetro a la morbilidad, es decir la probabilidad de que un hombre ó mujer de acuerdo con su edad se enferme, también es necesario considerar el monto pagado promedio de un siniestro

Una forma adecuada que se emplea para el cálculo de las tarifas es la siguiente :

$$P(X, X+5) = \frac{M(X, X+5) - MPP(X, X+5)}{1 - C - A}$$

Donde:

x'	Es la edad del asegurado
$P(X, X+5)$	Prima de Tarifa del quinquenio (X, X+5)
$M(X, X+5)$	Morbilidad del quinquenio (X, X+5)
$MPP(X, X+5)$	Monto Pagado Promedio del quinquenio (X, X+5)
C	Comisión Máxima Agente y Promotor
A	Gastos de Administración y utilidad de la Compañía

La tarifa que se obtiene, es la que puede aplicarse a condiciones predeterminadas, por ejemplo una suma asegurada de \$ 200,000 un deducible de \$1,000 y un coaseguro del 10%. Si el asegurado desea una opción diferente de cobertura, entonces la tarifa obtenida se modificará. Actualmente la mayoría de las Aseguradoras presentan una serie de factores de descuento ó incremento que se aplican a la tarifa base con una simple multiplicación, para que de esta forma el seguro pueda tener "n" modalidades y así adaptarse a las necesidades del cliente.

En el capítulo tres se hará una aplicación práctica del cálculo de tarifas.

En lo que respecta al costo del seguro para las pólizas de experiencia propia, se aplica una fórmula distinta, ya que depende de las condiciones particulares del grupo y de la experiencia en siniestralidad que con esas condiciones haya tenido.

La fórmula que se aplica busca, calcular que incremento puede darse sobre las tarifas que el grupo ya venía manejando y se calcula de la siguiente manera :

$$\Delta P_{t+1} = \frac{\delta e_t (1+im)}{(1 - c - g) * Pa}$$

Donde :

ΔP_{t+1}	Es el incremento que se aplicará a las tarifas especiales por quinquenio de primas que tenía el grupo en el año "t".
δe_t	Es la siniestralidad del año "t" que el grupo ha tenido
im	Es la inflación que por servicios médicos se estima para el año t+1
C	Es la comisión que se otorga al agente
g	Son los gastos de administración y utilidad de la compañía
Pa	Es la prima pagada en el año "t" por el grupo

Dado que esta tarifa se está calculando con base a las condiciones que tuvo la póliza, ésta se calcula tomando como base las mismas condiciones de cobertura, por lo que cualquier cambio en las condiciones, implicará modificar la tarifa.

Una de las principales dificultades para comparar el seguro que ofrece una compañía y otra, es que las coberturas varían en cada aseguradora, por lo que al comparar el precio deberá compararse que coberturas son las que se están ofreciendo, porque puede existir un seguro "barato" que no cubra realmente las necesidades del grupo. A continuación se muestran la primas promedio que las compañías de seguros cobran por el seguro de grupo.

Como puede observarse en el cuadro 1.4 existe una Compañía que cobra una prima promedio de \$175.00 y otra que su prima es de \$10,328. Esta abismal diferencia es el reflejo de lo que sucede cada día en el mercado asegurador donde la guerra de precios hace que los clientes y agentes usuarios de este tipo de seguros consigan tarifas que técnicamente no son suficientes para hacer frente a la siniestralidad y que ponen en riesgo la estabilidad de una Compañía de seguros.

Tabla 1
Prima promedio en el seguro de gastos médicos mayores grupo por compañía de seguro

	NUMERO DE POLIZAS EN VIGOR	NUMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR			SUMA ASEGURADA	SUMA ASEGURADA PROMEDIO	PRIMAS DIRECTAS			PRIMAS PROMEDIO		
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL			HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
COMERCIAL AMERICA	2 260	82,805	76,917	159 722	36 812 462 021	243 175	75 691 418	82 906 207	158 689 625	914	1 070	984
GRUPO NACIONAL PROVINCIAL	1 218	200 747	182 871	383 618	108 127 910 058	281 863	47 259 198	48 844 981	96 104 179	235	263	251
MONTERREY AETNA	1 078	84 308	87 851	172 159	157 600 073 434	321 184	35 496 161	40 926 978	76 423 139	421	460	444
GENESIS	1 297	89 928	85 612	175 540	24 589 972 453	412 233	30 340 240	27 888 696	58 228 936	337	318	317
INSURSA	544	37,090	34 754	71 844	11 969 806 140	168 011	13 589 240	17 042 946	30 632 206	366	400	430
ATI AS	617	37 114	35 808	72 922	28 269 947 281	387 564	12 847 927	16,671 647	29 519 574	340	400	405
HANCOMER	11	4 104	4 307	8 411	6 796 284 100	808 023	9 486 072	12 868 859	22 294 930	2 311	2 974	2 641
HIDALGO	64	81,865	75 713	157 578	24 427 360 902	155 018	20 948 476	11 613 820	32 563 296	250	151	207
CHUBB	64	6 482	6 311	12 793	300 213 948	30 219	3 728 234	4 740 690	8 468 924	566	749	656
AIG	148	12,037	10 319	22 356	9 165 227 984	409 967	5 108 387	4 013 732	9 122 119	424	389	408
INTERAMERICANA	25	498	111	609	414 206 197	491 690	4 246 442	1 418 450	8 664 892	16 328	16 328	16 328
GENERALI	198	36 317	32 026	68 343	10 466 329 633	369 274	2 753 767	1 009 641	4 763 410	169	250	201
ALLIANZ	157	12 440	10 946	23 386	8 706 120 920	372 631	2 020 823	2 031 920	4 094 743	162	189	175
TERRITORIAL	198	6 512	6 269	12 781	4 776 470 000	451 965	2 234 447	1 982 337	4 217 824	343	316	330
BBVA PROBUISA	10	3 651	3 780	7 431	1 078 044 600	414 217	1 265 365	1 898 333	3 163 698	347	402	426
ZURICH VIDA	44	2,396	2 210	4 606	838 237 605	181 907	1 087 525	1 050 698	2 148 223	444	435	464
METROPOLITANA	114	840	818	1 658	68 068 450	39 946	950 766	918 546	1 869 312	1 073	1 123	1 097
LA LATINO AMERICANA LA PENINSULAR	64	2 451	2 472	4 923	2 186 924 000	426 884	522 244	696 060	1 128 304	205	236	220
CIGNA	1	117	117	234	1 079 640 000	8 460 000	241 763	277 768	519 561	2 060	2 374	2 220
SERFIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BANORTE-GENERALI	11	413	401	814	251 092 653	271 613	3 089	(59 102)	(56 013)	7	(147)	(69)
FFP S A C	1 824	17,884	15 989	33 873	14,381 191 400	424,362	(1,595,617)	(1 426,698)	(3,022,315)	(89)	(89)	(89)
AMERICAN BANKERS												
BANAMEN AEGON												
TOTAL	31 873	700 458	652 665	1 353 123	47 832 172 051	353 766	260 906 197	28 161 623	55 121 240	382	411	407

1.7 FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO

La póliza de gastos médicos mayores es un contrato mediante el cual la compañía de seguros se compromete a reembolsar el importe de los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización que sean erogados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

Se considera **gasto médico mayor** a la reclamación que rebase el deducible contratado.

El contrato de seguro de gastos médicos mayores cubre los gastos y padecimientos mencionados a continuación, el detalle de cada uno de estos puntos se encuentra en el glosario. Todo lo no mencionado como gasto cubierto, se considera no cubierto.

GASTOS CUBIERTOS POR EL SEGURO

- *Ambulancia terrestre*
- *Anestesiista*
- *Cuarto de Hospital.*
- *Enfermeras.*
- *Intervención quirúrgica.*
- *Medicamentos fuera del hospital y oxígeno.*
- *Prótesis.*
- *Renta de equipo.*
- *Servicios de diagnóstico.*
- *Suministros de hospital.*
- *Terapias.*
- *Transfusiones.*
- *Visitas o consultas médicas.*
- *Embarazo y parto.*
- *Padecimientos congénitos.*

Limitaciones.

Considerando que existen padecimientos cuya fecha exacta de ocurrencia no puede determinarse, se establece un periodo de espera para que la reclamación proceda. Las limitaciones que se manejan con mayor frecuencia son las siguientes :

- a) El tratamiento médico o quirúrgico de hernioplastias ó eventraciones
- b) Cualquier padecimiento anorectal
- c) Cualquier padecimiento ginecológico.
- d) Amigdalectomías, adenoidectomías.
- e) Operaciones de nariz y senos paranasales
- f) Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores.

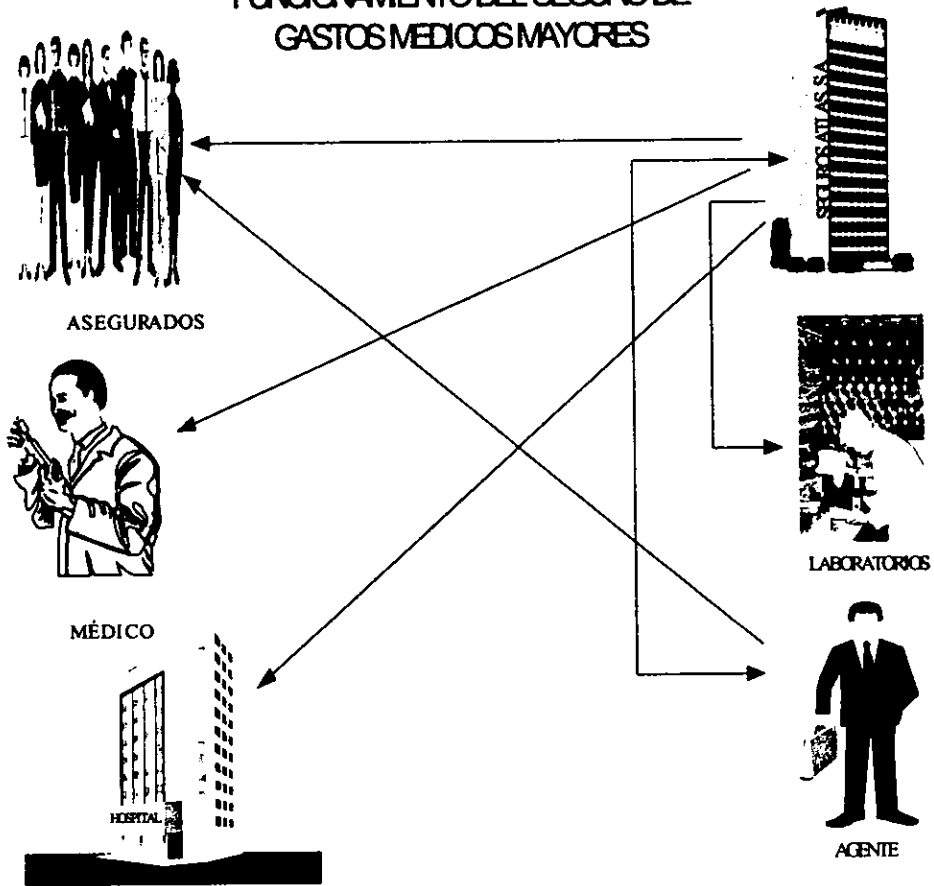
Exclusiones.

Existen básicamente 5 tipos de exclusiones :

- Tratamientos que no se consideran médicamente necesarios para la recuperación y conservación de la salud (gastos de acompañantes, servicios para la comodidad personal, etc.)
- Enfermedades que se presentan con alta incidencia (tratamientos dietéticos, compra de anteojos, control de la natalidad, etc.)
- Padecimientos que ya tenía el asegurado antes del inicio de cobertura (malformaciones, estrabismo, etc)
- Tratamientos que no son reconocidos por la práctica médico científica, o por ser tratamientos experimentales o de beneficio incierto para los asegurados (quiropáticos, acupunturistas, tratamientos psicológicos, etc.)
- Eventos en los que se considera que el asegurado voluntariamente agravó el riesgo y sus consecuencias (tratamientos de alcoholismo, drogadicción, riñas, etc.)

En el seguro de gastos médicos intervienen diferentes personas e instituciones para el funcionamiento, en el siguiente cuadro se muestran los integrantes del seguro y como se relacionan y enseguida se detalla cual es la función de cada uno.

FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES



- **EL AGENTE DE SEGUROS**

La mayoría de las Compañías aseguradoras venden sus productos a través de los agentes y corredores de seguros que forman su fuerza productora. El contacto con el cliente (Contratante del seguro) es a través del agente, por lo que la Aseguradora no tiene comunicación con sus asegurados en forma directa, solo a través del agente.

Cuando un agente realiza la venta de un seguro, se convierte en el enlace entre el Contratante y la Compañía de Seguros, de ahí en adelante, el pago de las primas, el trámite de reclamaciones y todas las peticiones, modificaciones, inconformidades, etc. serán a través de él, por lo que es evidente que el agente es una parte fundamental para el funcionamiento del seguro.

El agente no es un empleado de la aseguradora, sus ingresos los obtiene a través de comisiones por la venta de seguros.

- **EL CONTRATANTE**

Generalmente es el patrón ó dueño de una empresa que contrata un seguro y que solicita las condiciones que requiere para otorgar el seguro a sus empleados, paga la prima, controla el trámite de reclamaciones, informa de los cambios en los asegurados (altas, bajas, cambios, etc.) y su relación con la compañía de seguros es a través del agente.

- **LOS ASEGURADOS**

Son los empleados de una empresa que tiene contratado un seguro, generalmente el contratante otorga el seguro a los empleados y a sus dependientes económicos (cónyuge e hijos menores de 25 años). El contratante es quien les informa de las condiciones del seguro. Los empleados deben dirigirse al contratante para efectuar cualquier trámite relacionado con su seguro. Los asegurados no tienen relación directa con el agente ni con la Compañía de seguros.

• LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Determina las condiciones en que puede ofrecer el seguro, cual es el precio y la comisión que pagará al agente. Este seguro a diferencia de otros debe contar con una gran estructura de servicio para poder brindar la protección requerida. En el capítulo dos se detallan cuales son las formas en que se atiende un siniestro, pero como puede apreciarse en la página anterior, la aseguradora requiere establecer convenios con médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, ambulancias, etc. para que al ocurrir el siniestro cumpla con los compromisos asumidos.

1.8 MARCO LEGAL

Todas las compañías aseguradoras se rigen bajo la "Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros" que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de Agosto de 1935 durante el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas. Esta ley fue modificada en algunos artículos y las reformas están contenidas en el Diario Oficial de la Federación del 14 de Julio y 23 de Diciembre de 1993.

En 1935 se establecen las bases para definir quienes tienen la facultad para operar los riesgos relacionados con un seguro y se define a las compañías de seguros como las únicas empresas autorizadas para el manejo de los seguros de cualquier tipo, en este mismo año las compañías extranjeras salen del país al negarse a acatar la nueva ley que los obligaba a invertir las reservas en México, lo cual no aceptaron.

La reglamentación mencionada aún prevalece y no ha permitido que empresas que no son identificadas como compañías de seguros otorguen coberturas donde exista un compromiso a futuro en función a un evento incierto.

En 1936 fue expedido el reglamento que da forma al actual seguro de vida grupo, cuyo origen era eminentemente social ya que permitía que todos los trabajadores fueran asegurados sin examen médico, en este reglamento se menciona que en tanto no exista un reglamento relativo al ramo de accidentes y enfermedades, se aplicará este reglamento, en lo conducente a seguros donde fueran contratados como un grupo, pero con la cobertura de accidentes y enfermedades. Esta situación prevalece a la fecha ya que no se ha publicado un reglamento para este ramo.

En 1943 se crea la Asociación Mexicana de Medicina del Seguro A.C. la cual no solo buscó el perfeccionamiento académico de sus asociados, sino que también a través del intercambio de experiencias de todas las compañías aseguradoras, buscó acrecentar los conocimientos del mercado asegurador en lo referente a la selección médica de los riesgos de vida y fundamenta las bases del incipiente ramo de accidentes y enfermedades y su futuro desarrollo.

En 1950 había en México sesenta y ocho compañías de seguros, de las cuales seis se dedicaban al seguro de accidentes y salud y este antecedente permite ubicar el nacimiento del seguro de gastos médicos, al cual se le llamaba de salud por el tipo de coberturas que ofrecía, las cuales eran limitadas y se contrataban por separado en función a la necesidad específica que se quisiera cubrir.

También fueron determinados los conceptos que involucran el cálculo de la retención máxima para cada ramo y en particular para el ramo de accidentes y enfermedades, así como el capital mínimo que debe mantener cada institución para operar en el ramo. En esa época, se necesitaba un capital mínimo de \$ 500,000 a \$ 1'000,000 para poder operar el ramo y la retención máxima era del 5% del capital, por supuesto estas cifras han cambiado en la actualidad.

Actualmente existen dos leyes que rigen la actividad aseguradora:

a) La ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Esta ley establece los lineamientos de operación para las Compañías aseguradoras, los puntos fundamentales que establece son:

- De la organización
- De las filiales de Instituciones financieras del exterior
- Disposiciones generales
- De la contabilidad
- De la inspección y vigilancia
- De la disolución de las instituciones de seguros
- De las relaciones fiscales, de los procedimientos y de las sanciones

b) La ley sobre el contrato de seguro.

Establece las condiciones que deben cumplirse al celebrar un contrato de seguro, las obligaciones y derechos que tienen cada de las partes involucradas al comprar un seguro, los principales artículos son:

- Definición y celebración del contrato
- La póliza
- La prima
- El riesgo y la realización del siniestro
- Prescripción
- Contratos de seguros contra los daños
- Disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas.

c)El reglamento de seguro de grupo

En este reglamento se encuentran las condiciones que deben cumplirse al contratar un seguro de vida, los principales articulos mencionan las obligaciones y derechos que tiene el Contratante del seguro y como será el manejo administrativo.

Es importante recalcar que no existe un reglamento para la operación de accidentes y enfermedades, pero al final del reglamento de vida estipula que mientras no exista uno específico, se aplicará éste.

La operación en su conjunto no se define en la ley y eso hace diferencias por Compañía, pues cada una se basa en su criterio y/o experiencia para aplicarla.

CONCLUSIONES

De acuerdo con las cifras presentadas en la sección 1.3 se concluye que dentro del sector asegurador mexicano, el seguro de gastos médicos mayores es uno de los subramos que ha presentado mayor crecimiento a nivel de primas y siniestralidad y a la vez ha evolucionado en sus coberturas en el transcurso del tiempo.

Actualmente este seguro satisface las necesidades de cobertura para lo cual fue concebido, es decir, hacer frente a los "gastos mayores" en que una persona incurre a causa de una enfermedad ó accidente, 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.

En cuanto al aspecto técnico, puede observarse que los dos procedimientos empleados para calcular la prima de tarifa, sólo uno de ellos está fundamentado en estadísticas de la compañía de seguros ó bien en cifras de la experiencia del sector asegurador mexicano, mientras que el aplicable a las pólizas "grandes" se basa en supuestos de información que se obtienen a través del agente de seguros lo cual repercute en calcular un precio que no garantiza la suficiencia en primas que técnicamente se requiere.

El marco legal que rige al seguro de gastos médicos mayores grupo se sustenta en la "Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros" en la "Ley Sobre el Contrato del Seguro" y en el "Reglamento del Seguro de Vida Grupo", la operación administrativa y técnica no está definida en la ley y por esta causa existen diferencias de una compañía de seguros a otra, lo que repercute en la captación de negocios, pago de siniestros e imagen de la compañía de seguros.

BIBLIOGRAFIA

- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
Editorial Porrúa México 1995
- El seguro de vida
MACLEAN Joshep B.
Compañía Editorial Continental
México 1996
- Planeación y control de las empresas
Guillermo Gómez Ceja.
Editorial Edicol
México 1989
- Indicadores accidentes y enfermedades 1997
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Estadísticas accidentes y enfermedades
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Anuarios Estadísticos de Seguros y Fianzas 1993-1997
Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
México 1998
- Diccionario MAPRE de seguros.
Editado por el ITSEMAP
España 1993

CAPITULO

2

**PROBLEMÁTICA
ACTUAL DE LOS
SINIESTROS DE
GASTOS MEDICOS
MAYORES**

OBJETIVO :

Analizar el manejo técnico y
administrativo de este seguro para
determinar que elementos son los que
inciden en la siniestralidad

2.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

A continuación se presenta en resumen las personas y prestadores de servicios que intervienen en el manejo de este ramo y como pueden afectar en la siniestralidad de este tipo de pólizas.

ANALIZANDO AL AGENTE EN SU RELACION CON:	
VARIABLE	CAUSA
Contratante	Debido a que las comisiones del agente no consideran la experiencia de siniestralidad de la póliza, el agente busca mantener sus clientes actuales y ganar nuevos clientes, por lo que en este afán, presenta al contratante diversas cotizaciones elaboradas por varias aseguradoras, para orientarle sobre cual es la mejor opción, aunque buscará convencer a su cliente cuidando que su ingresos como agente de seguros sean los más adecuados.
Compañía de seguros	El agente pide cotización a las Aseguradoras a través de una carta indicando cuales son las condiciones que requiere, sin embargo muchas veces da información diferente a la Aseguradoras ó en otros casos no proporciona toda la información. Las Compañías de seguros caen en el "juego" del agente porque no puede pedir que la información que le proporcionó para cotizar sea verídica, pues de hacerlo, corre el riesgo que otra Compañía de seguros lo acepte sin más requisitos, y de esta forma pierde el negocio.
Compañía de seguros	Muchos agentes de seguros que tienen una gran cartera de clientes y que incluso son filiales de firmas internacionales, los llamados "corredores de seguros" tienen mucha influencia con las Compañías de seguros, pues tienen 24 opciones de Aseguradoras que les solicitan negocios. Por esta situación las Aseguradoras tiene que ofrecerles condiciones y tarifas especiales para que los corredores acepten trabajar con ellos.

ANALIZANDO AL CONTRATANTE EN SU RELACION CON:	
VARIABLE	CAUSA
Agente	El Contratante puede elegir entre un gran número de agentes de seguros ,la administración de su póliza, por lo que en muchas ocasiones el agente ofrece condiciones muy especiales para ganar el negocio
Compañía de seguros	Al no tener relación directa con la Compañía, el agente puede ocultar ó agregar información, en favor de su póliza

ANALIZANDO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS EN SU RELACION CON:	
VARIABLE	CAUSA
Contratante	Debido a que la Aseguradora no tiene el contacto directo con el Contratante, busca tener una buena relación con el agente de seguros, pues solo de esta manera conservará el negocio.
Agente	El agente es una parte fundamental en todas las operaciones que realice la Compañía de seguros, desde la cotización del negocio hasta el pago de siniestros, sin embargo pocos agentes son leales a las aseguradoras, pues tiene 24 opciones para elegir con quien colocar sus negocios, por esta razón tiene mucha fuerza para lograr las mejores condiciones para él y su cliente.
Asegurados	Solo tiene relación con los asegurados cuando existe una reclamación por pago directo, pues un médico de la Compañía acude al hospital a verificar el siniestro y autorizar el pago del mismo.
Hospital	Los hospitales no cuentan con un mecanismo de facturación uniforme ni sus precios están regulados, no existe un control por parte de ningún organismo que certifique que los insumos

	<p>empleados en la atención de un paciente sean los que están asentados en la factura, por esta razón para una misma operación los gastos pueden ser diferentes. Esta situación afecta demasiado a las Compañías de seguros pues no puede estimar sus costos. Por la gran demanda de servicio en los hospitales, no dan descuentos a las Compañías de seguros, solo a aquéllas que cuenten con un gran número de pacientes, lo que pone en desventaja a las Compañías medianas y pequeñas.</p>
Hospital	<p>Los hospitales no cuentan con un mecanismo de facturación uniforme ni sus precios están regulados, no existe un control por parte de ningún organismo que certifique que los insumos empleados en la atención de un paciente sean los que están asentados en la factura, por esta razón para una misma operación los gastos pueden ser diferentes. Esta situación afecta demasiado a las Compañías de seguros pues no puede estimar sus costos. Por la gran demanda de servicio en los hospitales, no dan descuentos a las Compañías de seguros, solo a aquéllas que cuenten con un gran número de pacientes, lo que pone en desventaja a las Compañías medianas y pequeñas.</p>
Médico	<p>Al igual que en los hospitales, no existe una regulación en los honorarios médicos, esto ha convertido al seguro de gastos médicos en una fuente adicional de ingreso para los doctores, debido a que sus honorarios dependen de que el paciente cuente con un seguro o no.</p>

2.2 IDENTIFICACION DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS.

ENTORNO

El cuidado de la salud cada día es mas importante, sobre todo en el rubro de la prevención, pues el uso de mejores alternativas como es la tecnología de punta en el aspecto médico, tiene un impacto económico alto.

El poder adquisitivo de la población mexicana cada día se deteriora y muchas personas recurren a la automedicación, ya que existen prioridades como alimento y vivienda, este tipo de prácticas favorece la complicación de enfermedades y consecuentemente se recurre al tratamiento del padecimiento ya presente.

Una parte considerable de la población no tiene los ingresos suficientes para adquirir una cobertura de gastos médicos y esto aunado a la deficiencia de los servicios de salud que existen en México, ocasionan un problema latente que se acentúa por la situación económica del país.

El alto costo de la atención médica privada, de los medicamentos, insumos hospitalarios y tecnología de punta empleada en hospitales privados, provocan que la gente que no cuenta con un seguro de gastos médicos, le resulte prácticamente imposible acceder a este tipo de atención.

La falta de cultura de previsión en los mexicanos y en particular del seguro aunado a la falta de capacidad económica implica que la única manera en que la población cuente con una póliza de seguro, sea a través de una prestación que otorguen las empresas, como parte de su esquema de previsión social.

Existen cambios importantes en los prestadores de servicios, como : laboratorios con mejor equipo y tecnología de punta , nuevos hospitales propiedad de compañías de seguros, farmacias que venden medicamentos genéricos.

Las asociaciones médicas se incrementan cada día , promoviendo servicios que se transforman en competencia directa para las compañías de seguros.

Existen programas de coberturas hospitalarias propias que otorgan servicios y descuentos mas atractivos para quien las adquiere, lo que se transforma igualmente en competidores con los que las compañías de seguros no pueden igualar precios pues éstos ofrecen servicios como "check up's" gratuitos, consultas médicas sin limites, estudios de laboratorio con costos mínimos, etc.

La misión de la compañía donde se labora es :

"Proporcionar a la sociedad a cambio de una contraprestación económica servicios que cubran necesidades de seguridad ante los imprevistos que atenten contra su vida o su patrimonio, proporcionándoles coberturas idóneas a la situación general ya la suya en particular, brindando trato amable, oportuno y eficaz, dando un servicio personalizado y de calidad en el mercado. Logrando en este proceso la realización y satisfacción de los empleados y agentes que la conforman, contribuyendo con esto a la estabilidad y desarrollo de la compañía y de nuestro país, de tal manera que formamos "la empresa a la medida".

Y la visión que se tiene es:

"Ser una compañía con una participación creciente en el mercado, rentable, sana, productiva, reconocida por su servicio, flexible, humana, con productos de valor agregado y altamente competitiva"

A continuación se establecen las fortalezas y debilidades que se tienen en la compañía donde se labora en el ramo de gastos médicos mayores grupo.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Producto competitivo en coberturas y tarifas	Sistema de emisión de pólizas obsoleto

Personal en oficina matriz nivel académico adecuado y experiencia de más de 10 años en el ramo.	Cartera de pólizas centralizada en dos corredores de seguros, lo que ocasiona que la Compañía de seguros ofrezca menores precios por conservar negocios.
Buena imagen con la fuerza productora y proveedores de servicios.	Sistema estadístico insuficiente e inoportuno
Pago oportuno de siniestros	Siniestros altos sin protección de reaseguro
Red de médicos	Gran estructura de servicio
Cartera sin pago de complementos	Compañía de seguros considerada dentro del mercado asegurador como "mediana", pero que tiene que competir en precio y servicios con las compañías "grandes"
Socio internacional reconocido	No se tiene descuento con hospitales
Suscripción sobre bases técnicas	Documentación contractual imprecisa
	No se cuenta con indicadores de costos hospitalarios
	No se cuenta con indicadores de siniestralidad
	No se cuenta con paquetes hospitalarios

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Privatización del sistema de salud	Alza en los precios de servicios de salud
Las compañías de seguros puedan manejar ya el ramo de salud	Economía inestable
Existe un sistema estadístico del sector asegurador mexicano	Regulación Deficiente en costos hospitalarios
	Aumento de los índices delictivos, lo cual afecta a la morbilidad de este seguro
	Competencia desleal entre compañías de seguros

2.3 COBERTURAS ESPECIALES

Dentro del capítulo 1 se explicó el funcionamiento del seguro y se señalaron algunas definiciones así como exclusiones, dentro de las cuales, existen cláusulas cuyo manejo puede prestarse a controversia y por esta razón requieren un análisis especial ya que implican un alto porcentaje de incidencia en siniestralidad.

A continuación se describen algunas de las más importantes:

- **FECHA DEL SINIESTRO**

Dentro de la póliza de gastos médicos existen enfermedades en las cuales es muy difícil demostrar la fecha en que se presentaron por primera vez, ya que su diagnóstico puede llevarse mucho tiempo ó bien ser a consecuencia de alguna otra enfermedad, como ejemplo podemos citar el caso de los padecimientos ginecológicos como una tumoración mamaria, en este caso la persona que lo padece va a detectar que tiene una "bolita" en el pecho, después va a asistir con su médico, le practicarán estudios. le enviarán con un especialista, quizá le efectuará mas estudios y finalmente se prescribirá el tratamiento médico o quirúrgico, sin embargo para determinar la fecha en que realmente ocurrió la enfermedad se considera el criterio del médico, pudiendo existir controversia ya que para algunos será cuando apareció la " bolita", para otros cuando se tuvo el resultado de los estudios, cuando lo dictaminó el médico, o quizá era una enfermedad con un largo tiempo de evolución

Para tratar de unificar este criterio, la fecha de siniestro se determina con la fecha en que se erogó el primer gasto.

Si durante el tiempo que se señala en el caso citado, el Contratante decide cambiar su póliza a otra Aseguradora, el problema para las Compañías de seguros es determinar a quién le corresponde pagar por este siniestro.

- LIMITACIONES

Considerando lo descrito en el punto anterior es práctica del mercado establecer un período de espera de 1 a 2 años para cubrir las enfermedades en las que no puede definirse exactamente la fecha del siniestro, de esta manera trata de desalentarse a las personas que compran la póliza para cubrir una enfermedad que ya padecen al momento de contratar el seguro. Las enfermedades que usualmente se limitan están señaladas en el capítulo anterior.

- RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Esta cláusula tiene por objeto el garantizar la continuidad del seguro, es decir que el asegurado no pierda los derechos adquiridos por cambiar de una Compañía aseguradora a otra y tiene una gran importancia ya que mediante esta cláusula pueden eliminarse los periodos de espera señalados en el punto anterior.

Esta cláusula tiene el inconveniente para la Compañía de seguros, de asumir un riesgo mayor bajo un mismo costo, ya que generalmente este beneficio se otorga sin costo adicional. Para un seguro de grupo (en el cual no existe selección de riesgos) el problema es mayor ya que puede existir gente que ya inició un padecimiento y que aún no está diagnosticado.

- PREEXISTENCIA

Se considera que una enfermedad es preexistente si al momento de contratar el seguro ya existía es decir :

1. Era aparente a la vista
2. Fué diagnosticada por un médico
3. Por sus síntomas ó signos no pasa desapercibida

Hace algunos años esta cláusula no podía cubrirse porque al hacerlo el riesgo ya no es incierto, pues una persona que ya tiene una enfermedad antes de contratar una póliza de seguro, se

considera que es preexistente y que puede comprar el seguro para emplearlo en es tratamiento de ésta, lo que implica a la Aseguradora una siniestralidad adicional a la que tendría si seleccionara sus riesgos. Sin embargo actualmente es un beneficio que puede darse mediante un costo adicional, el cual generalmente es una estimación ya que no existe una estadística en la cual pueda basarse para calcular el costo adecuado.

Es una cobertura muy especulativa ya que generalmente se cubren padecimientos preexistentes con la condición que el primer gasto se realice dentro de la vigencia del seguro, sin embargo esta limitación es muy fácil de salvar para el asegurado, ya que la compañía de seguros para rechazar un siniestro tendría que demostrar que el asegurado ya efectuó un gasto.

2.4 ESQUEMAS ADMINISTRATIVOS

- Administración tradicional

Considerando que el seguro de grupo cubre a trabajadores de una misma empresa ó patrón es común encontrar que existe rotación de personal, por lo que el seguro de gastos médicos tiene durante la vigencia de la póliza una serie de movimientos de altas y bajas de asegurados, lo que implica que administrativamente sea una labor muy complicada ya que deben elaborarse endosos a la póliza para cobrar la prima de nuevos asegurados y otros para devolver la prima de los asegurados que se dan de baja. El contratante del seguro tiene entonces la obligación de reportar a la Compañía de seguros estos cambios, pues en caso de no hacerlo, podría dejar sin cobertura de seguro a una persona y en caso de ocurrir un siniestro la aseguradora no pagaría, por lo que surge un esquema administrativo diferente que es el sistema autoadministrado.

- Sistema autoadministrado

Mediante este sistema el contratante del seguro (patrón ó empresa) no debe reportar los movimientos de cambio en su población en el momento en que ocurran, cada mes debe enviar un listado reportando las altas y/o bajas de su personal y la compañía de seguros no le cobrará la prima correspondiente sino hasta el final de la vigencia de las pólizas.

Es común este tipo de esquemas que simplifican el trabajo administrativo pero que tienen dos implicaciones importantes :

1.- Si la póliza no renueva su seguro, el contratante ya no paga el ajuste anual de primas por los movimientos que existieron durante la vigencia, sin embargo la Aseguradora si estuvo a riesgo y si existió algún siniestro tuvo que pagarlo.

2.- Existen siniestros de asegurados que no están dados de alta en la póliza, frecuentemente se argumenta que por un error administrativo del contratante no se reportó el movimiento de alta, pero si no existiera el siniestro, nadie se daría cuenta y el contratante no pagaría la prima correspondiente.

- Esquema de prima mínima

Como se mencionó en el capítulo 1 los grupos que tienen más de 75 titulares se cotizan en base a su experiencia de siniestralidad para determinar el costo de la prima, sin embargo es frecuente que en un grupo en un año tenga buena siniestralidad y otros mala, ya que este seguro no mantiene un mismo índice de siniestralidad

En los últimos años se ha manejado un esquema en el cual se determina la prima máxima a cobrar, ésta es la que resulta de aplicar la fórmula de prima de tarifa, pero mediante este esquema se cobra solo una parte de la prima y el resto solo se paga si la siniestralidad rebasa un porcentaje determinado como ejemplo podemos citar :

EJEMPLO DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PRIMA MINIMA

Ramo	Gastos médicos
Póliza	1586/71
Contratante	Coca cola
Vigencia	Enero 01, 1998 a 1999
Prima máxima	\$ 2'000,000
Prima mínima	50 % con escalones de 25 % y 25 %
Tope de siniestralidad	60 % de la prima mínima

Como puede observarse el asegurado solo paga la mitad de la prima que técnicamente se establece como suficiente para hacer frente al riesgo asumido y solo al rebasar la siniestralidad el porcentaje indicado, la aseguradora tendrá derecho a cobrar el complemento de la prima. Con este esquema la Aseguradora queda en desventaja ya que si la siniestralidad rebasa el 100% de la prima el asegurado no paga más, sin embargo por competencia este tipo de esquema lo manejan actualmente varias Aseguradoras.

- Cash Flow

Este término significa flujo de efectivo y bajo este esquema administrativo, la Compañía de seguros no corre ningún riesgo pues solo maneja el dinero del asegurado y cobra gastos de administración por el dictamen de siniestros.

Este tipo de administración es común en negocios con primas altas y que ya tienen experiencia de siniestralidad. El contratante del seguro determina contratar este esquema principalmente cuando su siniestralidad es baja y considera que las primas que eroga son suficientes para pagar las reclamaciones que ocurran, es decir, puede autoasegurarse. La ventaja de este esquema para las Compañías de seguros, es que no tienen ningún riesgo y solo cobran gastos administrativos por cada siniestro, además no hace ningún financiamiento pues al inicio del contrato de seguro se establece que el contratante debe pagar un fondo en depósito para que de éste se paguen los siniestros que reclame.

Cuando el contratante elige esta opción corre el riesgo de que la siniestralidad no se comporte como en años anteriores y la prima que tenía destinada para el pago de siniestros sea insuficiente, de ser así , el contratante tendrá que usar sus recursos para pagar esa desviación.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, existe otro tipo de seguro que puede complementar a éste, ya que la Compañía de seguros toma el riesgo de esa posible desviación, este seguro se denomina Stop loss.

- Stop loss

Este seguro lo manejan pocas Compañías aseguradoras pues da una protección a un evento catastrófico a un costo relativamente bajo.

La función de este seguro es brindar una cobertura cuando la siniestralidad rebase una cantidad establecida. Por ejemplo si una empresa decide que puede asignar un presupuesto de \$ 2,000,000 para las primas de un seguro de gastos médicos, puede contratar un esquema de Cash flow y un seguro de Stop loss que funcione si la siniestralidad global de todos sus empleados en un año rebasa los \$2,000,000. De esta manera el contratante del seguro puede, si su siniestralidad es baja, ahorrar las primas que hubiera pagado a la aseguradora y si la siniestralidad aumenta, cuenta con la protección de una póliza de seguro.

Para las aseguradoras este tipo de seguro no representa un buen ingreso de primas y por otro lado asume la responsabilidad de un gran riesgo, por esta razón solo es conveniente manejarlo cuando su cartera puede soportar la pérdida ó bien, busca el apoyo de un Reasegurador.

2.5 FORMA DE PAGO DE UN SINIESTRO

- PAGO DIRECTO

Con este mecanismo el asegurado debe atenderse con los médicos y hospitales en los que la Compañía de seguros tiene establecido un convenio y su finalidad es dirigir al asegurado a una red de médicos con los que se tienen negociados precios especiales. En el caso de hospitales la intención es darles un volumen considerable de pacientes para obtener descuentos en los costos, lo cual es una ventaja para la Compañía de seguros.

Para el asegurado la ventaja es que la Compañía de seguros hace el pago en forma directa al hospital y al médico y el asegurado no desembolsa grandes cantidades, solo el deducible y el coaseguro que le corresponden.

Algunas compañías de seguros les condonan el deducible y coaseguro al elegir el pago directo lo cual tiene un efecto negativo en el control de la siniestralidad, ya que como el asegurado no hace ningún desembolso puede acudir a un hospital de mayor nivel económico y en el caso de que tuviera que pagar dicho deducible y coaseguro estaría fuera de sus posibilidades.

- REEMBOLSO

Mediante este sistema el asegurado acude al hospital y médico que desee, paga los gastos respectivos y con todos sus comprobantes (facturas, notas de farmacia, recibo de honorarios, etc) tramita el reembolso de éstos con la Compañía de seguros.

En esta forma de pago la Compañía paga todos los gastos procedentes y solo limita los honorarios médicos de acuerdo a los tabuladores de costos usuales que tenga establecidos.

Los tabuladores mencionados son diferentes en todas las compañías de seguros ya que no existe un catálogo elaborado y aprobado por alguna autoridad, en el caso de Estados Unidos si existe una guía de honorarios médicos que se llama "Physicians Fee Coding Guide".

- **ANTICIPOS**

Este beneficio se da a los asegurados que tengan una cirugía programada y consiste en que la compañía de seguros otorgue un anticipo para cubrir los gastos médicos por una intervención quirúrgica que el médico tratante le haya programado como si fuera un siniestro ocurrido.

Para que la Compañía otorgue dicho anticipo solo es necesario que presente un informe médico, la historia clínica y el presupuesto de gastos.

Cuando la información presentada se revisa y se aprueba, se otorga un anticipo del 60% del presupuesto presentado. El asegurado debe presentar dentro de los 30 días posteriores el importe total de los gastos

El problema principal radica en que el presupuesto puede "inflarse" y dado que no se tienen los costos de hospitalización puede estar anticipándose realmente una cantidad mayor a la que el asegurado va a gastar, por lo que este beneficio puede ser especulativo y la compañía de seguros debe tener un control estricto para darle seguimiento a los asegurados que no han presentado los comprobantes de la reclamación.

2.6 PAGO DE COMPLEMENTOS Y RESERVA DE SINIESTROS OCURRIDOS Y NO REPORTADOS. (Incurred But Not Reported, IBNR)

En el seguro de gastos médicos existe una cláusula en la que se establece que a partir de la fecha del primer gasto la Aseguradora está obligada a pagar los complementos derivados del padecimiento por un máximo de dos años ó hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.

Esta cláusula es aplicable aún cuando la póliza se cancele, por lo que es muy importante para las Aseguradoras la conservación de la cartera pues en caso de cancelación se queda con la responsabilidad del pago de siniestros pero sin más pago de primas.

Con esta situación el contratante puede aprovechar este beneficio debido a que puede cotizar su seguro con otra Aseguradora, ya que existe una gran competencia de precios en el mercado asegurador y por otro lado dejarle a la Compañía de seguros anterior la pérdida que le ocasiona el seguir pagando complementos de siniestros ocurridos en la vigencia donde se manifestó el evento.

Esta reserva se constituyó recientemente debido a que en el estado de resultados no se reflejaba de una manera correcta la utilidad ó pérdida de un ejercicio por dos situaciones:

1.- Al 31 de Diciembre de cada año en que se cierran contablemente las operaciones de seguros, pueden existir siniestros que ya ocurrieron pero no han sido reportados a la aseguradora, por lo que esos siniestros deberían entrar en el cierre contable de ese ejercicio.

2.- La forma en que se contabilizan los siniestros es de acuerdo a los gastos que se presenten en el momento de la reclamación, por lo que si tenemos un padecimiento de una enfermedad grave como un cáncer de pulmón existe una probabilidad muy alta de que se agote la suma asegurada contratada, por lo que al momento de contabilizar el pago del siniestro debería estimarse una reserva por el total de dicha suma asegurada, sin embargo solo se contabilizan los gastos conforme se van presentando, por lo que existe un pasivo que no se refleja dentro del estado de resultados.

Por lo anterior se constituyó la reserva de siniestros ocurridos y no reportados la cual se calcula mediante técnicas actuariales para garantizar que ésta sea suficiente para cubrir lo establecido en los puntos anteriores.

En el anexo 2 puede observarse el porcentaje que en promedio pagan las aseguradoras por siniestros complementarios.

2.7 COMPETENCIA

Existen 24 compañías de seguros que manejan el ramo de gastos médicos mayores, en las cuales la competencia en precios es impresionante y esto básicamente se refleja en que existen nuevas compañías que quieren ganar mercado y que por conseguirlo dan una serie de condiciones especiales y primas bajas y si al final el negocio fue malo, simplemente cierran sus operaciones y/o se retiran del ramo.

Actualmente las Compañías de seguros no tiene un criterio uniforme para tarificar un riesgo pues cada una determina que riesgos pretende cubrir, qué comisión le pagará a sus agentes de seguros, cual es su gasto de operación para afrontar el manejo de este seguro y que margen de utilidad requiere.

Pero adicional a lo descrito en el párrafo anterior, la forma de suscribir negocios es parecida en las aseguradoras porque para ganar ó conservar un negocio se requiere hacerlo a través del agente de seguros. Uno de los principales problemas es que al suscribir el negocio, el cálculo se basa en la información que proporciona el agente. En el capítulo anterior se explicó que para los seguros de experiencia propia el cálculo de la prima se basa en la siniestralidad del año anterior, por lo que muchas veces el agente que quiere ganar ó conservar un negocio proporciona para cotizar una cifra de siniestralidad que es menor a lo real, entonces la Compañía de seguros propone una tarifa quizá menor a la que el Contratante ha pagado en años anteriores y ocasionará una pérdida pues la prima cobrada es insuficiente.

Lo mismo ocurre para el caso de las coberturas pues el pasar de una Compañía de Seguros a otra el agente busca tener las coberturas de las que ya disfrutaba más los beneficios que otorga la nueva compañía.

Entre las Compañías de seguros no existe una comunicación formal para intercambiar información que es necesaria para suscribir sobre bases reales y en ocasiones caen en el "juego

comercial" de captar negocios sin considerar los elementos técnicos y la veracidad de la información pues todas las Compañías requieren cumplir con sus metas de venta.

En el capítulo anterior puede observarse que las primas promedio que se cobran en este seguro varían en cada compañía de una forma considerable, la prima más barata es de \$374 y la mayor es de \$4,348 aunque esta comparación no puede hacerse de manera tan directa ya que habría que comparar que coberturas ofrece cada Compañía, sin embargo esto refleja la falta de uniformidad al cotizar que existe en este ramo.

2.8 OFERTA HOSPITALARIA

Actualmente existen alrededor de 46 hospitales en el Distrito Federal de los cuales tres son de alto nivel: Angeles del Pedregal, Médica Sur y ABC .

En estos hospitales el costo por la atención médica es verdaderamente alto ya que no está regulado por ningún organismo el precio de insumos y servicios, por lo que se da el caso que las medicinas cuestan por lo menos tres veces el costo de adquirirlas en una farmacia normal.

Sin embargo muchos asegurados aprovechan la oportunidad de atenderse en éstos hospitales ya que se les condonan el deducible y el coaseguro y por lo tanto no importa el tiempo que deba hospitalizarse ni los gastos que se eroguen, situación que sin duda afecta de manera muy importante a las aseguradoras.

Los hospitales se rigen por la oferta y demanda y dado que ésta última es muy alta pueden incrementar sus precios cuando lo consideren conveniente, aunado a esto muchas personas saben que al entrar al hospital se pregunta al paciente si cuenta con un seguro de gastos médicos ya que el costo entonces es mayor.

En el anexo 2 puede apreciarse una comparación de costo contra calidad por hospital aunque no se menciona el nombre de éstos, también se muestra un desglose por compañía de seguros de los pagos promedio a hospitales.

2.9 ESTADISTICAS DEL MERCADO ASEGURADOR

A continuación se muestran las estadísticas del mercado asegurador para el seguro de gastos médicos mayores grupo.

Esta estadística es el compendio de la información de todas las Compañías de seguros que manejaron este ramo con cifras correspondientes al año de 1997.

Esta información será la base del análisis del capítulo siguiente.

Cuadro 2.2
Estadística de asegurados y prima emitida por edad y sexo

E D A D	NUMERO DE ASEGURADOS EN VIGOR			PRIMAS DIRECTAS EMITIDAS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	36,964	36,662	73,626	26,407,122	25,412,944	51,820,066
5-9	33,291	32,179	65,470	26,822,248	22,829,730	49,651,978
10-14	25,633	27,298	52,931	22,747,286	20,090,423	42,837,709
15-19	24,041	23,607	47,648	16,446,718	18,081,366	34,528,084
20-24	38,429	35,212	73,641	32,701,843	43,851,272	76,553,115
25-29	48,361	46,749	95,110	59,641,790	72,922,300	132,564,090
30-34	47,336	41,967	89,303	59,706,169	71,006,128	130,712,297
35-39	41,311	33,687	74,998	52,869,182	56,472,169	109,341,351
40-44	28,074	21,959	50,033	40,840,615	42,952,305	83,792,920
45-49	16,988	12,471	29,459	30,331,512	30,697,932	61,029,444
50-54	10,252	7,903	18,155	22,556,383	24,452,237	47,008,620
55-59	6,504	4,668	11,172	18,507,509	18,047,577	36,555,086
60-64	3,861	2,827	6,688	14,306,803	11,416,618	25,723,421
65-69	2,017	1,773	3,790	8,794,252	8,080,283	16,874,535
70-74	832	538	1,370	4,814,959	2,713,712	7,528,671
75-79	345	248	593	4,540,265	765,951	5,306,216
80 y más	142	58	200	737,512	193,551	931,063
TOTAL	364,381	329,806	694,187	442,772,168	469,986,498	912,758,666

CIFRAS EN PESOS

Esta estadística muestra el total de asegurados vigentes al 31 de Diciembre de 1997 en el seguro de gastos médicos mayores, como se observa, existen 694,187 asegurados lo cual representa que solo el 0.75% de la población cuenta con esta prestación.⁶

Cabe señalar que el total de asegurados en todo el país durante 1997 fue de 2'188,102 de los cuales el 21.89 % tiene una póliza individual, el 31.72 % está asegurado en una póliza de grupo y el resto cuenta con un seguro colectivo.

Puede apreciarse la distribución que existe de los asegurados actuales por edad y sexo en quinquenios de edad.

Este cuadro muestra las primas emitidas por rango de edad y puede verse que las primas promedio en hombre son de \$1,215.80 y en las mujeres de \$1,425.04

⁶ Considerando que en el país la población en 1997 era de 92 millones de personas

Cuadro 2.3

SINIESTRALIDAD RECLAMADA POR
RANGO DE EDAD, CONCEPTO DE COBERTURA Y SEXO

E D A D	NUMERO DE SINIESTROS		MONTO DE SINIESTROS		HONORARIOS MEDICOS		HOSPITALIZACION		MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL		ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRAT		OTROS GASTOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
	0-4	7.870	6.442	36.892.767	21.922.192	11.519.963	8.179.496	14.687.510	8.635.144	3.565.550	2.307.735	3.458.765	2.048.730	3.660.979
5-9	4.685	3.800	13.635.919	9.963.416	5.778.466	4.177.131	4.663.465	3.425.538	1.808.626	1.108.301	1.104.771	913.144	280.591	339.302
10-14	2.989	2.761	9.749.135	8.141.164	3.898.709	3.219.584	3.590.394	2.977.923	1.185.611	906.085	845.072	817.189	229.349	220.383
15-19	3.230	3.524	14.976.921	12.359.761	5.963.665	5.067.460	5.333.553	4.276.525	1.980.555	1.434.269	1.358.568	1.273.408	340.580	308.099
20-24	5.028	7.254	23.675.524	26.029.011	9.577.904	10.853.800	8.064.980	9.504.652	3.356.990	2.751.893	2.155.927	2.239.148	519.723	679.518
25-29	7.601	18.130	35.413.159	64.972.731	13.552.483	27.794.526	13.662.242	22.989.025	4.411.254	6.751.785	2.798.383	5.423.388	988.797	2.014.007
30-34	7.411	15.525	33.067.325	69.861.034	12.970.338	28.651.969	12.277.666	25.396.810	3.827.063	7.661.950	2.690.964	5.933.572	1.301.294	2.216.733
35-39	7.798	11.463	43.843.942	54.055.500	17.303.985	22.494.263	16.567.591	19.612.542	5.157.734	5.597.165	3.399.351	4.663.690	1.415.281	1.687.840
40-44	4.203	6.266	26.148.118	38.190.559	10.188.798	15.579.902	9.851.755	13.660.381	3.138.271	4.200.597	2.217.323	3.826.508	751.971	923.171
45-49	2.831	3.746	24.733.384	26.963.876	8.765.623	10.826.910	9.906.576	9.641.873	3.003.726	3.066.675	2.098.625	2.767.220	958.834	661.198
50-54	1.987	2.440	21.221.404	18.184.433	7.828.446	6.870.457	8.274.956	7.024.328	2.595.267	1.963.742	1.847.362	1.798.214	675.373	527.692
55-59	1.405	1.471	18.863.868	11.889.649	7.328.833	4.567.064	6.812.774	4.418.958	2.460.418	1.416.047	1.752.458	1.219.163	509.387	268.417
60-64	792	706	14.729.750	9.069.965	5.494.373	3.377.259	5.642.686	3.390.430	1.879.020	1.078.472	1.392.256	963.800	321.414	260.004
65-69	490	414	11.444.593	3.850.828	4.208.319	1.467.878	4.370.256	1.432.428	1.374.964	480.948	1.068.429	396.369	422.625	73.205
70-74	169	113	2.034.487	957.738	758.383	360.795	815.892	338.577	222.278	116.327	195.473	108.259	42.460	33.780
75-79	84	44	1.403.186	643.422	468.830	236.678	603.670	238.722	154.527	75.059	167.325	82.508	8.834	10.455
80 y más	72	35	1.090.391	750.105	424.893	256.469	435.588	329.721	126.695	33.527	122.183	91.758	(18.968)	38.630
TOTAL	58.645	84.134	332.923.873	377.805.384	126.032.011	153.981.641	125.561.554	137.293.577	40.248.549	40.950.577	28.673.235	34.566.068	12.408.524	11.013.521

*CIFRAS EN PESOS

Este cuadro muestra el desglose por edad y sexo de las reclamaciones presentadas en este seguro, estos importes incluyen gastos que no proceden, así como el deducible y coaseguro, es decir el total de los gastos efectuados por el asegurado.

Esta estadística refleja el comportamiento de los siniestros por los principales conceptos por los que existe una erogación los cuales pueden agruparse en cinco principales rubros: (1) honorarios médicos, (2) pago a hospitales el cual incluye quirófano, sala de recuperación, cuarto privado, alimentos del paciente, medicamentos, insumos hospitalarios, estudios y diagnóstico y todos los demás gastos efectuados dentro del hospital, (3) compra de medicamentos fuera del hospital, (4) estudios auxiliares y de diagnóstico que incluyen: radiografías, pruebas de laboratorio, ultrasonidos etc. (5) otros gastos que pueden efectuarse, como son renta de equipo ortopédico, aparatos para rehabilitación, enfermeras a domicilio, etc.

Cuadro 2.4
SINIESTRALIDAD PROCEDENTE POR
RANGO DE EDAD, CONCEPTO DE COBERTURA Y SEXO

E D A D	NUMERO DE SINIESTROS		MONTO DE SINIESTROS		HONORARIOS MEDICOS		HOSPITALIZACION		MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL		ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRAT		OTROS GASTOS	
	FROM	MUJ	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
	0-4	7,797	6,341	33,391,732	19,684,310	10,468,646	7,385,791	13,853,146	7,704,209	3,276,534	2,084,213	3,220,158	1,840,241	3,573,248
5-9	4,648	3,766	12,499,338	9,111,910	5,284,423	3,782,668	4,302,647	3,192,961	1,637,100	1,001,298	1,004,185	833,598	270,983	301,385
10-14	2,952	2,720	9,021,129	7,465,824	3,572,278	2,945,385	3,370,257	2,769,104	1,086,603	828,603	774,531	753,080	217,460	169,652
15-19	3,193	3,480	13,825,197	11,319,560	5,452,800	4,610,496	4,983,426	3,968,544	1,818,154	1,291,107	1,248,935	1,160,152	321,882	289,261
20-24	4,997	7,198	21,523,383	23,639,299	8,679,014	9,845,969	7,355,679	8,687,086	3,034,914	2,482,638	1,968,532	2,022,053	485,244	601,553
25-29	7,543	18,031	32,353,039	58,996,790	12,172,886	25,401,773	12,740,086	20,828,560	4,004,143	6,096,767	2,541,613	4,858,374	894,311	1,811,316
30-34	7,329	15,418	30,033,785	62,981,722	11,616,190	26,157,192	11,330,132	22,576,759	3,478,135	6,952,549	2,457,245	5,354,773	1,152,083	1,940,449
35-39	7,712	11,363	40,040,882	48,977,036	15,563,693	20,194,250	15,367,151	18,008,581	4,713,898	5,049,155	3,092,687	4,217,307	1,303,453	1,507,743
40-44	4,175	6,198	23,891,249	34,529,807	9,210,578	14,006,466	9,090,127	12,493,466	2,855,544	3,763,226	2,051,770	3,436,124	683,230	830,525
45-49	2,808	3,690	22,665,390	24,415,185	7,839,395	9,686,891	9,295,612	8,897,993	2,757,399	2,747,465	1,945,627	2,482,090	807,357	600,746
50-54	1,960	2,401	19,362,199	16,666,137	7,034,085	6,180,383	7,637,484	6,600,405	2,357,556	1,783,160	1,706,467	1,634,816	626,607	467,373
55-59	1,391	1,449	17,187,196	10,818,851	6,603,535	4,130,649	6,264,029	4,055,505	2,234,633	1,287,564	1,610,796	1,119,604	474,205	225,529
60-64	779	698	13,399,126	8,263,909	4,886,346	3,055,130	5,221,356	3,086,123	1,708,135	984,290	1,293,573	894,030	289,715	244,336
65-69	482	401	9,945,956	3,474,999	3,687,957	1,329,552	3,741,655	1,307,567	1,237,820	419,921	947,474	349,305	331,050	68,654
70-74	164	109	1,924,656	886,441	708,641	335,461	787,859	315,907	204,828	106,804	185,760	99,185	37,567	29,084
75-79	83	42	1,351,696	571,236	447,309	213,565	588,548	207,231	144,910	62,713	162,113	77,477	8,816	10,250
80 y mas	63	22	1,020,898	743,060	396,576	253,888	416,316	326,764	114,615	33,210	113,530	90,920	(20,139)	38,278
TOTAL	58,076	83,327	304,436,851	342,546,076	113,644,352	139,515,509	116,345,510	125,026,765	36,664,921	36,974,683	26,324,996	31,223,129	11,457,072	9,805,990

Este cuadro refleja la misma información que el cuadro 2.3 pero ya considerando los gastos que son procedentes y que han sido pagados en una póliza de seguro, el número de siniestros y el monto de los mismos cambia con relación al cuadro anterior porque existen siniestros que no proceden y gastos que se limitan ó se rechazan, tal es el caso de los honorarios médicos porque la mayoría de las Compañías de seguros tienen un catálogo de lo que normalmente se paga por cada cirugía a los médicos, también existen operaciones que contemplan un deducible ó coaseguro mayor y esto se refleja en una disminución de los costos

ENTIDAD	POLIZAS	NUMERO DE	PRIMAS	SUMA
	EN VIGOR	ASEGURADOS EN VIGOR	DIRECTAS EMITIDAS	ASEGURADA
AGUASCALIENTES	19	1,068	791,348	261,256,700
BAJA CALIFORNIA NORTE	70	15,367	19,946,316	7,112,712,397
BAJA CALIFORNIA SUR	5	311	809,079	133,577,790
CAMPECHE	0	0	0	0
COAHUILA	19	3,113	4,184,782	2,550,023,672
COLIMA	0	0	0	0
CHIAPAS	2	174	252,227	25,804,557
CHIHUAHUA	106	66,471	31,041,432	14,826,058,350
DISTRITO FEDERAL	3,485	425,066	615,830,895	156,605,631,307
DURANGO	4	538	497,254	114,581,400
GUANAJUATO	33	4,216	3,731,824	882,824,905
GUERRERO	7	284	417,115	105,394,546
HIDALGO	6	289	367,702	93,891,152
JALISCO	409	26,891	28,033,047	7,467,529,289
MEXICO	408	49,740	74,485,657	62,756,669,847
MICHOACAN	9	2,425	1,776,264	792,447,392
MORELOS	347	12,320	20,646,226	5,901,855,772
NAYARIT	1	24	74,544	3,808,800
NUEVO LEON	252	33,348	54,656,568	12,775,936,610
OAXACA	1	1,751	1,458,325	701,961,840
PUEBLA	43	4,885	6,840,857	2,091,574,952
QUERETARO	31	4,341	4,982,337	962,725,106
QUINTANA ROO	11	2,525	3,788,708	816,867,920
SAN LUIS POTOSI	10	1,149	2,092,089	438,668,760
SINALOA	58	3,192	3,089,566	1,132,410,804
SONORA	58	10,040	11,452,534	5,409,421,134
TABASCO	12	913	1,205,517	91,420,900
TAMAULIPAS	61	16,919	13,679,715	4,941,020,079
TLAXCALA	4	903	874,729	205,662,758
VERACRUZ	9	1,135	1,466,114	1,116,902,835
YUCATAN	44	4,726	4,156,657	2,393,647,818
ZACATECAS	2	63	129,238	16,496,865
EXTRANJERO	0	0	0	0
TOTAL	5,526	694,187	912,758,666	292,728,786,257

Este cuadro muestra el número de pólizas vigentes en la República Mexicana, cabe señalar que no existen pólizas emitidas en el extranjero pues la ley lo prohíbe⁷.

En esta estadística se observa la distribución de los asegurados a lo largo del territorio nacional, en el Distrito Federal se cuenta con 425,066 asegurados lo cual representa el 61% del total. Después del Distrito federal los Estados con mayor número de asegurados son chihuahua y el estado de México, aunque vale la pena señalar que hay estados como Colima y Campeche en los cuales no existe ningún asegurado.

Al analizar las primas directas puede observarse que el estado con mayor captación de primas es el Distrito federal lo cual es consistente pues tiene el mayor número de asegurados. El Estado de México es la siguiente entidad en captación de primas .Al calcular la prima promedio del Distrito Federal y del Estado de México se obtiene la cantidad de \$1,447 y 1497 respectivamente, lo que representa un 10% adicional a la prima promedio obtenida en el cuadro 2.2. Sin embargo el Estado de Nuevo León ocupa el tercer lugar en captación de primas a nivel nacional y se aprecia que la prima promedio es de \$1,639 lo cual es un 25% mayor que la prima promedio general.

La suma asegurada que en promedio existe por asegurado es de \$421,685. Con esta estadística se aprecia que cada estado de la República tiene una cobertura diferente de seguro.

A continuación se muestra el cuadro 2.6 que muestra la distribución de los siniestros registrados en 1997 en cada estado de la República, cabe mencionar que existen dos clasificaciones :la primera contempla la siniestralidad ubicada de acuerdo con el lugar donde se expidió la póliza, de esta manera puede calcularse la morbilidad y el monto pagado promedio de cada Estado de la república porque puede tomarse como referencia el número de asegurados.

La segunda clasificación considera el lugar donde se efectuó el mayor gasto por la atención del siniestro y esto se realiza porque, como se observa, muchos de los siniestros no son atendidos en el lugar donde se compró la póliza, esto se refleja sobre todo en los casos de siniestros atendidos en el extranjero donde el costo por recibir atención médica es mucho mayor que en el territorio nacional.

⁷ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Art. 3º

Cuadro 2.6
GASTOS MEDICOS MAYORES
SINIESTRALIDAD POR ENTIDAD

ENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION		LUGAR DONDE SE EFECTUO EL MAYOR GASTO	
	NUMERO DE SINIESTROS	MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA	NUMERO DE SINIESTROS	MONTO DE SINIESTRALIDAD OCURRIDA
AGUASCALIENTES	142	780,019	2,380	17,272,021
BAJA CALIFORNIA NORTE	1,670	11,318,117	1,778	10,217,220
BAJA CALIFORNIA SUR	6	166,096	9	86,424
CAMPECHE	10	39,414	25	163,597
COAHUILA	313	2,894,973	1,076	12,457,908
COLIMA	0	0	34	513,127
CHIAPAS	2	2,051	33	279,804
CHIHUAHUA	3,507	17,644,256	3,554	15,065,856
DISTRITO FEDERAL	117,934	453,628,978	109,195	385,299,803
DURANGO	30	249,437	10	79,150
GUANAJUATO	381	3,663,954	401	3,667,800
GUERRERO	14	64,811	52	285,117
HIDALGO	85	681,288	323	4,122,168
JALISCO	3,658	15,896,782	4,678	26,528,195
MEXICO	906	13,659,808	1,446	14,657,532
MICHOACAN	141	1,416,836	228	2,149,888
MORELOS	108	1,661,832	239	2,552,300
NAYARIT	0	0	3	29,377
NUEVO LEON	9,371	72,533,904	10,448	78,526,299
OAXACA	38	560,548	222	2,205,487
PUEBLA	672	4,089,035	1,027	6,370,847
QUERETARO	991	3,309,841	1,508	8,688,197
QUINTANA ROO	123	1,792,261	124	933,201
SAN LUIS POTOSI	79	687,564	147	1,382,223
SINALOA	64	894,138	394	3,910,469
SONORA	1,051	7,733,111	884	4,344,560
TABASCO	21	390,548	64	880,508
TAMAULIPAS	1,457	9,249,055	1,229	9,957,811
TLAXCALA	37	306,777	12	69,205
VERACRUZ	36	260,771	997	6,187,524
YUCATAN	288	2,728,881	387	3,352,602
ZACATECAS	1	1,139	57	496,695
EXTRANJERO	0	0	172	5,573,310
TOTAL	142,779	628,306,225	142,779	628,306,225

CIFRAS EN PESOS

Cuadro 2.7

CAUSAS DE SINISTRALIDAD RECLAMADA POR SEXO

CAUSA	NUMERO DE SINISTROS			MONTO DE SINISTRALIDAD		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1 CIRUGIA ABDOMINAL Y GASTRICA	4,450	5,407	9,857	35,028,935	40,448,644	75,477,579
1.1 APENDICITIS	846	1,013	1,859	9,842,214	10,139,086	19,981,300
1.2 COLECISTITIS AGUDA	315	575	890	6,055,175	8,985,680	15,040,855
1.3 HERNIA INGINAL	721	220	941	4,981,418	1,400,830	6,382,248
1.4 GASTROENTERITIS INFECCIOSA	503	489	992	733,487	743,858	1,477,345
1.5 ULCERA GASTRICA	217	246	463	981,375	1,209,276	2,190,651
1.6 HERNIA HIATAL DIAFRAGMATICA	505	349	854	5,000,173	3,389,335	8,389,508
1.7 COLELITIASIS	374	1,029	1,403	4,965,999	11,194,607	16,160,606
1.8 GASTRITIS AGUDA	969	1,486	2,455	2,469,094	3,385,972	5,855,066
2 PROCTOLOGIA	417	235	652	3,024,157	1,437,475	4,461,632
2.1 HEMORROIDES	417	235	652	3,024,157	1,437,475	4,461,632
3 ENDOCRINOLOGIA	642	997	1,639	3,946,261	5,512,452	9,458,713
3.1 DIABETES MELLITUS	642	997	1,639	3,946,261	5,512,452	9,458,713
4 NEUMOLOGIA	468	505	973	5,082,057	4,942,339	10,024,396
4.1 NEUMONIA	468	505	973	5,082,057	4,942,339	10,024,396
5 UROLOGIA	1,943	1,038	2,981	16,585,625	6,475,269	23,060,894
5.1 CISTITIS (INFECC VIAS URINAR)	172	458	630	765,681	1,074,308	1,839,989
5.2 HIPERTROFIA PROSTATICA	615	0	615	4,586,731	0	4,586,731
5.3 LITIASIS URETERAL	963	525	1,488	8,867,043	4,756,662	13,623,705
5.4 LITIASIS RENAL	193	55	248	2,366,170	644,299	3,010,469
6 CARDIOVASCULAR	536	267	803	13,318,629	2,415,021	15,733,650
6.1 INFARTO AL MIOCARDIO	536	267	803	13,318,629	2,415,021	15,733,650
7 OTORRINOLARINGOLOGIA	1,689	1,672	3,361	7,701,136	6,627,495	14,328,631
7.1 Fx. NASAL	495	394	889	3,877,162	2,686,475	6,563,637
7.2 ADENOAMIGDALITIS	508	544	1,052	2,181,118	2,304,794	4,485,912
7.3 SINUSITIS	395	440	835	1,190,365	1,255,315	2,445,680
7.4 OTITIS	291	294	585	452,491	380,911	833,402
8 ORTOPEDIA Y TRAUMA	3,242	2,931	6,179	23,905,026	21,635,238	45,540,264
8.1 POLITRUMATIZADO	1,072	728	1,803	9,555,546	5,355,389	14,910,935
8.2 LUMBALGIAS POSTRAUMATICO	1,047	1,274	2,321	6,151,659	6,113,941	12,265,600
8.3 LESION EN DISCO INTERVERTEBRAL	437	452	889	4,662,110	7,505,182	12,167,292
8.4 LESION LIGAMENTOS DE RODILLA	397	243	637	2,033,593	814,315	2,847,908
8.5 ARTROPATIAS	295	234	529	1,502,118	1,846,411	3,348,529
9 GINECOLOGIA	24	8,201	8,225	176,492	56,592,220	56,768,712
9.1 MIOMATOSIS UTERINA	0	557	557	0	10,350,114	10,350,114
9.2 QUISTES DE OVARIO	0	475	475	0	4,776,078	4,776,078
9.3 MASTOPATIA FIBROQUISTIA Y TUM. B.	24	846	870	176,492	4,295,169	4,471,661
9.4 EMBARAZO	0	875	875	0	7,472,696	7,472,696
9.5 CESAREA	0	5,448	5,448	0	29,698,163	29,698,163
10 ONCOLOGIA	131	281	412	2,155,170	3,042,389	5,197,559
10.1 CANCER MAMARIO	6	281	287	93,154	3,042,389	3,135,543
10.2 CANCER PROSTATICO	121	0	121	1,551,186	0	1,551,186
10.3 CANCER PANCREATICO	4	0	4	510,830	0	510,830
11 SIDA	3	1	4	63,572	4,547	68,119
12 OTRAS ENFERMEDADES	41,499	59,127	100,626	169,395,976	174,898,737	344,294,713
13 ACCIDENTES	3,601	3,472	7,073	52,540,836	53,773,561	106,314,397
13.1 ACCIDENTES DE TRANSITO	257	276	533	2,566,009	1,551,651	4,117,660
13.2 ENFERMEDADES POR DROGAS Y MED.	916	642	1,558	1,094,942	825,138	1,920,080
13.3 OTROS ENVENENAMIENTOS	11	11	22	29,999	14,791	44,790
13.4 OTROS ACCIDENTES	2,417	2,543	4,960	48,849,886	51,381,981	100,231,867
14 TOTAL ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	58,645	84,134	142,785	332,923,872	377,805,387	710,729,259

CIFRAS EN PESOS.

En el cuadro 2.7 se muestra el número de siniestros que ocurrieron clasificados por hombres y mujeres considerando la enfermedad que les dio origen. Estas cifras corresponden a los siniestros ocurridos y gastos reclamados (que no necesariamente proceden).

En esta estadística aparecen 14 clasificaciones principales que corresponden a la clasificación médica de aparatos y sistemas (regiones anatómicas). Dentro de esta clasificación existe un subgrupo de enfermedades para identificar con mayor exactitud la causa de los siniestros.

Esta información muestra la frecuencia con la que se presentan cierto tipo de enfermedades en el seguro de gastos médicos.

Considerando el número de siniestros ocurridos, puede notarse que una gran deficiencia en esta estadística es que existen 142,785 siniestros ocurridos, pero 100,626 están clasificados como "otras enfermedades" lo que implica que solo el 30% de los siniestros puede servir como base de estudio. Con este problema de información, en el siguiente capítulo se tomará como base la estadística de siniestros de la Compañía donde se labora para estar en condiciones de analizar la siniestralidad por causa.

En el cuadro 2.8 se observa la misma información pero considerando los siniestros y montos de los que sí procede el pago. En esta estadística además se muestra el número de siniestros rechazados y el monto de los mismos.

Al comparar el cuadro 2.7 y el 2.8 se observa que del número de siniestros que se reclaman, solo el 8% se rechazan y en cuanto al monto del total reclamado el 11% no se paga.

Cuadro 2.8

CAUSAS DE SINISTRALIDAD PROCEDENTE
POR SEXO

	NÚMERO DE SINISTROS			MONTO DE SINISTRALIDAD		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1 CIRUGIA ABDOMINAL Y GASTRICA	4,408	5,339	9,747	30,804,657	36,034,573	66,839,230
1.1 APENDICITIS	831	997	1,828	8,784,410	8,815,458	17,599,868
1.2 COLECISTITIS AGUDA	310	571	881	5,174,064	7,756,164	12,930,228
1.3 HERNIA INGINAL	715	219	934	4,418,423	1,314,431	5,732,854
1.4 GASTROENTERITIS INFECCIOSA	501	483	984	689,541	688,378	1,377,919
1.5 ULCERA GASTRICA	217	246	463	816,503	1,087,660	1,904,163
1.6 HERNIA HIATAL DIAFRAGMATICA	503	344	847	4,291,440	3,001,473	7,292,913
1.7 COLELITIASIS	372	1,012	1,384	4,487,551	10,439,755	14,927,306
1.8 GASTRITIS AGUDA	959	1,467	2,426	2,142,725	2,931,254	5,073,979
2 PROCTOLOGIA	415	229	644	2,666,405	1,229,840	3,896,245
2.1 HEMORROIDES	415	229	644	2,666,405	1,229,840	3,896,245
3 ENDOCRINOLOGIA	641	997	1,638	3,446,776	4,721,506	8,168,282
3.1 DIABETES MELLITUS	641	997	1,638	3,446,776	4,721,506	8,168,282
4 NEUMOLOGIA	459	502	961	4,395,987	4,354,574	8,750,561
4.1 SINUSITIS	459	502	961	4,395,987	4,354,574	8,750,561
5 UROLOGIA	1,932	1,033	2,965	15,047,518	5,715,674	20,763,192
5.1 CISTITIS (INFECC. VIAS URINAR)	171	456	627	642,510	929,953	1,572,463
5.2 HIPERTROFIA PROSTATICA	611	0	611	4,504,213	0	4,504,213
5.3 LITIASIS URETERAL	957	522	1,479	7,856,673	4,205,876	12,062,549
5.4 LITIASIS RENAL	193	55	248	2,044,122	579,845	2,623,967
6 CARDIOVASCULAR	530	266	796	11,587,608	2,263,711	13,851,319
6.1 INFARTO AL MIOCARDIO	530	266	796	11,587,608	2,263,711	13,851,319
7 OTORRINOLARINGOLOGIA	1,671	1,652	3,323	6,543,488	5,926,121	12,469,609
7.1 Fx. NASAL	487	394	881	3,233,258	2,385,220	5,618,478
7.2 ADENOAMIGDALITIS	504	535	1,039	1,885,462	2,053,868	3,939,330
7.3 SINUSITIS	392	429	821	1,007,776	1,154,210	2,161,986
7.4 OTITIS	288	294	582	416,992	332,823	749,815
8 ORTOPEdia Y TRAUMA	3,234	2,924	6,158	21,298,707	18,796,242	40,094,949
8.1 POLITRUMATIZADO	1,069	725	1,794	8,539,449	4,695,202	13,234,651
8.2 LUMBALGIAS POSTRAUMATICO	1,046	1,274	2,320	5,345,725	5,143,389	10,489,114
8.3 LESION EN DISCO INTERVERTEBRAL	434	452	886	4,107,572	6,609,810	10,717,382
8.4 LESION LIGAMENTOS DE RODILLA	390	242	632	1,901,670	760,636	2,662,306
8.5 ARTROPATIAS	295	231	526	1,404,291	1,587,205	2,991,496
9 GINECOLOGIA	24	8,099	8,123	151,229	51,277,735	51,428,964
9.1 MIOMATOSIS UTERINA	0	542	542	0	9,536,173	9,536,173
9.2 QUISTES DE OVARIO	0	462	462	0	4,291,012	4,291,012
9.3 MASTOPATIA FIBROQUISTIA Y TUM. B.	24	833	857	151,229	3,665,972	3,817,201
9.4 EMBARAZO	0	871	871	0	6,512,136	6,512,136
9.5 CESAREA	0	5,391	5,391	0	27,322,442	27,322,442
10 ONCOLOGIA	125	286	411	1,668,747	2,860,938	4,529,685
10.1 CANCER MAMARIO	0	286	286	0	2,860,938	2,860,938
10.2 CANCER PROSTATICO	121	0	121	1,387,108	0	1,387,108
10.3 CANCER PANCREATICO	4	0	4	281,639	0	281,639
11 SIDA	2	1	3	31,325	4,547	35,872
12 OTRAS ENFERMEDADES	41,060	58,544	99,604	151,804,572	150,479,685	302,284,257
13 ACCIDENTES	3,575	10,457	7,030	45,307,037	46,709,533	92,016,570
13.1 ACCIDENTES DE TRANSITO	257	267	524	2,506,883	1,390,429	3,897,312
13.2 ENFERMEDADES POR DROGAS Y MED.	894	636	1,530	1,074,949	804,861	1,879,810
13.3 OTROS ENVENENAMIENTOS	10	11	21	24,305	14,329	38,634
13.4 OTROS ACCIDENTES	2,414	2,541	4,955	41,700,900	44,499,914	86,200,814
14 TOTAL ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	58,076	83,327	141,403	294,754,056	330,374,679	625,128,735

CIFRAS EN PESOS.

2.10 RENTABILIDAD

Mediante el estado de resultados de una compañía de seguros puede establecerse la utilidad ó pérdida técnica de un negocio en función a los ingresos y egresos de un ejercicio que normalmente es de un año, la definición de estado de resultados* es la siguiente :

Estado de resultados es el estado financiero que muestra el aumento ó disminución (utilidad, pérdida, remanente ó excedente) que sufre el capital contable ó patrimonio de la empresa como consecuencia de las operaciones practicadas durante un período de tiempo, mediante la descripción de los diferentes conceptos de ingresos, costos, gastos y productos que las mismas provocaron

La información que proporciona corresponde a un periodo, en virtud de que los importes de los conceptos que lo integran se obtienen mediante la acumulación de las partidas de ingresos, costos, gastos y productos provocados por las operaciones que realiza la empresa, precisamente durante el periodo, por esa razón el estado de resultados es considerado como un estado financiero dinámico, a diferencia del balance que se considera estático.

La utilidad, la pérdida, el remanente ó el excedente que se determina después de considerar los diferentes conceptos que constituyen, posibles aumentos ó disminuciones en el capital contable ó patrimonio de la empresa, deben presentarse en el balance formando parte del capital contable ó patrimonio

* Contabilidad, Antonio Méndez

En una Compañía de seguros una de las funciones principales del actuario es cuidar la rentabilidad de la empresa, la cual se refleja en el estado de resultados como utilidad técnica.

La determinación de la utilidad ó pérdida técnica de cada ejercicio es el resultado de la diferencia al comparar la suma de los ingresos menos los egresos .

La base de tomar la utilidad técnica se justifica debido a que hay variables dentro de la compañía que no pueden asignarse directamente a un ramo de seguro, tal es el caso de los gastos de operación (agua, luz, teléfono, papelería, sueldos, renta, mobiliario, etc.) y de los productos financieros, ya que las inversiones de la compañía engloban diversos conceptos .El cálculo del impuesto sobre la renta así como la participación de utilidades tampoco pueden asignarse a un ramo, por lo general estos conceptos se prorratan en función a primas y/o reservas

Las Compañías Aseguradoras buscan tener una utilidad técnica la cual sea suficiente para absorber los gastos de operación del ramo que se maneje.

A continuación se detallan los conceptos que intervienen en el estado de resultados de una Compañía de Seguros.

Prima directa:	Son las primas emitidas pagadas y las que se encuentran en periodo de gracia.
Tomado (primas, siniestros)	Es el reaseguro que se toma de otras compañías aseguradoras
Reserva	Es el incremento que debe realizarse por la reserva de riesgos en curso, el cual se calcula en base a la prima no devengada
Retención:	Es la diferencia entre las primas directas y las primas cedidas a reaseguro
Prima Devengada :	Es el resultado de restar a las primas directas el incremento de la reserva de riesgos en curso
Utilidad Técnica:	Se obtiene al restar a las primas el incremento de la reserva de riesgo en curso, la cobertura de exceso de pérdida, el costo de adquisición y el costo de siniestralidad.
COSTO DE ADQUISICION	
Comisiones:	Está compuesto por las comisiones a agentes y devolución de comisiones a asegurados.
Compensaciones:	Está integrado por las sobre comisiones y compensaciones adicionales a agentes.

Otros Gastos de Adquisición:	Se compone por: remuneración a supervisores, remuneración a agentes empleados, otros gastos de adquisición (bonos) y comisión a intermediarios de reaseguro.
Tomado	Se encuentra integrado por las comisiones de reaseguro tomado y la participación de utilidades del reaseguro tomado
COSTO DE SINIESTRALIDAD	
Directo	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento a la Reserva para Dividendos sobre Pólizas. • Siniestros • Gastos de ajuste de siniestros
Tomado	Se encuentra integrado por siniestros tomados y siniestros recuperados por la cobertura de exceso de pérdida.

En el siguiente cuadro se muestra el estado de resultados del ramo de accidentes y enfermedades en el mercado asegurador al cuarto trimestre de 1997.

Como se observa, el concepto con mayor porcentaje de egreso lo representa el rubro de siniestralidad con un 67.70%, la constitución de reservas implica el 11.61% y el gasto de adquisición un 15.42%. A medida que la siniestralidad alcance un nivel del 72.97% representa a la compañía una igualdad en los ingresos y egresos es decir la utilidad técnica es cero. Cuando el porcentaje se reduce la compañía tiene utilidad técnica

Con el párrafo anterior se deduce la importancia que representa el control de la siniestralidad para que el seguro de gastos médicos mayores sea un ramo rentable, por lo que el presente trabajo tiene como objetivo analizar cuales son las causas que afectan este rubro para estar en condiciones de controlar la siniestralidad y mantenerlo en un nivel adecuado.

Cuadro 2.9**Estado de resultados Accidentes y enfermedades**

C O N C E P T O	T O T A L (cifras al millar)	%
01 Primas	3,686,414	100.00
02 Directo	3,680,385	99.84
03 Tomado	6,028	0.16
04 Inc. Rva. Rgos. Curso	428,076	11.61
05 Directo	427,968	11.60
06 Tomado	108	0.01
07 Prima Devengada	3,258,338	88.39
08 Directo	3,252,417	87.46
09 Tomado	5,920	0.93
10 Cob. Exceso de Pérdida	-	0.00
11 Costo Adquisición	568,375	15.42
12 Directo	566,832	15.37
Comisiones	486,183	13.19
Compensaciones	8,085	0.22
Cob. por Reaseg.no proporcional	16,833	0.45
Otros gastos de Adquisición.	55,731	1.51
13 Tomado	1,542	0.05
14 Cto. Siniestralidad	2,495,831	67.70
15 Directo	2,511,308	68.12
Inc. Rva. Para Div. s/pól.	41,048	1.11
Inc. Rva IBNR	122,407	3.32
Siniestros	2,283,514	61.94
Gastos de ajuste de sin.	64,398	1.75
Otros Ctos. de Siniestralidad	(59)	-0.00
16 Siniestros recuperados	18,171	0.49
17 Tomado	2,694	0.07
18 Utilidad Técnica	194,132	5.27

CONCLUSIONES

La rentabilidad de un ramo de seguro puede determinarse a través del estado de resultados, con base en la información presentada en la sección 2.1 se concluye que si la siniestralidad del seguro de gastos médicos rebasa el 73%, existirá una pérdida técnica.

La evolución del seguro de gastos médicos ha forzado a las compañías de seguros a innovar y ajustar sus esquemas administrativos para estar en condiciones de manejar este tipo de cartera. Uno de los problemas actuales en este seguro es que se otorgan coberturas especiales las cuales no están definidas en forma clara.

Así como han evolucionado las coberturas de la póliza de gastos médicos, la forma de pago de un siniestro se ha ido adaptando a las necesidades del mercado asegurador, el esquema de pago directo es el más conveniente de emplear, debido a que la compañía de seguros puede vigilar los gastos hospitalarios, conveniar los honorarios médicos y asegurarse mediante la revisión de la historia clínica de que la enfermedad del paciente no era preexistente.

El pago de una reclamación a través del esquema de reembolso afecta a la aseguradora en la falta de control de los gastos, pues como se menciona en la sección 2.3 es suficiente que el asegurado presente su documentación completa, para que la aseguradora emita un cheque, por lo que mediante este tipo de esquema la aseguradora no tiene la certeza del dictamen médico y puede existir suplantación de asegurados pues normalmente al acudir a un médico ó realizarse estudios no se solicita la identificación del asegurado.

El manejo administrativo de este seguro debe realizarse con controles bien definidos porque actualmente existen esquemas de seguros que además de tener una suscripción adecuada, requieren de un sistema adecuado de registro y control que permita en cualquier momento, conocer la siniestralidad de la póliza, tal es el caso de los seguros de prima mínima, stop loss y cash flow.

Uno de los principales problemas en este seguro es tener una carteras con pago de complementos por siniestros , pues si el grupo asegurado ya no renueva con la compañía de

seguros, si puede seguir efectuando sus reclamaciones, de esta forma se propicia la rotación de negocios que van dejando pérdidas las compañías de seguros que ya no cuentan con el ingreso de primas y si con la obligación de los siniestros.

Actualmente los hospitales no otorgan descuentos a todas las compañías de seguros, pues la demanda de servicios de salud privados para hospitales de primera clase es mayor que la oferta, por esta razón los hospitales no están interesados en ofrecer descuentos a las aseguradoras y por el contrario, los costos de los servicios e insumos hospitalarios pueden aumentar en cualquier momento, pues no existe un organismo que regule estos costos.

La fuerte competencia en el mercado asegurador propicia que no exista un indicador técnico que permita suscribir negocios rentables, como se señala en el apartado 2.7. Las compañías que manejan este seguro cobran primas promedio que oscilan entre los \$374 y los \$4,348 mientras que las estadísticas de la sección 2.9 reflejan una prima promedio de \$1,314. La insuficiencia de primas es una de las causas por las que este seguro tiene una elevada siniestralidad.

BIBLIOGRAFIA

- Planeación y control de las empresas
Guillermo Gómez Ceja.
Editorial Edicol
México 1989
- Contabilidad primer curso, método autodidáctico
Antonio Méndez
Publicado por la Universidad Tecnológica de México
México 1983
- Indicadores accidentes y enfermedades 1997
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Estado de resultados accidentes y enfermedades 1997
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Estadísticas accidentes y enfermedades
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Anuarios Estadísticos de Seguros y Fianzas 1993-1997
Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
México 1998

CAPITULO

3

**ANALISIS DE LA
SINIESTRALIDAD Y
MEDIDAS DE
CONTROL**

OBJETIVO :

Revisar las estadísticas de siniestros para determinar en que concepto deben implantarse medidas de control con el fin de lograr que éste sea un ramo rentable

3.1 DISTRIBUCION DE ASEGURADOS

Considerando las estadísticas del capítulo anterior, a continuación se analiza la distribución de la cartera de asegurados por hombres y mujeres y por rangos de edad.

Estos porcentajes se obtuvieron con base en los datos del cuadro 2.2 del capítulo anterior.

Cuadro 3.1

DISTRIBUCION DE ASEGURADOS POR EDAD Y SEXO

E D A D	PORCENTAJE DE ASEGURADOS		TOTAL DE ASEGURADOS
	HOMBRES	MUJERES	
0-4	10.15%	11.12%	10.61%
5-9	9.14%	9.76%	9.43%
10-14	7.04%	8.28%	7.63%
15-19	6.60%	7.16%	6.86%
20-24	10.54%	10.68%	10.61%
25-29	13.27%	14.18%	13.70%
30-34	12.99%	12.72%	12.86%
35-39	11.34%	10.21%	10.80%
40-44	7.71%	6.66%	7.21%
45-49	4.66%	3.78%	4.24%
50-54	2.81%	2.40%	2.62%
55-59	1.78%	1.41%	1.61%
60-64	1.06%	0.86%	0.96%
65-69	0.55%	0.54%	0.55%
70-74	0.23%	0.16%	0.20%
75-79	0.09%	0.08%	0.09%
80 y más	0.04%	0.02%	0.03%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%

Como se muestra en el cuadro anterior, la distribución de los asegurados por edad está compuesta en una parte muy importante por gente joven. Puede observarse que los niños de 0 a 14 años, representan el 27.67% de la población asegurada, los jóvenes de 15 a 24 años representan el 17.47% y estos dos rangos están conformados principalmente por los hijos de los titulares asegurados.

El 48.81% está constituido por los asegurados de entre 25 y 50 años y solo el 6.06% son personas mayores a 50 años. El 52 % de los asegurados son hombres y el 48% mujeres de la población asegurada en gastos médicos mayores grupo.

Considerando que el seguro de grupo se otorga a los empleados de una institución, esta distribución de asegurados muestra que solo el 1.83 % de los asegurados tienen más de 60 años, lo anterior es debido a que los empleados alcanzan la edad de jubilación y por lo tanto dejan de laborar, entonces ya no pueden formar parte del grupo asegurado.

3.2 ANALISIS DE LA SINIESTRALIDAD POR EDAD Y SEXO

Considerando las estadísticas de mercado presentadas en el capítulo anterior, a continuación se detalla en el cuadro 3.2 la morbilidad por rango de edad y sexo, como se mencionó anteriormente, la morbilidad es la tasa de incidencia de siniestralidad y se obtiene al dividir el número de siniestros entre el número de expuestos.

Para obtener estos indicadores se tomaron como base los cuadros 2.2 y 2.3 del capítulo anterior

Cuadro 3.2

MORBILIDAD POR EDAD Y SEXO

EDAD	MORBILIDAD		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
0-4	21.08%	17.29%	19.19%
5-9	13.95%	11.70%	12.84%
10-14	11.51%	9.96%	10.71%
15-19	13.28%	14.74%	14.00%
20-24	13.00%	20.43%	16.56%
25-29	15.59%	38.55%	26.88%
30-34	15.48%	36.72%	25.46%
35-39	18.66%	33.71%	25.42%
40-44	14.86%	28.21%	20.72%
45-49	16.52%	29.57%	22.05%
50-54	19.11%	30.36%	24.00%
55-59	21.39%	31.03%	25.42%
60-64	20.17%	24.69%	22.08%
65-69	23.90%	22.62%	23.30%
70-74	19.71%	20.26%	19.93%
75-79	24.06%	16.94%	21.08%
80 y más	44.37%	37.93%	42.50%
TOTAL	15.93%	25.25%	20.36%

Es importante analizar la morbilidad por edad y sexo porque es una de las bases para construir la prima de tarifa. Como se observa, las mujeres tienen una morbilidad total del 25.25% mientras que los hombres solo del 15.93%, sin embargo este indicador solo nos da una referencia, ya que es necesario analizar el comportamiento por rango de edad, por ejemplo los niños de 0 a 4 años de edad se enferman más que la niñas en un 22 %, lo que indica que la tarifa debería ser más cara en este rango para los niños.

Analizando el comportamiento de los hombres se distingue que después del primer rango que destaca por su alta incidencia, 21.08%, la morbilidad decrece y vuelve a alcanzar este porcentaje en la edad de los mayores de 50 años, lo cual representa que la morbilidad de los hombres no crece en forma lineal de acuerdo con su edad.

La probabilidad de que los hombres mayores de 80 años se enferme es muy alta, representa el 44.37%, y la mayoría de las compañías aseguradoras no cubren este riesgo, además de que la prima que se cobra es muy alta.

En los hombres no existe un comportamiento creciente de la morbilidad, es decir, de acuerdo a las estadísticas, al aumentar la edad no implica enfermarse más.

Las mujeres también tienen en el primer rango de 0 a 4 años una morbilidad mayor que las mujeres de edad 5 a 19 años, esto se debe a que las recién nacidas tienen alta probabilidad de enfermarse. A partir de los 20 años la morbilidad aumenta, en este rango donde la vida fértil de la mujer conlleva a una alta incidencia por todos los padecimientos ginecológicos que se dan durante ese período.

Después de los 40 años la morbilidad baja en un 15% con respecto al rango de edad anterior y empieza a subir paulatinamente hasta alcanzar los 60 años. A partir de esa edad la morbilidad, al igual que en los hombres, se incrementa.

Las mujeres tienen una morbilidad completamente distinta a los hombres, solo en el rango de 0 a 4 años, los hombres se enferman más que las mujeres, este efecto también se observa en las personas con más de 75 años. En las edades de 5 a 19 años la morbilidad es parecida y a partir de los 20 años las mujeres tienen una morbilidad mucho mayor a los hombres. Después de los 65 años la morbilidad es semejante en hombres y mujeres.

Con estas cifras de morbilidad calcularemos la prima de tarifa mínima para el seguro de gastos médicos mayores grupo.

3.3 ANALISIS DE LA SINIESTRALIDAD POR MONTO

No obstante que en el punto anterior se pudo detectar el comportamiento de la morbilidad por edad y sexo, para estar en condiciones de tener un análisis completo de la siniestralidad es necesario conocer quién gasta más, debido a que también es un factor indispensable para calcular el costo de un seguro. Tomando como base las estadísticas del cuadro 2.3, se calcula el monto pagado promedio por edad y sexo en el siguiente cuadro :

Cuadro 3.3

MONTO PAGADO PROMEDIO POR EDAD Y SEXO

E D A D	MONTO PAGADO PROMEDIO		PROMEDIO TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
0-4	4,411	3,104	3,825
5-9	2,689	2,420	2,568
10-14	3,056	2,745	2,907
15-19	4,330	3,253	3,768
20-24	4,307	3,284	3,703
25-29	4,289	3,272	3,572
30-34	4,098	4,085	4,089
35-39	5,192	4,310	4,667
40-44	5,722	5,571	5,632
45-49	8,072	6,617	7,245
50-54	9,879	6,941	8,261
55-59	12,356	7,466	9,861
60-64	17,200	11,839	14,667
65-69	20,635	8,666	15,199
70-74	11,736	8,132	10,297
75-79	16,285	13,601	15,383
80 y más	16,205	33,775	20,752
TOTAL	5,242	4,111	4,575

Cifras en pesos

Se aprecia que el monto pagado promedio de los hombres en total es de \$5,242 y al igual que en la morbilidad, en el primer rango de la tabla el monto pagado es más alto, esto se debe principalmente a que la atención de los recién nacidos es muy cara porque requieren de cuidados especiales. En el rango de 5 a 8 años el monto disminuye a \$2,689, en las edades de 30 a 69 años se tiene un crecimiento lineal. No existe información en la que se muestre el porqué de esta situación pues el tener mayor edad no implica que la atención médica sea más cara. La experiencia de la Compañía en la que se labora refleja que los hombres se enferman menos que las mujeres, pero ellos tienen más accidentes y requieren de operaciones quirúrgicas por amigdalectomías y apendicectomías, a partir de los 40 años los hombres presentan problemas cardíacos y proctológicos situación que puede reflejar que el monto pagado promedio sea mayor que en las mujeres.

El monto pagado promedio en las mujeres es menor que en los hombres, con excepción del último rango de edad que es a partir de los 80 años, esto puede explicarse porque las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, aunque se enfermen más, por lo que en ese rango, el costo de la atención médica es muy alto.

En las mujeres también se nota que en el primer rango de edad el monto pagado promedio es mayor, situación provocada por la atención de los recién nacidos.

Puede observarse que el monto pagado promedio de las mujeres en las edades de 15 a 29 años es similar y crece en forma paulatina hasta los 39 años, esto es el reflejo de que en esas edades los padecimientos de las mujeres son debidos a la misma causa (enfermedades ginecológicas).

3.4 ANALISIS DE LA SINIESTRALIDAD POR ESTADO DE LA REPUBLICA MEXICANA

En esta estadística se detalla la siniestralidad por Estado de la República Mexicana considerando dos clasificaciones, la primera indica la siniestralidad con base al lugar de expedición de la póliza y tomando éste, el porcentaje de morbilidad y monto pagado promedio de los siniestros. Debido a que los accidentes y/o enfermedades no siempre suceden en el lugar donde se adquirió la póliza de seguro, hay otra clasificación que indica el lugar donde se efectuó el mayor gasto.

Dentro de esta estadística se contemplan dos factores:

- a) Que el grupo asegurado tenga varias oficinas dentro de la República Mexicana, pero que sus seguros los contrate a través de su oficina matriz por ejemplo en la Ciudad de México
- b) Que los asegurados que presenten una reclamación se encuentren viajando ó radicando en un lugar distinto a su lugar de residencia y que durante esa estancia ocurra un siniestro.

El Estado con mayor morbilidad considerando el lugar de expedición, es Hidalgo con un 29.41%, el segundo lugar Nuevo León con un 28.10% y en tercer lugar el Distrito Federal con un 27.74% seguido por Querétaro con un 22.83%. En todos estos Estados la morbilidad está por encima del promedio total del mercado que es del 20.57 %.

En cuanto al monto pagado promedio Baja California Sur ocupa el primer lugar con un monto de \$27,683 seguido por Tabasco con un monto de \$18,598 el tercer lugar lo ocupa Morelos con un monto de \$15,387 parecido al Estado de México con \$15,077 y posteriormente Oaxaca con un monto pagado de \$14,751.

En el cuadro 3.4 se muestran el monto pagado promedio y la morbilidad :

Cuadro 3.4

SINIESTRALIDAD POR ESTADO DE LA REPUBLICA MEXICANA

ENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION		LUGAR DONDE SE EFECTUO EL MAYOR GASTO	
	MORBILIDAD	MONTO PROMEDIO	MORBILIDAD	MONTO PROMEDIO
AGUASCALIENTES	13.30%	5,493	222.85%	7,257
BAJA CALIFORNIA NORTE	10.87%	6,777	11.57%	5,746
BAJA CALIFORNIA SUR	1.93%	27,683	2.89%	9,603
CAMPECHE		3,941		6,544
COAHUILA	10.05%	9,249	34.56%	11,578
COLIMA				15,092
CHIAPAS	1.15%	1,026	18.97%	8,479
CHIHUAHUA	5.28%	5,031	5.35%	4,239
DISTRITO FEDERAL	27.74%	3,846	25.69%	3,529
DURANGO	5.58%	8,315	1.86%	7,915
GUANAJUATO	9.04%	9,617	9.51%	9,147
GUERRERO	4.93%	4,629	18.31%	5,483
HIDALGO	29.41%	8,015	111.76%	12,762
JALISCO	13.60%	4,346	17.40%	5,671
MEXICO	1.82%	15,077	2.91%	10,137
MICHOACAN	5.81%	10,048	9.40%	9,429
MORELOS	0.88%	15,387	1.94%	10,679
NAYARIT	0.00%		12.50%	9,792
NUEVO LEON	28.10%	7,740	31.33%	7,516
OAXACA	2.17%	14,751	12.68%	9,935
PUEBLA	13.76%	6,085	21.02%	6,203
QUERETARO	22.83%	3,340	34.74%	5,761
QUINTANA ROO	4.87%	14,571	4.91%	7,526
SAN LUIS POTOSI	6.88%	8,703	12.79%	9,403
SINALOA	2.01%	13,971	12.34%	9,925
SONORA	10.47%	7,358	8.80%	4,915
TABASCO	2.30%	18,598	7.01%	13,758
TAMAULIPAS	8.61%	6,348	7.26%	8,102
TLAXCALA	4.10%	8,291	1.33%	5,767
VERACRUZ	3.17%	7,244	87.84%	6,206
YUCATAN	6.09%	9,475	8.19%	8,663
ZACATECAS	1.59%	1,139	90.48%	8,714
EXTRANJERO				32,403
TOTAL	20.57%	4,401	20.57%	4,401

Los montos son en pesos

La morbilidad calculada en el lugar donde se efectuó el mayor gasto, no tiene mucho sentido analizarla ya que como se muestra existen porcentajes muy altos que no reflejan un parámetro confiable.

El monto pagado promedio difiere en forma importante al considerar el lugar donde se efectuó el gasto, pues al analizar los montos, el primer lugar lo ocupa las reclamaciones en el extranjero con un monto pagado promedio de \$32,403 seguido por Colima con un monto de \$ 15,092 en tercer lugar está Tabasco con \$ 13,758, Hidalgo con \$12,762 y en quinto lugar Coahuila con \$11,578.

Esta estadística muestra que el monto pagado promedio en el extranjero es casi 7 veces mayor que el monto promedio nacional, lo que refleja una clara situación del riesgo existente al manejar pólizas con cobertura en el extranjero porque en caso de una devaluación, automáticamente el incremento en precios de todos los insumos y honorarios crece en esa medida, sin que pueda realizarse ningún ajuste en primas debido a que normalmente esta cobertura se ofrece en dólares pero el pago de las primas se efectúa en pesos al tipo de cambio de la fecha en que éste se realice, por lo que al menos hasta la renovación de la póliza la tarifa se mantendrá.

Cabe señalar que esta estadística puede reflejar dos situaciones :

a) Que el asegurado haya sido trasladado a otra ciudad con el objeto de recibir atención médica porque en su lugar de origen no existen los recursos necesarios, por lo que los primeros gastos pudieron ser erogados en su lugar de origen y los gastos complementarios en otro lugar.

b) Que el asegurado se encuentre viajando y al ocurrir el siniestro se dé la primer atención en ese lugar y posteriormente sea trasladado al lugar de origen.

Sin embargo esta estadística parece contradictoria, pues se esperaría que el Distrito Federal sea el lugar más caro, pues los hospitales con más tecnología y de mayor renombre se encuentran ahí.

3.5 ANALISIS DE LA SINIESTRALIDAD POR CAUSA

Al analizar las causas de siniestralidad precedente encontramos que en las estadísticas SESA del capítulo anterior, existe la clasificación por 13 rubros principales:

1. Cirugía abdominal y gástrica
2. Proctología
3. Endocrinología
4. Neumología
5. Urología
6. Cardiovascular
7. Otorrinolaringología
8. Ortopedia y trauma
9. Ginecología
10. Oncología
11. SIDA
12. Otras enfermedades
13. Accidentes

Dentro de esta clasificación hay una subdivisión por padecimientos, al ordenarlos por las causas con mayor número de siniestros en orden descendente nos encontramos con que del número total de siniestros (11,525), el 75% está clasificado en otras enfermedades lo cual muestra que esta estadística no tiene el diseño correcto, o bien las compañías de seguros manejan otra clasificación, o lo que es más grave la información que se reporta no tiene las validaciones correspondientes, porque como puede apreciarse existen siniestros ginecológicos en hombres, lo cual está fuera de la realidad y dado que todas las formas SESA van relacionadas entre sí, este error puede afectar por ejemplo a la siniestralidad de los hombres.

Considerando esto, no es posible efectuar un análisis que nos permita saber cual es actualmente la causa más frecuente de siniestros y cual es el monto más elevado de los mismos.

Por lo anterior y con el fin de conocer que enfermedades son las que tiene un costo mayor, a continuación se detallan las reclamaciones más altas de gastos médicos mayores ocurridas en el mercado asegurador, considerando el período comprendido de enero a septiembre de 1999.⁹ Cabe señalar que en este reporte se consideran 60 reclamaciones ocurridas con un monto mayor a \$500,000.

Cuadro 3.5

Reclamaciones con mayor monto pagado de enero a septiembre de 1999

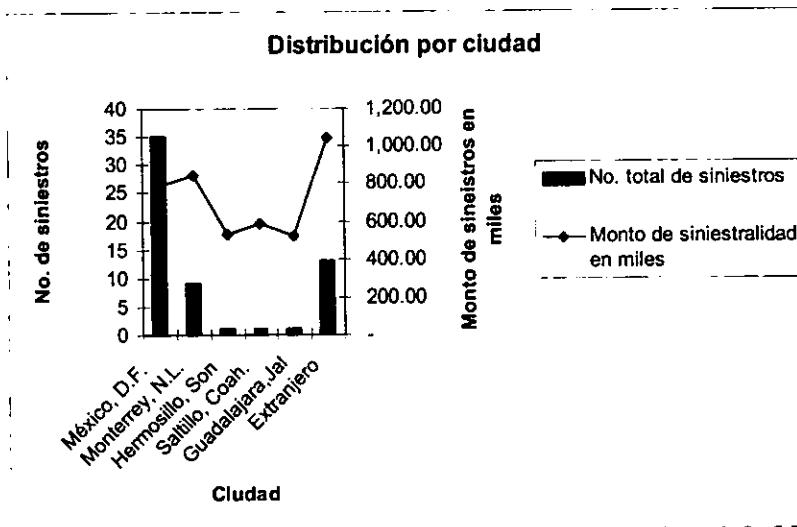
Edad	Sexo	Ciudad	Causa del siniestro o padecimiento	Monto pagado en pesos
13	M	Houston, Tx.	Leucemia Linfoblastica	3,442,733.00
39	M	México, D.F.	Pancreatitis Aguda	1,948,748.00
72	M	México, D.F.	Tumor maligno de nariz y/o senos paranasales	1,566,304.00
51	F	Dallas, Tx.	Hemangiopericitoma nasal	1,556,846.00
10	F	México, D.F.	Linfoma no Hodgkin Quimioterapia	1,470,242.00
11	F	Monterrey, N.L.	Trastorno Somático de origen psiquico	1,440,375.00
3	M	Monterrey, N.L.	Leucemia Linfoide	1,264,118.00
70	M	México, D.F.	Enfermedad izquémica de corazón	1,229,096.00
62	M	Boston, Mas.	Hemorragia Subdural daño cerebral	1,095,793.00
17	M	Houston, Tx.	Traumatismo craneoencefálico	1,094,325.00
64	M	Houston, Tx.	Cirrosis hepática	1,065,553.00
55	F	México, D.F.	Absceso subfrénico, sepsis y peritonitis perforaciones en colon	1,055,264.00
43	F	México, D.F.	Cáncer de estomago	987,320.00
0	F	México, D.F.	Recién nacido prematuro	974,944.00
59	M	Monterrey, N.L.	Hemorragia subaracnoidea	936,138.00
46	M	México, D.F.	Pancreatitis hemorrágica	923,539.00
63	M	México, D.F.	Cáncer de páncreas mas colecistitis	901,997.00
70	M	México, D.F.	Pancreatitis aguda	890,859.00

⁹ Fuente: Periódico el Asegurador publicado el 31 de octubre de 1998.

Cuadro 3.6

Distribución de las reclamaciones con mayor monto pagado por ciudad

Ciudad	Número de Siniestros	Monto de siniestralidad promedio en pesos
México, D.F.	35	783,670
Monterrey, N.L.	9	847,698
Hermosillo, Son	1	527,211
Saltillo, Coah.	1	589,454
Guadalajara, Jal	1	523,551
Extranjero	13	1'040.709



Cuadro 3.7

Distribución de las reclamaciones por padecimiento

Padecimientos	No. de sin. total	Monto de siniestralidad promedio
Por algún tipo de cáncer	17	1,035,996.00
Por enfermedades del corazón	10	699,294.00
Por accidentes	5	737,889.00
Por enfermedades del páncreas	3	1,254,382.00
Por enfermedades del aparato digestivo	4	827,932.00
Enfermedades del recién nacido	2	751,078.00
Otras enfermedades	19	702,936.00
Total	60	837,120.00

Cuadro 3.8

Distribución de las reclamaciones por edad y sexo

Edad	No. de siniestros hombres	Monto de siniestralidad promedio en pesos
0-4	3	782,591.00
5-15	1	3,442,733.00
16-24	1	1,094,325.00
25-39	5	964,854.00
40-59	14	707,189.00
60 y más	14	827,920.00
Total	38	7'819,612.00

Edad	No. de siniestros mujeres	Monto de siniestralidad promedio en pesos
0-4	1	974,944.00
5-15	2	1'455,309.00
16-24	2	600,666.00
25-39	2	530,081.00
40-59	13	756,708.00
60 y más	2	521,149.00
Total	22	4'838,857.00

3.6 ANALISIS DE LA SINIESTRALIDAD POR CONCEPTO

Al observar el cuadro 2.8 en la que se detalla la siniestralidad procedente por los conceptos que generalmente tiene una reclamación, y por sexo nos encontramos con la siguiente clasificación:

Cuadro 3.9

SINIESTRALIDAD POR CONCEPTO

Concepto	Porcentaje
Honorarios médicos	39.13
Hospitalización	37.31
Medicamentos fuera de hospital	11.38
Estudios auxiliares de diagnóstico	8.89
Otros gastos	3.29
Total	100.00

Se observa que los rubros de honorarios médicos y hospitalización son los que generan la mayor siniestralidad. En los hospitales se justifica que sea el concepto más caro debido a que muchos insumos son de importación, por lo que el precio constantemente se eleva, otra de las razones es que la nueva tecnología de punta representa un mayor costo, que los usuarios deban pagar más por recibir una mejor atención. Los honorarios médicos son el concepto con el mayor gasto porque como se explicó no existe un arancel para los médicos, cada uno de ellos puede cobrar lo que considere adecuado o conveniente en la atención de cada paciente, además en la experiencia que se ha tenido en el pago de reclamaciones, los médicos al saber que el paciente tiene un seguro cobra un precio mayor lo que ocasiona que la siniestralidad se incremente.

3.7 DETERMINACION DE TARIFAS

No obstante las cifras indicadas en morbilidad y monto pagado promedio, se considera que la estadística no es confiable aún al 100% debido a que el monto pagado promedio parece muy bajo con relación a lo que se maneja en el mercado

Basándonos en los cuadros 3.2 y 3.3 de la sección anterior se elaborará el cálculo de las primas de tarifa con cifras reales. Para calcular la tarifa se tomará como base la fórmula indicada en el primer capítulo .

BASES TECNICAS

MONTO PAGADO PROMEDIO

Rango de edad	Monto pagado promedio en pesos	
	Hombres	Mujeres
0 - 4	4,411	3,104
5 - 9	2,689	2,420
10 - 14	3,056	2,745
15 - 19	4,330	3,253
20 - 24	4,307	3,284
25 - 29	4,289	3,272
30 - 34	4,098	4,085
35 - 39	5,192	4,310
40 - 44	5,722	5,571
45 - 49	8,072	6,617
50 - 54	9,879	6,941
55 - 59	12,356	7,466
60 - 64	17,200	11,839
65 - 69	20,635	8,666
70 - 74	11,736	8,132
75 - 79	16,285	13,601
80 - +	16,205	33,775

MORBILIDAD

Rango de edad	Morbilidad	
	Hombres	Mujeres
0 - 4	21.08%	17.29%
5 - 9	13.95%	11.70%
10 - 14	11.51%	9.96%
15 - 19	13.28%	14.74%
20 - 24	13.00%	20.43%
25 - 29	15.59%	38.55%
30 - 34	15.48%	36.72%
35 - 39	18.66%	33.71%
40 - 44	14.86%	28.21%
45 - 49	16.52%	29.57%
50 - 54	19.11%	30.36%
55 - 59	21.39%	31.03%
60 - 64	20.17%	24.69%
65 - 69	23.90%	22.62%
70 - 74	19.71%	20.26%
75 - 79	24.06%	16.94%
80 - +	44.37%	37.93%

Los porcentajes señalados como cifras de Morbilidad corresponden simplemente al resultado del cociente del número de personas afectadas por siniestros, entre el número de asegurados expuestos en cada Rango de Edad.

PROCEDIMIENTO PARA HOMBRES:

Como puede observarse la morbilidad original no es creciente ni tiene un comportamiento uniforme, por lo que considerando la información inicial efectuaremos una regresión con el fin de suavizar la curva y ajustarla a una creciente que nos permita calcular una prima lineal por edad

Cuadro 3.10

Proyección de morbilidad para hombres

Rango de Edad		x	Morb. Original	x	I Medias	II Morbilidad calculada con regresión
Desde	Hasta					
0	4	1	21.08%	1	17.52%	12.30%
5	9	2	13.95%	2	12.73%	12.93%
10	14	3	11.51%	3	12.40%	13.60%
15	19	4	13.28%	4	13.14%	14.31%
20	24	5	13.00%	5	14.30%	15.06%
25	29	6	15.59%	6	15.54%	15.85%
30	34	7	15.48%	7	17.07%	16.68%
35	39	8	18.66%	8	16.76%	17.55%
40	44	9	14.86%	9	15.69%	18.46%
45	49	10	16.52%	10	17.82%	19.41%
50	54	11	19.11%	11	20.25%	20.40%
55	59	12	21.39%	12	20.78%	21.43%
60	64	13	20.17%	13	22.04%	22.50%
65	69	14	23.90%	14	21.81%	23.61%
70	74	15	19.71%	15	21.89%	24.76%
75	79	16	24.06%	16	34.22%	25.95%
80	100	17	44.37%	17	22.19%	27.18%

Por la variabilidad que se observa en la Morbilidad Original, inicialmente procedimos a obtener una nueva curva de morbilidad calculando la media por cada 2 valores con el fin de suavizar la curva original, con lo que perdemos el valor correspondiente a los rangos de 70 años en adelante, mismos que serán calculados con la curva de regresión.

Posteriormente, mediante la aplicación de una Regresión Polinomial ajustamos las medias calculadas a valores crecientes. Los resultados son los que se señalan en la columna II de la tabla anterior.

Los valores que se obtuvieron en la regresión son los siguientes :

a=	0.0002
b=	0.0057
c=	0.1171
R ^2	0..9428
Ecuación	$y = 0.0002x^2 + 0.0057x + .1171$

El porcentaje de R2 nos muestra que la curva tiene un ajuste aceptable

PROCEDIMIENTO PARA MUJERES:

El procedimiento que se emplea es análogo al que se aplicó para los hombres .

Cuadro 3.11

Proyección de morbilidad para mujeres

Rango de Edad		x	Morb. Original	X	I Medias	II Morbilidad calculada con regresión
0	4	1	17.29%	1	14.49%	14.34%
5	9	2	11.70%	2	10.83%	15.71%
10	14	3	9.96%	3	12.35%	17.21%
15	19	4	14.74%	4	17.58%	18.85%
20	24	5	20.43%	5	29.49%	20.64%
25	29	6	38.55%	6	37.63%	22.61%
30	34	7	36.72%	7	35.21%	24.76%
35	39	8	33.71%	8	30.96%	27.12%
40	44	9	28.21%	9	28.89%	29.71%
45	49	10	29.57%	10	29.96%	32.54%
50	54	11	30.36%	11	30.69%	35.64%
55	59	12	31.03%	12	27.86%	39.04%
60	64	13	24.69%	13	23.65%	42.76%
65	69	14	22.62%	14	21.44%	46.83%
70	74	15	20.26%	15	18.60%	51.29%
75	79	16	16.94%	16	27.43%	56.18%
80	100	17	37.93%	17	18.96%	61.53%

Los valores obtenidos en la regresión son los siguientes :

a=	0.131
b=	0.091
c=	0.1171
R ^2	0.20
Ecuación	$y = 0.0002x^2 + 0.0057x + 0.1171$

Como puede observarse en la gráfica de mujeres, la morbilidad tiene un comportamiento muy irregular, por lo que el mejor ajuste se consigue con una curva exponencial.

De igual forma, y dado que nuestros datos de Monto Pagado Promedio tienen un comportamiento poco consistente, efectuaremos regresiones para hombres y para mujeres por separado una vez que hayamos obtenido el Monto Pagado Promedio suavizado con Medias.

El proceso para calcularlo se muestra a continuación :

PROCEDIMIENTO HOMBRES

Aplicaremos una regresión exponencial a los Montos Pagados Promedio por rango de edad que previamente hayan sido suavizados calculando la media por cada 2 valores.

a=	130.73
b=	817.18
c=	4500.7
R ^2	0.94
Ecuación	$y = 130.73x^2 + 817.18x + 4500.7$

PROCEDIMIENTO MUJERES:

Aplicaremos una regresión exponencial a los Montos Pagados Promedio por rango de edad que previamente hayan sido suavizados calculando la media por cada 2 valores.

Cuadro 3.12

Proyección de monto pagado promedio para mujeres

Rango de Edad	x	monto original	x	Medias	Con regresión
0	4	1	1	2,762.00	2,851.59
5	9	2	2	2,582.50	2,763.68
10	14	3	3	2,999.00	2,807.68
15	19	4	4	3,268.50	2,983.58
20	24	5	5	3,278.00	3,291.38
25	29	6	6	3,678.50	3,731.08
30	34	7	7	4,197.50	4,302.68
35	39	8	8	4,940.50	5,006.18
40	44	9	9	6,094.00	5,841.59
45	49	10	10	6,779.00	6,808.90
50	54	11	11	7,203.50	7,908.11
55	59	12	12	9,652.50	9,139.22
60	64	13	13	10,252.50	10,502.24
65	69	14	14	8,399.00	11,997.16
70	74	15	15	10,866.50	13,623.98
75	79	16	16	23,688.00	15,382.70
80	100	17	17	16,887.50	17,273.32

a=	65.351
b=	285.76
c=	3071.4
R ²	0.9613
Ecuación	$y = 65.351x^2 + 285.76x + 3071.4$

Inflación esperada y tasa de interés sobre inversiones

De acuerdo a las cifras publicadas en los boletines mensuales del Banco de México durante el año de 1997, hasta el mes de Diciembre se ha registrado una tasa de inflación acumulada del 15.70 % por lo que la expectativa para 1998 es alcanzar un 18.09%.

La inflación anual esperada equivale a una tasa mensual del 2.08 % por lo que recargaremos nuestras Tarifas Básicas por un periodo de 12 meses con el fin de que resulten suficientes para cubrir la siniestralidad esperada bajo el supuesto de una distribución uniforme de ésta y tomando en cuenta que dichas tarifas tendrán una vigencia de un año.

Considerando de manera análoga el efecto del interés que obtendremos sobre nuestras inversiones y siendo conservadores podemos suponer un rendimiento anual efectivo del 18% ,lo que equivale a una tasa mensual efectiva del 1.39% misma que descontaremos a las tarifas calculadas.

De esta forma recargaremos nuestra tarifa globalmente en 25.51% lo que será suficiente para soportar el incremento en nuestra siniestralidad a consecuencia de la inflación teniendo en cuenta que empleamos las cifras de Siniestralidad al 31 de diciembre de 1997.

Los valores de la Morbilidad Original y Estimada, tanto para Hombres como para mujeres, así como el Monto Pagado Promedio Estimado inflacionado un 25.51% se muestran a continuación

Cuadro 3.13

Morbilidad y monto pagado promedio estimado

Rango de edad	MORBILIDAD				MONTO PAGADO PROMEDIO	
	Hombres		Mujeres		Hombres	Mujeres
	original (%)	estimada (%)	original (%)	estimada (%)	estimado	Estimado
0 - 4	7.09	7.09	5.08	5.08	7,635	7,566
5 - 9	3.76	3.74	3.03	4.47	8,313	8,120
10 - 14	3.65	3.74	2.96	4.49	9,051	8,715
15 - 19	4.26	3.90	3.27	4.75	9,856	9,354
20 - 24	4.78	4.21	6.47	5.26	10,731	10,039
25 - 29	6.44	4.67	11.66	6.02	11,684	10,775
30 - 34	7.58	5.29	11.85	7.02	12,722	11,564
35 - 39	4.82	6.06	8.35	8.27	13,853	12,411
40 - 44	5.74	6.98	7.45	9.77	15,083	13,320
45 - 49	6.27	8.06	10.33	11.51	16,422	14,297
50 - 54	7.42	9.30	10.33	13.50	17,882	15,344
55 - 59	11.11	10.68	12.33	15.73	19,470	16,468
60 - 64	12.41	12.22	18.07	18.21	21,199	17,674
65 - 69	14.43	13.92	27.43	20.93	23,082	18,969
70 - 74	21.73	15.77	35.71	23.90	25,133	20,329
75 - 79	0.00	17.77	0.00	27.12	27,365	21,851
80 - +	50.00	19.93	0.00	30.58	29,796	23,451

Ahora bien, aplicando el monto pagado promedio calculado, así como las tasas de morbilidad estimadas, calcularemos nuestras primas de tarifa por quinquenios de edad de acuerdo a la fórmula ya descrita:

$$P(X, X+5) = \frac{M(X, X+5) * MPP(X, X+5)}{1 - C - A}$$

Para el cálculo consideraremos una comisión del 20% para el agente que es el promedio que maneja el mercado asegurador, y para gastos de administración y utilidad de la compañía se establece un 20 %

Las Primas de Tarifa que se obtienen se muestran a continuación

Cuadro 3.14

Primas de tarifa mínima

TARIFAS CALCULADAS			
RANGO DE EDAD		HOMBRES	MUJERES
0	19	791.20	820.51
20	24	963.61	1,180.66
25	29	1,185.12	1,465.89
30	34	1,502.85	1,851.51
35	39	1,929.97	2,359.47
40	44	2,480.70	3,015.51
45	49	3,170.38	3,849.70
50	54	4,015.43	4,897.15
55	59	5,033.37	6,198.70
60	64	6,242.78	7,801.79
65	69	7,663.36	9,761.38
70	74	9,315.89	12,141.09
75	79	11,222.25	15,014.37
80	100	13,405.39	18,465.93

* Cifras en pesos

3.8 MEDIDAS DE CONTROL

Con base en los puntos analizados en el capítulo dos , y después de estudiar las causas de siniestralidad , las medidas que consideramos redundarán en una disminución de la siniestralidad son las siguientes :

TECNICAS

1. Contratar un reaseguro

Como se vió en el capítulo dos, existe un seguro de Stop loss cuya función es proteger desviaciones en siniestralidad, este concepto puede extenderse a Reaseguro a través de un contrato, por lo que la Compañía de seguros puede comprar este reaseguro y protegerse en caso de que la siniestralidad rebase el porcentaje de siniestralidad que la Aseguradora determine que no pone en riesgo su operación. En base a las estadísticas presentadas, el porcentaje máximo de siniestralidad que el mercado puede respaldar el 72.97%.

2. Documentación contractual clara y precisa

Uno de los problemas que se presentan al ocurrir el siniestro es que la redacción de las condiciones, gastos cubiertos y exclusiones no son claras, no existe dentro de la póliza una lista de los padecimientos ó enfermedades que se cubren, por el contrario existe solo una descripción los gastos cubiertos y de qué conceptos están específicamente excluidos, entendiéndose que lo que no está en esa lista, entonces se cubre. Es necesario contar con condiciones claras y precisas que no se presten a AMBIGÜEDADES

3. Contar con una tarifa mínima

La información estadística con la que ya se cuenta a través de las SESA's nos permite contar con una tarifa mínima con base a la experiencia del mercado asegurador y a las bases técnicas descritas. La tarifa señalada en el punto anterior permite tener un parámetro para tomar decisiones y una nueva Compañía de seguros que pretenda manejar este ramo puede tomarla como base mientras genera su propia experiencia.

4. Cartera sin pago de complementos

Como se vió en el capítulo anterior uno de los problemas graves de este seguro, radica en que el asegurado tiene 730 días para reclamar pago de complementos de un siniestro, aún sin la renovación de la póliza. El promedio de pago de complementos del mercado asegurador es del 15% como se vió en el capítulo anterior. Es necesario suscribir una cartera que pague complementos mientras la póliza se renueve con la Compañía de seguros y cuando la póliza se cancele, también se termine la obligación para la Compañía. Esto puede hacerse con un cálculo que refleje este impacto en el cálculo de las primas y modificando las condiciones de la póliza, el sustento legal se encuentra en la circular S 8.6 expedida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas del 26 de Noviembre de 1993. De esta manera también se podrá cuidar el índice de renovaciones y además propicia una relación cliente - Compañía leal

5. Control adecuado de pólizas con el esquema de prima mínima

Este sistema como se vió en el capítulo anterior es un esquema que conviene al cliente ya que puede pagar menos dinero si su siniestralidad es menor. La experiencia que se tiene en la empresa donde se labora es que el 90 % de las pólizas tienen que pagar la prima máxima, por lo cual es necesario contar con un buen sistema de control y con políticas establecidas como las que se describen a continuación:

- Para poder contar con este esquema es necesario un mínimo de 100 titulares
- No podrá darse forma de pago fraccionada
- No se otorgarán dividendos
- Solo podrán emitirse bajo sistema autoadministrado
- En caso de alcanzar el tope de siniestralidad establecido, deberá pagarse el siguiente escalón de prima dentro de los 10 días siguientes.
- La prima que se tomará como base de cálculo para determinar si procede cobrar los escalones subsecuentes, será la prima emitida y pagada original, es decir no se incluirán los movimientos de primas posteriores.
- La siniestralidad que se considerará para el cálculo, será la presentada y pagada en el año póliza, es decir se incluyen complementos de otras vigencias.

El formato de control que puede llevarse en forma quincenal para monitorear esta cartera se detalla en la siguiente página.

6. Diseñar productos por nivel de hospital

Como se vió en la estadística del capítulo anterior, los hospitales no tienen costos regulados y la mayoría de los seguros de gastos médicos que se manejan en el mercado, no restringen el acceso a hospitales, es decir, por el mismo precio en primas puede acudir al hospital que se desee. Por esta razón, las personas que usan la forma de pago directo en la cual no erogan ningún gasto pues se les condona el deducible y el coaseguro, aprovechan la oportunidad de asistir a un hospital de mayor nivel al que acudirían de acuerdo a su situación económica. Por esta razón es necesario tener planes acordes al servicio que se requiere y al precio que se paga. En el capítulo anterior existe una estadística que muestra qué porcentaje de una reclamación se paga por hospitalización y qué precio se paga en promedio por un padecimiento en cada hospital. Con esta base puede sustentarse el cálculo de tarifas por hospital.

7. Diseñar productos por región

Como se vio anteriormente, el monto pagado promedio de un siniestro es diferente de acuerdo al Estado de la República mexicana en que se atiende. La morbilidad también es diferente en los diversos estados, por lo que, si éstos son los dos factores fundamentales para el cálculo de la tarifas, debe existir una prima diferente que considere el lugar donde el asegurado radica.

ADMINISTRATIVAS

- **Incentivar el uso de pago directo con hospitales y médicos en convenio**

Esta medida es adecuada para controlar los posibles abusos en costos pero es conveniente que al asegurado solo se le bonifique el deducible y no el coaseguro. Es necesario que exista el coaseguro porque el asegurado es más conciente de los gastos cuando él participa en los mismos. La compañía de seguros puede tener un mejor control y además el pagar en forma directa al hospital le da la oportunidad de trasladar el IVA, mientras que en las demás formas de pago de siniestros ,esto no es posible. En la empresa donde se labora el concepto del IVA representa aproximadamente el 7% del siniestro porque hay conceptos como los medicamentos que no generan IVA.

- **Incentivar el uso de cirugía ambulatoria**

Como se vió en las estadísticas uno de los conceptos con más gasto en la siniestralidad es el concepto de hospital. Actualmente la tecnología y el avance en el campo de la medicina permite que cirugías que tradicionalmente requerían un período de recuperación en el hospital, hoy puedan realizarse en minutos y el paciente pueda irse a su domicilio a recuperarse. Aprovechando esta coyuntura es conveniente brindar a los asegurados esta opción y reembolsar los servicios de convalecencia con proveedores externos (enfermeras) ya que el uso de insumos (medicamentos, material de curación, sueros, etc) tiene un costo muy elevado dentro de los hospitales.

- **Incidir en la prescripción de medicamentos genéricos**

En el capítulo anterior se mencionó que el médico es uno de los integrantes del seguro que puede incidir en controlar ó incrementar la siniestralidad; con los constantes incrementos en medicamentos, es recomendable insistir en los médicos que operan bajo convenio con las Compañías de seguros en que prescriban medicamentos genéricos (sin marca), lo cual genera un ahorro para la Compañía.

- **Alianza de compañías de seguros a través de AMIS**

Es necesario que las Compañías de seguros unan esfuerzos a través de una institución como AMIS para presionar en conseguir descuentos en hospitales, pues cada peso de ahorro se reflejará directamente en su siniestralidad.

También es urgente que se formalice la relación entre Compañías de seguros para intercambiar información fidedigna acerca de las condiciones y siniestros que tiene una póliza, de esta manera la suscripción se realizará sobre bases reales y se evitará caer en las manos del agente de seguros que puede manipular la información. Con esta medida la competencia entre Aseguradoras será por servicio y condiciones que ofrece y no por guerra de precios en la que muchas veces cae, por no tener toda la información que le hubiera permitido suscribir bajo parámetros técnicos.

- **Segunda opinión médica**

Además de controlar los costos de los médicos, es necesario cuidar que los tratamientos u operaciones que prescriba un médico sean realmente necesarios. En los casos detectados de alto costo y/o incidencia es recomendable implantar el requisito de segunda opinión médica, es decir que otro médico de la misma especialidad valore el caso y emita su opinión para verificar que se cumple lo que el médico original dictaminó.

- **Paquetes hospitalarios**

Negociar con los hospitales el contar con paquetes de hospitalización con costos ya establecidos para cirugías de alta incidencia como : cesáreas, amigdalectomías, apendicectomías, henioplastías, hysterectomías.

- **Costo usual y acostumbrado (CUA) del mercado asegurador**

Es necesario fomentar que todas las Compañías de seguros paguen los mismos costos a los médicos, pues de esta forma los asegurados ahorran dinero en su coaseguro y favorece a la siniestralidad pues ya existiría un arancel para sus honorarios.

- **Proveedores preferentes**

Estas empresas se encargan de analizar las facturas de los hospitales, ya que es frecuente que en la cuenta se agreguen medicamentos ó insumos hospitalarios que el paciente no recibió. El pago que se realiza a estas empresas es un porcentaje aproximado de 30% del ahorro que consigan al revisar la factura del hospital. Es conveniente contratar sus servicios pero vigilando muy de cerca su actuación, pues en este campo es relativamente fácil obtener ganancias adicionales.

3.9 FUTURO DEL MERCADO

A continuación se presentan tres escenarios para los próximos años en los que se refleja la situación del mercado asegurador en forma global y en particular el seguro de gastos médicos mayores grupo

PRIMER ESCENARIO : El seguro en el año 2000

<p>Población Número de mexicanos que gozan del seguro de gastos médicos</p>	<p>De una población de 100'000,000 de habitantes solo el 2.19 % cuenta con esta protección</p>
<p>Morbilidad Predomina la cultura de curar y no de prevención de la salud.</p>	<p>La probabilidad de enfermarse de un hombre es del 16% y en las mujeres del 25%</p>
<p>Monto pagado promedio Es la cantidad que resulta de dividir monto total pagado por siniestros entre el número de reclamaciones.</p>	<p>El monto que se paga en promedio por reclamación es de \$5,200 para los hombres y \$4,100 para las mujeres</p>
<p>Mercado Creación de grupos financieros Entrada de Compañías extranjeras con participación como accionistas</p>	<p>El número de Aseguradoras es de 63, existe guerra de precios y 16 Compañías con participación de capital extranjero, principalmente norteamericano y español</p>
<p>Captación de primas Es el total de primas emitidas en un año en todo el mercado asegurador mexicano</p>	<p>El mercado total de Seguros tiene una captación de \$50'000,000 y el seguro de accidentes y enfermedades representa el 10 % del total</p>
<p>Siniestralidad Representa el monto que se paga por reclamaciones que afectan al seguro.</p>	<p>En particular en accidentes y enfermedades la siniestralidad alcanzará niveles superiores al 80 % de la prima debido principalmente a la fuerte competencia, a la falta de regulación en hospitales y médicos y a la entrada de nuevas compañías aseguradoras que pretenden ganar mercado</p>

SEGUNDO ESCENARIO : El seguro en el año 2010

Población Número de mexicanos que gozan del seguro de gastos médicos	De una población de 110'800,000 de habitantes el 3.20% cuenta con esta protección
Morbilidad El seguro de salud se ha difundido, con lo cual se logró una cultura de prevención	La probabilidad de enfermarse de un hombre es del 12% y de una mujer es del 19%
Monto pagado promedio Es la cantidad que resulta de dividir monto total pagado por siniestros entre el número de reclamaciones.	El monto que se paga en promedio por reclamación es de \$18,300 para los hombres y \$14,400 para las mujeres
Mercado Creación de grupos financieros Entrada de Compañías extranjeras con participación como accionistas	El número de Aseguradoras es de 50, debido a que se han fusionado para hacer frente a la competencia y 20 Compañías con participación de capital extranjero, principalmente norteamericano y español
Captación de primas Es el total de primas emitidas en un año en todo el mercado asegurador mexicano	El mercado total de Seguros tiene una captación de \$175'900,000 y el seguro de accidentes y enfermedades representa el 23 % del total porque se incluye el seguro de salud
Siniestralidad Representa el monto que se paga por reclamaciones que afectan al seguro.	En particular en accidentes y enfermedades la siniestralidad es del 64% de la prima debido principalmente a la cultura de salud. Existe regulación en los precios de hospitales y médicos.

TERCER ESCENARIO : El seguro en el año 2020

Población Número de mexicanos que gozan del seguro de gastos médicos	De una población de 123'000,000 de habitantes solo el 7.40% cuenta con esta protección
Morbilidad El seguro de salud a desplazado los esquemas de seguridad social por lo que se cuenta con novedosos planes de prevención de salud.	La probabilidad de enfermarse de un hombre es del 11% y en las mujeres del 15%
Monto pagado promedio Es la cantidad que resulta de dividir monto total pagado por siniestros entre el número de reclamaciones.	El monto que se paga en promedio por reclamación es de \$74,000 para los hombres y \$58,300 para las mujeres
Mercado Creación de grupos financieros Entrada de Compañías extranjeras con participación como accionistas	El número de Aseguradoras es de 38, y 26 Compañías con participación de capital extranjero.
Captación de primas Es el total de primas emitidas en un año en todo el mercado asegurador mexicano	El mercado total de Seguros tiene una captación de \$711'600,000 y el seguro de accidentes y enfermedades representa el 26 % del total
Siniestralidad Representa el monto que se paga por reclamaciones que afectan al seguro.	La siniestralidad se ha controlado en un nivel del 60%, la mayoría de las Compañías de seguros que manejan el ramo cuenta con sus propios hospitales y redes de médicos.

CONCLUSIONES

Los resultados del análisis de las estadísticas de este capítulo nos arrojan datos que permiten conocer la situación actual de este tipo de seguro.

Se determinó que la población asegurada está integrada por gente muy joven, pues el 94% de los asegurados son menores de 50 años, y de este total el 52% está conformado por hombres y el 48% por mujeres.

Pudo comprobarse que las mujeres tienen una mayor incidencia en la morbilidad, pero los hombres aún cuando se enferman menos, el monto que se paga por sus reclamaciones es mayor al de las mujeres.

A nivel nacional, se observó que esta cobertura no tiene asegurados en 2 estados de la República Mexicana y en 6 estados, el número de personas aseguradas es menor a 300 , por lo que las compañías de seguros cuentan con un mercado potencial de empresas que pueden prospectarse para tener más asegurados.

También se encontró que los conceptos con mayor siniestralidad, lo constituyen los honorarios médicos y por ello dentro de las medidas de control se sugiere contar con un costo usual y acostumbrado a nivel mercado asegurador, el cual permita controlar dichos honorarios.

Una de las principales aportaciones de este trabajo, lo constituye la elaboración de una tarifa mínima que debe emplearse para suscribir este tipo de seguros, pues se contará con un parámetro técnico que permita a la compañía de seguros conocer el mínimo de prima cobrar en un negocio determinado, pues hasta la fecha este indicador no existe en el mercado asegurador.

BIBLIOGRAFIA

- Análisis numérico
Richard L. Burden
Editorial Iberoamericana
México 1988
- Introduction to the teory of statistics
Alexander M. Mood, Franktin A. Gryaybill, Duane C. Boef
Mc.Graw Hill International Editions
- Indicadores accidentes y enfermedades 1997
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Estadísticas accidentes y enfermedades
Publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
México 1998
- Anuarios Estadísticos de Seguros y Fianzas 1993-1997
Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
México 1998

Conclusiones finales

De acuerdo con el análisis planteado en el objetivo inicial, podemos concluir que el seguro de gastos médicos mayores cumple con las expectativas que las personas requieren para cubrir sus necesidades de protección, aunque algunos de los conceptos de las pólizas están limitados como es el caso de los honorarios quirúrgicos ó padecimientos que tienen periodos de espera o que no se cubren, los asegurados están convencidos de su utilidad por el beneficio que les aporta, considerando esto, las Compañías de seguros podrán seguir teniendo una buena captación de clientes y este ramo podría convertirse en uno de los más importantes en cuanto a captación de primas, aunado a la entrada del nuevo ramo de salud, lo que permitirá brindar a los asegurados contar con una protección integral

El seguro de gastos médicos ha evolucionado y en la actualidad ofrece coberturas que en décadas anteriores era imposible manejar, tal es el caso de la cobertura de SIDA, los tratamientos psiquiátricos, cirugías para corregir defectos de refracción ocular, etc. sin embargo también ha aumentado la siniestralidad, situación por la cual muchas Compañías de seguros prefieren no manejar este ramo, por lo que es necesario contar con sistemas administrativos y técnicos de control de la siniestralidad para que este ramo mantenga una buena rentabilidad.

Así como han evolucionado las coberturas del seguro, las Compañías de seguros han cambiado la forma de pago de las reclamaciones para controlar los gastos injustificados de médicos, asegurados, agentes y prestadores de servicios que conocen este seguro y lo aprovechan como un ingreso adicional, al enterarse que su cliente cuenta con un seguro, porque entonces el precio de sus honorarios es mayor, debido a ésta situación las Aseguradoras deben aplicar medidas tales como: incentivar el uso de pago directo con médicos y hospitales en convenio, implantar el concepto de segunda opinión médica, emplear paquetes hospitalarios, implantar un costo de honorarios médicos, a nivel sector asegurados y contar con proveedores preferentes, como detalló en el capítulo tres sección 3.8.

Por otro lado, la información estadística es indispensable para determinar las causas para que este seguro tenga una elevada siniestralidad, por lo que hoy en día, las Compañías de seguros han cumplido el requerimiento de la autoridad al entregar una estadística de este ramo, los formatos del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA's) que contienen información muy valiosa para la toma de decisiones, pero es fundamental depurarla y entregar datos reales pues como puede observarse en los indicadores del capítulo tres, existen inconsistencias en las estadísticas del sector asegurador.

Retomando el objetivo inicial planteado de analizar el comportamiento de la siniestralidad de este ramo, pudo cumplirse mediante el análisis de los formatos SESA's señalados en el párrafo anterior, a través de ellos se determinó la morbilidad y monto pagado promedio de hombres y mujeres por edad, se clasificó por Estados de la República Mexicana de acuerdo a su siniestralidad y a los costos más altos en atención médica.

Se considera que con el análisis efectuado a las estadísticas del capítulo tres, estamos en condiciones de establecer una tarifa mínima a aplicar, la cual es técnicamente suficiente y permitirá al mercado asegurador contar con un parámetro que le permita saber, si no cuenta con estadísticas propias, cual es el nivel mínimo requerido para una prima de seguro de grupo. Con lo anterior una Compañía podrá decidir si aún conociendo el mínimo de prima establecido desea entrar a una guerra de precios, con la certidumbre de que el costo que presente puede captar negocios pero su siniestralidad puede dispararse y por lo tanto poner en riesgo a la Compañía de Seguros, cabe señalar que este indicador actualmente no existe.

Es de suma importancia emplear este indicador debido a que la forma de cálculo para suscribir negocios importantes "de experiencia propia", técnicamente no es correcta, por lo que deben buscarse indicadores estadísticos como : prima de riesgo, probabilidad de siniestros catastróficos, indicadores de pago de reclamaciones complementarias, etc. que permitan una mejor suscripción la cual garantiza a las Compañías de seguros un mejor resultado técnico, también se debe contar con pólizas que contengan información clara y precisa de lo que cubre el seguro pues muchas de las inconformidades que se tienen al presentar una reclamación, son debidas a que no se señala en forma concreta lo que este seguro cubre, solo se resalta lo que no se cubre.

BIBLIOGRAFIA

- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Atlas Editorial Porrúa México 1995.
- El seguro de vida
MACLEAN Joshep B.
Compañía Editorial Continental
México 1996
- Planeación y control de las empresas
Guillermo Gómez Ceja
Editorial Edicol
México 1983
- Análisis numérico
Richard L. Burden
Editorial Iberoamericana
México 1988
- Introduction to the teory of statistics
Alexander M. Mool, Franklin A. Graybill, Duane C. Boef
Mc. Graw Hill International Editions
- Indicadores accidentes y enfermedades 1997
Publicado por la Asociación Mexicana de las Instituciones de Seguros Atlas
México 1998
- Estado de resultados accidentes y enfermedades 1997
Publicado por la Asociación Mexicana de las Instituciones de Seguros
México 1998
- Estadísticas accidentes y enfermedades
Publicado por la Asociación Mexicana de las Instituciones de Seguros
México 1998
- Anuarios estadísticos de Seguros y Fianzas 1997 – 1997
Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
México 1998
- Diccionario MAPRE de Seguros.
Editado por el ITSEMAP
España 1993

GLOSARIO

➤ *Accidente.*

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

➤ *Accidente cubierto.*

Quedará cubierta toda lesión corporal sufrida por el asegurado a consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando la atención médica sea dentro de los primeros 10 días de ocurrido el accidente, fuera de este período se considerará como enfermedad.

➤ *Coaseguro.*

Es la cantidad que resulta de aplicar un porcentaje convenido al total de los gastos, la cual quedará a cargo del asegurado.

➤ *Deducible.*

Es la cantidad fija a cargo del asegurado por cada siniestro.

➤ *Endoso.*

Documento que modifica las condiciones de la póliza y forma parte de ésta.

➤ *Enfermedad.*

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

➤ *Enfermedad cubierta.*

Quedará cubierta toda enfermedad cuyos síntomas o diagnóstico se presentan durante la vigencia de esta póliza, excepto las específicamente excluidas en ella.

➤ *Enfermedad congénita.*

Padecimiento con que se nace o que se contrae en el útero.

➤ *Gastos médicos cubiertos.*

Aquellos gastos en los que incurre el asegurado para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta, por prescripción de un médico, los cuales sean estrictamente indispensables y necesarios para su atención o tratamiento.

➤ *Hospitalización.*

Es la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio, siempre y cuando el asegurado sea clasificado como paciente interno.

➤ *Padecimientos.*

Término genérico para referirse al accidente o enfermedad.

➤ *Periodo de beneficio.*

Los beneficios o coberturas de esta póliza terminarán automáticamente respecto a cada uno de los asegurados al ocurrir cualquiera de los siguientes casos: a) La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes o enfermedades sufridos por el asegurado durante la vigencia de la póliza agote la suma asegurada contratada; b) El contratante cancele esta póliza.

➤ **Póliza de seguro.**

Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la compañía aseguradora y el asegurado o contratante.

➤ **Preexistencia.**

Es aquella condición de los padecimientos que en fecha anterior a la vigencia de la póliza:

- a) Hayan sido diagnosticados por un médico, o
- b) Hayan sido aparentes a la vista, o
- c) Fueren de los que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidos.

➤ **Reinstalación de suma asegurada.**

Es el hecho de que cuando la suma asegurada para un participante se agote a consecuencia de la realización de uno o más accidentes o enfermedades cubiertas, se encuentre nuevamente disponible por un tanto más para cubrir otros padecimientos.

➤ **Siniestro.**

La ocurrencia de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

➤ **Suma asegurada.**

Límite máximo de responsabilidad de la compañía de seguros por cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

➤ **Periodo de espera.**

La eventualidad por concepto de enfermedad queda cubierta después de transcurridos 30 días a partir de la vigencia de la póliza o de la última fecha de rehabilitación.

➤ **Ambulancia terrestre.**

Servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el hospital.

➤ **Anestesista.**

Honorarios profesionales del anestesista con un máximo de 30 % del costo de los honorarios quirúrgicos.

➤ **Cuarto de Hospital.**

Cuarto de hospital privado standard, alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.

➤ **Enfermeras.**

Honorarios de enfermera general y especial, con un máximo de tres turnos por día por cada accidente o enfermedad cubiertos.

➤ **Intervención quirúrgica.**

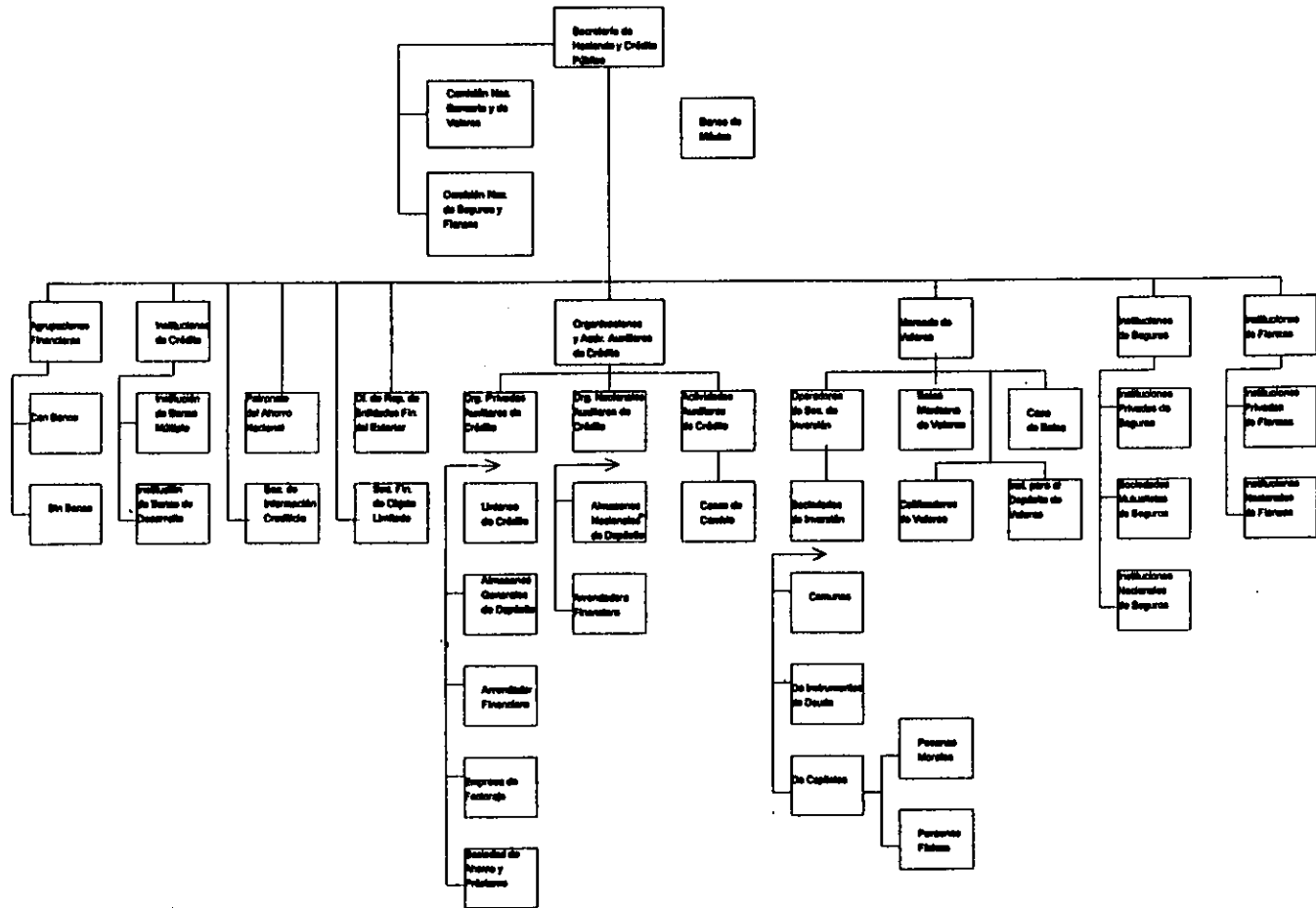
La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos, ayudantes y/o instrumentistas, bajo las condiciones establecidas en el catálogo correspondiente y hasta el límite establecido en la póliza.

➤ **Medicamentos fuera del hospital y oxígeno.**

Se cubrirán los medicamentos y oxígeno fuera del hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia junto con la receta.

- *Prótesis.*
Compra de prótesis por enfermedad o accidente cubiertos.
- *Renta de equipo.*
Los gastos por la renta de equipo de tipo hospitalario y aparatos ortopédicos.
- *Servicios de diagnóstico.*
Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, isótopos radiactivos por sintomatología previa.
- *Suministros de hospital.*
Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación y curación.
- *Terapias.*
Servicios de terapia física, radioactiva, fisioterapia.
- *Transfusiones.*
Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros y otras sustancias semejantes.
- *Visitas o consultas médicas.*
Los honorarios por visitas o consultas médicas cuando el asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico que no amerite intervención quirúrgica.

Sistema Financiero Mexicano



Fuente: Tesoro. Reserva Técnica en el Seguro de Automóviles, Comisión Mexicana de Valores, Acredit. Estado de México.

Estadístico AMIS Versión Actual

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Cifras en pesos

Compañías	Primas Directas		% de part. de merc. sobre primas directas	Primas Devengadas de Retención		Siniestros Directos	Costo de Siniestralidad Retenidas	Incremento a la Reserva Dividendos	% de Siniestralidad	
	Total	% de Inc.		Importe	% de Inc.				s/Prima Directa	s/Prima Dev. Ret.
	Grupo Nacional Provincial	1 248 417 001 70	30 96	30 90	1 071 042 430 57	26 43	754 998 460 41	774 978 425 25	15 365 346 79	60 47
Accidentes	39 487 825 51	0 00	12 05	26 030 323 76	0 00	128 625 743 06	118 284 885 00	18 429 354 12	325 74	454 41
Enf y G M	1 208 929 176 19	0 00	32 56	1 045 012 106 81	0 00	626 343 717 35	656 593 740 25	23 784 700 91	51 81	82 83
Comercial America	936 908 895 28	21 32	23 16	831 610 431 72	16 44	635 743 949 84	712 871 728 18	25 824 406 82	87 86	85 70
Accidentes	60 542 291 87	0 00	18 47	49 475 211 06	0 00	30 402 370 00	31 513 044 14	6 799 631 33	50 22	63 89
Enf y G M	876 366 603 61	0 00	23 61	782 135 220 66	0 00	605 341 579 84	681 158 684 04	18 824 757 49	69 07	87 06
Monterrey Aetna	478 268 695 17	33 64	11 79	393 829 341 70	24 78	333 229 209 80	326 985 027 42	3 849 616 43	88 87	83 00
Accidentes	20 608 891 09	0 00	8 29	4 040 545 77	0 00	13 818 346 29	10 040 307 57	(834 898 15)	87 05	248 49
Enf y G M	455 659 804 06	0 00	12 27	389 788 795 93	0 00	319 410 863 31	316 824 719 85	4 524 516 60	70 10	81 28
Génesis	216 788 269 09	28 58	5 37	187 632 602 48	27 02	144 628 879 46	181 370 243 88	841 858 23	68 67	88 00
Accidentes	9 237 846 63	0 00	2 82	6 409 284 53	0 00	3 232 028 82	2 845 589 52	(184 050 10)	34 98	41 29
Enf y G M	207 530 420 44	0 00	5 59	181 223 317 93	0 00	141 294 850 84	158 724 654 17	1 005 908 33	68 08	87 59
TOTAL GRUPO I	2 878 362 861 24	27 90	71 24	2 484 114 808 45	22 89	1 868 489 298 31	1 975 783 424 54	45 521 231 29	64 81	78 64
Tepeyac	197 488 508 83	30 24	4 86	161 480 172 82	26 52	150 986 473 78	115 838 881 53	0 00	78 48	71 62
Accidentes	6 363 210 23	0 00	1 95	5 901 378 58	0 00	6 290 771 43	3 310 824 30	0 00	96 55	58 10
Enf y G M	191 085 298 60	0 00	5 15	155 556 798 33	0 00	144 695 702 33	112 328 057 23	0 00	76 72	72 21
Inbursa	184 849 457 81	29 32	4 58	157 073 768 94	13 83	106 292 182 27	106 978 551 13	2 598 822 93	67 47	70 02
Accidentes	22 181 237 57	0 00	6 78	17 187 988 58	0 00	6 094 423 36	(1 572 179 38)	(5 818 338 63)	27 50	(9 15)
Enf y G M	162 768 200 04	0 00	4 38	139 885 802 36	0 00	100 187 738 91	111 847 730 49	8 418 181 58	81 85	79 74
BBV Probuena	124 458 839 41	190 78	3 08	110 228 892 83	112 07	83 228 158 60	96 549 080 78	170 731 68	74 91	87 58
Accidentes	8 827 081 95	0 00	2 89	3 419 635 18	0 00	1 499 967 54	2 013 529 97	131 326 94	18 99	58 88
Enf y G M	115 631 757 46	0 00	3 11	106 810 257 45	0 00	81 728 181 06	94 535 550 81	39 404 62	79 33	88 51
Alde	110 898 581 48	14 26	2 79	95 865 337 52	16 49	86 010 785 11	86 030 116 45	482 334 48	80 18	82 02
Accidentes	2 694 360 11	0 00	0 82	(536 712 48)	0 00	3 238 503 84	5 561 805 99	0 00	120 20	1036 27
Enf y G M	108 304 201 35	0 00	2 82	96 202 050 00	0 00	85 772 281 27	82 468 310 48	482 334 49	79 20	85 72
La Territorial	99 845 480 82	102 02	1 48	46 856 315 24	119 53	33 361 032 13	38 616 300 19	0 00	55 89	62 77
Accidentes	1 351 387 87	0 00	0 41	1 900 846 03	0 00	1 350 212 16	7 058 846 18	0 00	98 91	371 39
Enf y G M	58 294 093 05	0 00	1 97	44 755 689 21	0 00	32 010 819 97	31 557 454 01	0 00	54 91	70 51
AIG México	57 182 871 23	27 81	1 42	50 156 665 58	13 78	26 282 365 81	26 956 027 04	64 345 56	45 96	53 74
Accidentes	37 318 403 00	0 00	11 38	34 984 848 34	0 00	16 173 440 10	18 467 581 87	0 00	43 34	52 78
Enf y G M	19 878 568 23	0 00	0 54	15 171 818 24	0 00	10 108 925 71	8 488 448 37	64 345 56	50 86	55 85
Maracaciones	44 402 586 92	47 35	1 10	34 112 342 30	8 73	27 783 321 18	28 790 276 86	(221 202 30)	62 63	84 40
Accidentes	11 466 437 22	0 00	3 50	1 178 192 60	0 00	4 938 873 92	5 261 320 92	7 000 00	43 07	447 32
Enf y G M	32 936 149 70	0 00	0 89	32 936 149 70	0 00	22 824 447 24	23 528 955 94	(228 202 30)	88 30	71 44
General	42 272 569 10	20 38	1 05	38 826 187 65	47 14	31 916 050 32	34 133 413 86	69 242 87	75 50	87 91
Accidentes	1 163 194 12	0 00	0 35	1 225 572 61	0 00	377 649 44	378 146 48	88 242 87	32 47	30 85
Enf y G M	41 109 374 98	0 00	1 11	37 600 595 04	0 00	31 538 400 88	33 755 267 20	0 00	78 72	89 77
Cigna	37 383 178 59	13 52	0 93	37 086 589 82	8 07	17 347 213 70	10 403 544 11	0 00	48 40	28 08
Accidentes	22 577 519 84	0 00	6 89	22 386 706 57	0 00	12 115 788 28	2 300 448 69	0 00	53 68	10 28
Enf y G M	14 805 658 75	0 00	0 40	14 699 883 25	0 00	5 231 425 42	8 103 097 42	0 00	35 33	58 12
Alianza México	32 365 781 23	34 52	0 80	12 362 805 94	2 98	22 502 286 29	12 801 887 42	401 362 85	66 52	104 38

NOTA: Para los ramos de 'Accidentes y Enfermedades', 'Marítimo y Transportes' y 'Diversos Riesgos', el % de incremento sobre Primas Directas y Devengadas no está disponible a nivel de subrama.

Estadística AMIS Versión Actual

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Cifras en pesos

Compañías	Primas Directas		% de part. de merc. sobre primas directas	Primas Devengadas de Retención		Sinistros Directos	Costo de Sinistralidad Retenidas	Incremento a la Reserva Dividendos	% de Sinistralidad	
	Total	% de Inc.		Importe	% de Inc.				alPrima Directa	alPrima Dev. Ret.
	Accidentes	1 834 783 00	0 00	0 59	1 397 048 77	0 00	1 443 055 48	437 829 13	0 00	74 56
Enf y G M	30 430 878 23	0 00	0 87	10 865 757 17	0 00	21 059 230 81	12 464 068 29	401 362 85	88 30	113 86
TOTAL GRUPO 2	891 137 916 30	41 20	22 08	743 830 079 54	30 86	508 680 849 15	581 994 888 17	3 288 638 08	87 18	75 57
Barcoamer	26 577 006 49	100 00	0 88	26 636 779 20	100 00	19 846 186 27	27 220 857 21	4 278 132 95	75 00	102 19
Accidentes	6 898 848 51	0 00	2 10	7 158 233 23	0 00	1 218 810 84	3 488 943 58	4 278 132 95	17 87	78 79
Enf y G M	19 678 057 98	0 00	0 53	19 478 545 97	0 00	18 727 384 63	21 733 813 62	0 00	96 17	111 53
Banestas Aegon	23 442 711 07	112 57	0 58	20 420 842 71	87 03	5 627 708 04	7 918 239 92	5 784 082 74	34 01	38 79
Accidentes	23 442 711 07	0 00	7 15	20 420 842 71	0 00	5 627 708 04	7 918 239 92	5 784 082 74	24 01	38 78
Enf y G M	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
La Lethoamericana	23 084 812 36	17 32	0 57	7 855 802 70	4 87	12 453 801 38	5 070 979 87	0 00	53 83	84 86
Accidentes	3 565 747 24	0 00	1 09	1 031 324 98	0 00	378 857 25	188 985 22	0 00	10 87	18 13
Enf y G M	19 529 065 12	0 00	0 53	6 824 377 72	0 00	12 077 044 14	4 883 884 65	0 00	81 84	71 57
Club de México	17 358 827 27	14 08	0 43	11 488 630 63	(3 56)	14 111 887 41	22 229 514 34	556 472 05	61 30	193 82
Accidentes	2 486 072 33	0 00	0 78	485 632 63	0 00	245 400 00	532 078 18	288 002 18	8 83	108 52
Enf y G M	14 860 754 94	0 00	0 40	11 000 798 20	0 00	13 866 487 41	21 687 036 16	268 469 87	83 31	187 23
Helianes	13 203 608 37	0 22	0 38	16 548 571 39	4 77	6 071 554 34	9 573 722 74	3 414 188 40	38 83	61 87
Accidentes	13 203 608 37	0 00	4 64	15 348 571 39	0 00	6 071 554 34	9 573 722 74	3 414 188 40	39 83	61 87
Enf y G M	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
Ibsa	14 319 735 04	140597 18	0 35	12 142 838 17	173315 46	3 724 580 50	4 563 872 48	0 00	36 01	37 58
Accidentes	14 319 735 04	0 00	4 37	12 142 838 17	0 00	3 724 580 50	4 563 872 48	0 00	26 01	37 58
Enf y G M	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
Metropolitana	6 228 431 43	(1 03)	0 18	6 724 225 16	86 48	2 518 252 83	4 867 858 16	0 00	66 80	67 78
Accidentes	1 874 880 47	0 00	0 57	2 370 874 22	0 00	632 586 83	1 780 708 16	0 00	44 41	75 54
Enf y G M	4 353 550 96	0 00	0 12	4 353 550 96	0 00	2 886 666 00	2 787 249 00	0 00	61 71	83 56
General de Seguros	8 074 301 43	79 47	0 15	4 867 579 81	188 78	2 802 137 21	2 876 224 14	330 628 86	42 84	57 68
Accidentes	4 187 988 86	0 00	1 28	3 233 437 63	0 00	888 508 98	1 142 888 88	330 628 86	20 77	35 35
Enf y G M	1 886 311 77	0 00	0 05	1 753 951 78	0 00	1 732 227 25	1 732 227 25	0 00	91 63	98 76
Zurich Vida	4 137 368 78	1022 88	0 10	1 278 813 48	3183 62	988 343 84	522 327 87	0 00	34 18	40 84
Accidentes	458 311 23	0 00	0 14	430 475 03	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
Enf y G M	3 678 055 56	0 00	0 10	848 338 43	0 00	988 343 84	522 327 87	0 00	27 17	61 57
Plan Seguro	2 738 430 87	100 00	0 07	318 881 23	100 00	14 711 40	42 107 87	0 00	0 84	13 20
Accidentes	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
Enf y G M	2 738 430 87	0 00	0 07	318 881 23	0 00	14 711 40	42 107 87	0 00	0 84	13 20
La Peninsular	2 611 827 89	(2 78)	0 06	2 054 232 63	(18 33)	1 086 708 82	1 167 085 82	0 00	41 61	58 81
Accidentes	286 571 57	0 00	0 08	685 971 88	0 00	83 965 45	82 860 45	0 00	38 25	9 13
Enf y G M	2 345 256 12	0 00	0 06	1 368 260 87	0 00	982 744 37	1 104 425 37	0 00	42 33	80 72
Obrera	2 167 378 01	0 84	0 05	1 563 188 42	(30 33)	1 350 308 63	353 531 86	6 287 48	82 30	22 62
Accidentes	95 958 83	0 00	0 03	91 581 41	0 00	46 716 78	(275 003 22)	0 00	48 88	(245 68)
Enf y G M	2 071 419 18	0 00	0 06	1 471 615 01	0 00	1 303 592 85	578 534 88	6 287 48	62 83	39 31
Del Centro	1 718 799 26	118 86	0 04	1 183 568 52	71 49	1 469 218 50	784 423 08	0 00	85 48	86 28
Accidentes	1 718 799 26	0 00	0 52	1 183 568 52	0 00	1 469 218 50	784 423 08	0 00	85 48	86 78

NOTA: Para los ramos de "Accidentes y Enfermedades", "Marítimo y Transportes" y "Diversos Riesgos", el % de incremento sobre Primas Directas y Devengadas no está disponible a nivel de subramo.



EstadisticAMIS Versión Actual

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Cifras en pesos

Compañías	Primas Directas		% de part. de merc. sobre primas directas	Primas Devengadas de Retención		Siniestros Directos	Costo de Siniestralidad Retenida	Incremento a la Reserva Dividendos	% de Siniestralidad	
	Total	% de Inc.		Importe	% de Inc.				a/prima Directa	a/prima Dev. Ret.
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GBM Adarico	1 285 061 66	78 45	0.03	1 012 064 10	209 05	77 878 00	77 878 00	0.00	6.08	7.88
Accidentes	1 285 061 66	0.00	0.39	1 012 064 10	0.00	77 878 00	77 878 00	0.00	6.08	7.88
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bertin	1 271 592 03	83 18	0.03	538 855 83	539 53	(298 887 14)	438 787 23	480 835 48	(23 58)	81 82
Accidentes	1 247 082 86	0.00	0.38	509 346 66	0.00	(328 675 15)	637 999 21	480 835 48	(28 48)	125 38
Enf y G M	29 509 17	0.00	0.00	29 509 17	0.00	28 786 02	(198 211 98)	0.00	87 58	(871 70)
El Potosí	369 324 24	85 42	0.01	248 335 13	26 18	198 423 97	148 807 10	0.00	53 73	88 98
Accidentes	369 324 24	0.00	0.11	248 335 13	0.00	198 423 97	148 807 10	0.00	53 73	88 98
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Geo New York Life	281 065 29	18 28	0.01	382 920 84	87 14	472 208 11	887 208 11	0.00	188.01	234.31
Accidentes	281 065 29	0.00	0.09	382 920 84	0.00	472 208 11	887 208 11	0.00	188.01	234.31
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Liberty México	184 114 41	33 14	0.00	140 415 43	214 08	88 284 27	88 284 27	0.00	50 83	70.00
Accidentes	184 114 41	0.00	0.06	140 415 43	0.00	88 284 27	88 284 27	0.00	50 83	70.00
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tokio Marina	2 250 00	87 1 43	0.00	466 24	812 03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes	2 250 00	0.00	0.00	466 24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Conaseo	1 027 95	100 00	0.00	1 085 07	100 00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enf y G M	1 027 95	0.00	0.00	1 085 07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Colonial Peru	125 00	100 00	0.00	57 88	100 00	0.00	0.28	0.00	0.00	0.80
Accidentes	125 00	0.00	0.00	57 88	0.00	0.00	0.28	0.00	0.00	0.50
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
American Bankers	0.00	(100 00)	0.00	238 575 03	3585 70	0.00	108 773 38	0.00	0.00	48 13
Accidentes	0.00	0.00	0.00	238 575 03	0.00	0.00	108 773 38	0.00	0.00	48 13
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Principal	(1 637 02)	(107 55)	(0 00)	1 415 45	(82 38)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes	(1 637 02)	0.00	(0 00)	1 415 45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enf y G M	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL GRUPO 3	148 074 260 44	88 82	3 89	116 784 032 87	98 88	73 324 437 39	88 648 083 52	14 860 427 84	48 32	77 24
TOTAL GRUPOS 1 Y 2	3 818 573 037 98	32 36	88 98	3 242 508 918 98	26 08	2 540 883 585 85	2 629 428 377 23	62 838 286 98	64 84	78 88
Hidalgo	121 830 427 92	115 74	3 02	108 455 273 28	383 46	83 434 752 35	85 790 988 04	(11 272 323 11)	68 48	79 10
Accidentes	4 154 992 12	0.00	1 27	5 178 908 71	0.00	1 294 065 75	4 241 622 64	1 512 184 88	31 14	81 90
Enf y G M	117 675 435 80	0.00	3 17	103 278 366 57	0.00	82 140 686 60	81 549 373 40	(12 784 487 97)	69 80	78 98
TOTAL GUBERNAMENTALES	121 830 427 92	115 74	3 02	108 455 273 28	383 46	83 434 752 35	85 790 988 04	(11 272 323 11)	68 48	79 10
TOTAL GENERAL	4 040 405 483 90	33 92	100 00	3 450 984 192 24	29 01	2 824 118 338 20	2 712 219 375 27	52 885 873 88	64 85	78 58
Accidentes	327 810 204 97	100 00	100 00	247 482 711 38	100 00	251 990 686 75	243 373 689 65	7 848 414 37	78 87	88 48
Enf y G M	3 712 595 280 93	100 00	100 00	3 203 471 480 86	100 00	2 372 127 651 45	2 468 481 683 62	44 817 558 51	63 89	77 08

NOTA: Para los ramos de "Accidentes y Enfermedades", "Marítimo y Transportes" y "Diversos Riesgos", el % de incremento sobre Primas Directas y Devengadas no está disponible a nivel de subramo.

ACC_Y_ENF.	Noviembre 98		Noviembre 97		% de Var.	1998		1997		% de Var.
	Monto	% Sobre P.R.N.	Monto	% Sobre P.R.N.		Acumulado hasta el mes	% Sobre P.R.N.	Acumulado hasta el mes	% Sobre P.R.N.	
Primas Directas	5,338,717	100%	7,692,354	100.0%	(30.6%)	152,378,050	100.0%	99,150,291	100.0%	53.7%
Primas del Reaseguro Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finanzas Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primas Recibidas Netas	5,338,717	100%	7,692,354	100.0%	(30.6%)	152,378,050	100.0%	99,150,291	100.0%	53.7%
Primas cedidas del seguro directo	1,577,644	30%	(340,131)	(4.4%)	ND	(3,972,358)	(2.6%)	(3,923,528)	(4.0%)	1.2%
Primas cedidas del seguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prima Neta de Retención	6,916,361	129.6%	7,352,222	95.6%	(5.9%)	148,405,692	97.4%	95,226,763	96.0%	55.8%
Incremento neto a la reserva de riesgos en curso	5,585,279	105%	2,124,147	27.6%	162.9%	(8,107,578)	(5.3%)	(8,860,329)	(8.9%)	(8.5%)
Reserva para dividendos	-	-	-	-	-	1,498,673.35	(1.0%)	862,973.53	(0.9%)	73.7%
Neto	5,585,279	104.6%	2,124,147	27.6%	162.9%	(9,606,251)	(6.3%)	(9,723,302)	(9.8%)	(1.2%)
Prima Devengada	12,501,641	234.2%	9,476,370	123.2%	31.9%	138,799,441	91.1%	85,503,461	86.2%	62.3%
Comisión recibida por reaseguro cedido	41,514	0.8%	89,838	1.2%	(53.8%)	1,910,065	1.3%	1,512,278	1.5%	26.3%
Comisión por retrocesión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Participación de utilidades por reaseguro cedido	-	-	-	-	-	342,022	0.2%	-	-	-
Derechos de Póliza	227,600	4.3%	137,040	1.8%	66.1%	2,380,232	1.6%	1,124,195	1.1%	111.7%
Ingresos	269,114	5.0%	226,877	2.9%	18.6%	4,632,318	3.0%	2,636,473	2.7%	75.7%
Comisiones y compensaciones a Agentes	(1,219,286)	(22.8%)	(1,975,007)	(25.7%)	(38.3%)	(29,838,364)	(19.6%)	(21,860,362)	(22.0%)	36.5%
Otros Gastos de Adquisición	(41,816)	(0.8%)	(105,746)	(1.4%)	(60.5%)	(1,017,821)	(0.7%)	(728,439)	(0.7%)	39.7%
Comisión pagada por reaseguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Participación de utilidades por reaseguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primas pagadas por cob. exceso de pérdida	-	-	(219,027)	(2.8%)	(100.0%)	-	-	(810,518)	(0.8%)	(100.0%)
Egresos	(1,261,102)	(23.6%)	(2,299,779)	(29.9%)	(45.2%)	(30,856,185)	(20.2%)	(23,399,319)	(23.6%)	31.9%
Ingresos - Egresos	(991,988)	(18.6%)	(2,072,902)	(26.9%)	(52.1%)	(26,223,867)	(17.2%)	(20,762,846)	(20.9%)	26.3%
Resultado Previo	11,509,633	215.6%	7,403,468	96.2%	55.5%	112,575,574	73.9%	64,740,615	65.3%	73.9%
Siniestros Seguro Directo	(13,876,984)	(259.9%)	(6,767,202)	(88.0%)	105.1%	(112,593,065)	(73.9%)	(78,501,006)	(79.2%)	43.4%
Siniestros Reaseguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	2,400	0.0%	(100.0%)
Gastos de Ajuste S. Directo	(40,279)	(0.8%)	(45,440)	(0.6%)	(11.4%)	(452,275)	(0.3%)	(436,781)	(0.4%)	3.5%
Gastos de Ajuste Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part. Salvamentos S. Directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part. Salvamentos Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos de ajuste recuperados por Re. cedido del S. Directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos de ajuste recuperados por Re. cedido del Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salvamentos S. Directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salvamentos Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siniestros recuperados por cob. de exceso de pérdida	-	-	-	-	-	-	-	976,418	1.0%	(100.0%)
Siniestros recuperados por Re. cedido del S. Directo	106,617	2.0%	-	-	-	3,615,664	2.4%	2,977,550	3.0%	21.4%
Siniestros recuperados por Re. cedido del Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reafianzamiento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siniestros Netos de Retención	(13,810,646)	(258.7%)	(6,812,643)	(88.6%)	102.7%	(109,429,676)	(71.8%)	(74,981,420)	(75.6%)	45.9%
Incremento a la reserva IBNR	-	-	-	-	-	(2,045,080)	(1.3%)	-	-	-
Total Costo Siniestralidad	(13,810,646)	(258.7%)	(6,812,643)	(88.6%)	102.7%	(111,474,756)	(73.2%)	(74,981,420)	(75.6%)	48.7%
Utilidad Técnica	(2,300,993)	(43.1%)	590,825	7.7%	ND	1,100,818	0.7%	(10,240,805)	(10.3%)	ND

Razones Fin. ACC_V_ENF. últimos 12 meses.	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov 1998
1. Sinistros Netos de Retención entre Prima Devengada	94.1%	56.4%	119.0%	65.4%	72.5%	74.3%	94.7%	80.2%	72.5%	102.0%	42.7%	110.5%
2. Sinistros recuperados entre Prima cedida más prima cob. XL	141.7%	-	-	-	-	(39.9%)	-	-	-	29.9%	312.2%	(6.8%)
3. Subvenciones entre siniestros del seguro directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Prima retenida entre Prima recibida neta	97.2%	95.9%	96.5%	91.1%	97.0%	112.0%	97.2%	96.8%	93.6%	90.9%	95.6%	129.6%
5. Comisiones por reaseguro cedido entre Prima cedida	194.8%	28.3%	(1.4%)	38.7%	18.6%	23.9%	26.8%	27.9%	32.3%	37.2%	80.2%	(2.6%)
6. Prima cedida entre prima emitida	2.8%	4.1%	3.5%	8.9%	3.0%	(12.0%)	2.8%	3.2%	6.4%	9.1%	4.4%	(29.0%)
7. Comisiones y compensaciones entre Prima directa	17.1%	19.1%	20.3%	20.3%	21.2%	19.9%	18.5%	19.9%	19.0%	20.2%	17.7%	22.8%
8. Egresos Netos entre Prima total emitida	16.0%	19.8%	21.1%	21.4%	21.7%	21.0%	19.0%	20.4%	19.5%	20.8%	18.2%	23.6%
9. Egresos Netos entre Prima retenida	16.5%	20.6%	21.8%	23.4%	22.4%	18.8%	19.5%	21.1%	20.9%	22.8%	19.0%	18.2%
10. Gastos de ajuste entre Sinistros directos	0.8%	0.6%	0.3%	0.4%	0.3%	0.3%	0.6%	0.4%	0.4%	0.1%	0.8%	0.3%
11. Utilidad Técnica entre Prima total emitida	(33.9%)	5.1%	(33.3%)	18.7%	1.0%	9.7%	(12.6%)	(1.2%)	12.4%	(17.7%)	22.1%	(43.1%)
12. Utilidad Técnica entre Prima retenida	(37.0%)	5.3%	(34.5%)	20.5%	1.0%	8.7%	(13.0%)	(1.3%)	13.2%	(19.5%)	23.1%	(33.3%)
13. Utilidad Técnica entre Prima devengada	(44.0%)	9.8%	(43.6%)	18.4%	1.0%	7.9%	(15.3%)	(1.4%)	12.0%	(21.6%)	27.6%	(18.4%)
14. Inc. a Rvs. de riesgos en curso entre prima directa.	18.8%	39.8%	16.6%	(12.5%)	0.5%	(10.6%)	14.8%	11.5%	(9.1%)	8.9%	15.6%	(104.6%)
15. Inc. a Rvs. para dividendos entre prima directa.	(3.2%)	3.8%	3.6%	2.2%	0.8%	0.0%	-	-	-	-	-	-

Porcentajes ACC. Y ENF. últimos 12 meses.	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov 1998
Primas Directas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Primas del Reaseguro Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primas Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primas Recibidas Netas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Primas cedidas del seguro directo	(2.8%)	(4.1%)	(3.5%)	(8.9%)	(3.0%)	12.0%	(2.8%)	(3.2%)	(6.4%)	(9.1%)	(4.4%)	29.6%
Primas cedidas del seguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primas Netas de Retención	97.2%	95.9%	96.5%	91.1%	97.0%	112.0%	97.2%	96.8%	93.6%	90.9%	95.6%	129.6%
Incremento a la reserva IBNR	(29.2%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Incremento neto a la reserva de riesgo en curso	(18.8%)	(39.8%)	(16.6%)	12.5%	(0.5%)	10.6%	(14.8%)	(11.5%)	9.1%	(8.9%)	(15.6%)	104.6%
Reserva para dividendos	3.2%	(3.8%)	(3.6%)	(2.2%)	(0.8%)	(0.0%)	-	-	-	-	-	-
Nota	(18.5%)	(43.6%)	(20.3%)	10.3%	(1.4%)	10.6%	(14.8%)	(11.6%)	9.1%	(8.9%)	(15.6%)	104.6%
Primas Devengadas	81.7%	82.3%	76.3%	101.4%	96.7%	122.6%	82.4%	86.4%	102.7%	82.8%	96.0%	234.2%
Comisión recibida por reaseguro cedido	0.7%	1.1%	(0.0%)	3.4%	0.5%	(2.9%)	0.8%	0.9%	2.1%	3.2%	1.9%	0.8%
Comisión por retrocesión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Participación de utilidades por reaseguro cedido	4.6%	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2%	1.6%	-
Derechos de Póliza	2.0%	0.9%	2.4%	1.5%	1.4%	2.1%	1.3%	1.4%	1.6%	1.3%	1.5%	4.3%
Ingresos	7.6%	2.1%	3.5%	4.9%	2.0%	(0.8%)	2.1%	2.3%	3.6%	4.7%	5.1%	5.0%
Comisiones y compensaciones a Agentes	(17.1%)	(19.1%)	(20.3%)	(20.3%)	(21.2%)	(19.9%)	(18.5%)	(19.9%)	(19.0%)	(20.2%)	(17.7%)	(22.8%)
Otros Gastos de Adquisición	1.1%	(0.7%)	(0.8%)	(1.1%)	(0.6%)	(1.2%)	(0.5%)	(0.5%)	(0.5%)	(0.6%)	(0.4%)	(0.8%)
Comisión pagada por reaseguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Participación de utilidades por reaseguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primas pagadas por cob. exceso de pérdida	(3.0%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egresos	(19.8%)	(19.8%)	(21.1%)	(21.4%)	(21.7%)	(21.8%)	(19.8%)	(20.4%)	(19.6%)	(20.2%)	(17.7%)	(22.8%)
Ingresos - Egresos	(12.2%)	(17.7%)	(18.6%)	(16.5%)	(19.7%)	(21.8%)	(18.9%)	(18.1%)	(18.9%)	(16.1%)	(23.1%)	(18.6%)
Resultado Provis	78.1%	54.6%	77.4%	88.9%	76.8%	100.8%	66.8%	67.2%	84.8%	68.9%	66.9%	215.6%
Sinistros Seguro Directo	(84.4%)	(29.3%)	(90.6%)	(66.1%)	(74.7%)	(91.6%)	(77.6%)	(68.1%)	(74.1%)	(66.2%)	(47.6%)	(259.9%)
Sinistros Reaseguro tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos de Ajuste S. Directo	(0.6%)	(0.2%)	(0.3%)	(0.3%)	(0.2%)	(0.3%)	(0.4%)	(0.3%)	(0.3%)	(0.1%)	(0.4%)	(0.8%)
Gastos de Ajuste Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part. Subvenientes S. Directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part. Subvenientes Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos de ajuste recuperados por Re. cedido del S. Directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos de ajuste recuperados por Re. cedido del Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Subvenientes S. Directo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Subvenientes Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sinistros recuperados por cob. de exceso de pérdida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sinistros recuperados por Re. cedido del S. Directo	8.1%	-	-	-	-	4.8%	-	-	-	2.7%	13.8%	2.0%
Sinistros recuperados por Re. cedido del Re. Tomado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resultado neto	(76.9%)	(29.5%)	(98.9%)	(66.1%)	(75.0%)	(91.1%)	(78.1%)	(68.4%)	(74.4%)	(63.6%)	(34.1%)	(258.7%)
Reservación Netas de Retención	(23.2%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(18.7%)	-
Utilidad Técnica	(53.9%)	5.1%	(21.3%)	18.7%	1.8%	9.7%	(12.6%)	(3.2%)	12.4%	(17.7%)	22.1%	(43.1%)

Razones Financieras			1998	1997	
ACC_Y_ENF.	Noviembre 98	Noviembre 97	Acumulado hasta el mes	Acumulado hasta el mes	Últimos 12 Meses
1. Siniestros Netos de Retención entre Prima Devengada	110.5%	71.9%	78.8%	87.7%	79.8%
2. Siniestros recuperados entre Prima cedida más prima cob. XL	(6.8%)	-	91.0%	83.5%	98.4%
3. Salvamentos entre siniestros del seguro directo	-	-	-	-	-
4. Prima retenida entre Prima recibida neta	129.6%	95.6%	97.4%	96.0%	97.4%
5. Comisiones por reaseguro cedido entre Prima cedida	(2.6%)	26.4%	56.7%	38.5%	67.2%
6. Prima cedida entre prima emitida.	(29.6%)	4.4%	2.6%	4.0%	2.6%
7. Comisiones y compensaciones entre Prima directa	22.8%	25.7%	19.6%	22.0%	19.4%
8. Egresos Netos entre Prima total emitida	23.6%	27.0%	20.2%	22.8%	19.9%
9. Egresos Netos entre Prima retenida	18.2%	28.3%	20.8%	23.7%	20.5%
10. Gastos de ajuste entre Siniestros directos	0.3%	0.7%	0.4%	0.6%	0.4%
11. Utilidad Técnica entre Prima total emitida	(43.1%)	7.7%	0.7%	(10.3%)	(1.9%)
12. Utilidad Técnica entre Prima retenida	(33.3%)	8.0%	0.7%	(10.8%)	(2.0%)
13. Utilidad Técnica entre Prima devengada	(18.4%)	6.2%	0.8%	(12.0%)	(2.1%)
14. Inc. a Rva. de riesgos en curso entre prima directa.	(104.6%)	(27.6%)	5.3%	8.9%	6.3%
15. Inc. a Rva. para dividendos entre prima directa.	-	-	1.0%	0.9%	0.7%