



Universidad Anáhuac
del Sur

UNIVERSIDAD ANAHUAC DEL SUR

Con estudios incorporados a la Universidad
Nacional Autónoma de México.

ESCUELA DE ACTUARIA

"ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO PARA PLANES DE
GASTOS MEDICOS MAYORES EN GRUPO Y COLECTIVO"

T E S I S

Que para obtener el Título de

A C T U A R I O

p r e s e n t a : (n)

GEORGINA MARTINEZ JUAREZ
GUILLERMO QUIROZ ESCALANTE

Director de Tesis:

ACT. IGNACIO GOMEZ ARCEO

México, D. F.

1 9 9 2

TESIS CON
FALLA LA ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1	INTRODUCCION	1
2	CARACTERISTICAS DEI PLAN DE GASTOS MEDICOS MAYORES	4
	2.1 SOPORTE FISCAL	4
	2.2 DEFINICIONES	12
	2.3 NIVEL DE COBERTURA	21
	2.4 GASTOS MEDICOS CUBIERTOS Y EXCLUSIONES	28
	2.5 BENEFICIOS ADICIONALES	45
	2.6 SISTEMAS DE ADMINISTRACION	59
	2.7 INFORMES REQUERIDOS PARA EL PAGO DE RECLAMACION	67
3	PLANES ASEGURABLES	72
	3.1 PLAN NORMAL	72
	3.2 FLUJO DE EFECTIVO (CASH FLOW)	93

4	PLANES NO ASEGURABLES	99
	4.1 PLAN AUTOFINANCIADO	99
5	COBERTURAS DE EXCESO DE PERDIDA	112
	5.1 EXCESO DE PERDIDA (STOP-LOSS)	113
	5.2 WORKING COVER	116
6	CONCLUSIONES	118
7	BIBLIOGRAFIA	123

CAPITULO I

I INTRODUCCION

El desarrollo de acciones de previsión social encaminados al reconocimiento del derecho a disfrutar de un servicio privado en el ramo de gastos médicos mayores, y de disponer de instrumentos de financiamiento que permitan a la empresa amparar al trabajador y a su familia contra riesgos derivados de las enfermedades y accidentes es parte de la responsabilidad de todo ciudadano mexicano que tiene los conocimientos y las herramientas necesarias.

El origen y la evolución de la previsión social en nuestro país, la cual esta plasmada dentro de la Constitución Política desde 1917, ha sido fundamental para el desarrollo posterior del soporte jurídico que hoy da sustento al sistema mexicano de previsión social.

Ciertamente, las condiciones de crisis y austeridad que hay presentes, afectan los recursos que las empresas pueden destinar hacia el mejoramiento y estabilidad emocional de sus trabajadores en el orden cuantitativo, dentro del servicio de gastos médicos mayores. Lo anterior nos obliga a otorgar diferentes medios de financiamiento que, de acuerdo a la composición del personal de cada empresa nos

dé la opción de abatir los costos en el servicio.

Para poder llevar a cabo un análisis de los tipos de financiamiento que se pueden implementar en una empresa, se empezará por describir cada una de las coberturas y en qué circunstancias será conveniente otorgarlas al personal de acuerdo al riesgo (tomando en cuenta algunos riesgos que son especiales) que desea cubrir para cada una de las empresas dentro de plan de Gastos Médicos Mayores.

No obstante el beneficio social que se le otorga al trabajador, hay que tomar en cuenta la plataforma jurídica que nos da la oportunidad de hacer participe en los costos al Estado.

Posteriormente se analizará cada uno de los tipos de financiamiento que existen en el mercado, que básicamente se pueden dividir en tres grandes ramos :

- Planes Asegurables
- Planes Autofinanciados
- Coberturas de Exceso de pérdida

Hay que considerar que el ramo de gastos médicos mayores no cuenta con las estadísticas necesarias para llevar a cabo un análisis del pasado y así, poder llevar a cabo un estimado a futuro, ya que gran parte de la utilización de este beneficio se da por frecuencia y no por severidad, de acuerdo a la experiencia obtenida en el ramo.

No obstante lo anterior y de acuerdo a la composición de la población, aunado al

nivel de beneficio que se quisiera otorgar, existen instrumentos que nos pueden dar un estimado de la frecuencia de uso que se le de al beneficio.

Resulta, por lo tanto, prioritario manifestar en el presente documento la estrategia encaminada a resolver no solamente los problemas de orden cualitativo, si no también cuantitativo, ya que el costo de los planes de gastos médicos podría ocasionar en desequilibrio financiero por la falta de asesoría adecuada en el sistema de financiamiento.

CAPITULO 2

2.1 CARACTERISTICAS DEL PLAN DE GASTOS MEDICOS MAYORES

2.1.- SOPORTE FISCAL.

Una de las principales razones por las cuales las empresas otorgan a sus empleados como prestación el beneficio de GASTOS MEDICOS MAYORES se debe a la posibilidad de deducir de impuestos el costo de dicho beneficio.

Por tal motivo se analizará la plataforma jurídica que le da soporte a este beneficio.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Artículo 8 (Definición de Trabajadores)

"Trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.

Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio."

Artículo 9 (definición de trabajador de confianza)

"La categoría de trabajador de confianza depende de la naturaleza de las funciones desempeñadas y no de la designación del puesto.

Son funciones de confianza las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización, cuando tengan carácter general, y las que se relacionen con trabajos personales del patrón dentro de la empresa o establecimiento."

Artículo 84 (salario por cuota diaria)

"El salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo."

Lo anterior nos da las bases para determinar la comparación de trabajadores a los cuales se les puede otorgar el beneficio.

Ahora bien, es fundamental referirse a la Ley del Impuesto sobre la Renta y al Reglamento que la rige para poder llevar a cabo la deducibilidad de impuestos que es la principal característica que tienen dichos planes cuando forman un grupo y son pagados al 100% por el patrón, o bien son contributivos de acuerdo a lo que se menciona a continuación en la Ley del Impuesto sobre la Renta.

LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Artículo 24.- (Requisitos generales para las deducciones)

"Las deducciones autorizadas en este Título deberán reunir los siguientes requisitos :"

Gastos de Previsión Social

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

Generalidades

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

Planes de Previsión Social

"En todos los caso deberán establecerse planes conforme a los plazos y requisitos que se fijen en el reglamento de esta Ley."

Artículo 77.- (Ingresos exentos)

"No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos :

Reembolso de gastos médicos y de funeral

IV.- Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes y contratos de trabajo.

Ingresos derivados de contratos de Seguro.

XXII.- Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados y sus beneficiarios cuando ocurre el riesgo amparado por las pólizas contratadas, así como los que por dividendos, intereses o por la terminación del contrato o valor de rescate del mismo se entreguen a quien contrató el seguro o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado, siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo."

Las ventajas que representa tanto para el trabajador como para el patrón son las que se mencionan en el artículo 77 anteriormente expuesto, ya que permite deducir de impuestos al patrón los pagos por concepto de pago de primas y por otra parte lo que percibe el trabajador por concepto de reembolso de gastos médicos efectuados.

La Ley de Impuesto sobre la renta nos da la pauta para el otorgamiento de

prestaciones para los trabajadores en general, no obstante, el Reglamento que la rige nos permite otorgar diferentes tipos de prestación a los trabajadores de acuerdo a lo siguiente :

Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta

Artículo 19.- Gastos de Previsión Social

Los gastos de Previsión Social a que se refiere la fracción XII del artículo 24 de la Ley satisfarán los siguientes requisitos :

"Generalidad

I.- Que se otorguen en forma general.

II. Que se otorguen a todos los trabajadores sobre las mismas bases a menos que se trate de :

- a) Planes de Previsión Social a favor de empleados y de los demás trabajadores, los cuales podrán contener beneficios diferentes para unos y otros;
- b). Planes para trabajadores de una misma empresa en la que existan varios sindicatos en cuyo caso los beneficios pactados con cada sindicato podrán no ser equivalentes;
- c). Personal sometido a un riesgo sensiblemente mayor al resto de los demás trabajadores, en cuyo caso la naturaleza del riesgo debe ser concordante con la del beneficio y este ser independiente de que se trate de empleados de

confianza o de los demás trabajadores.

d). Personal que labore en establecimientos ubicados en el extranjero los cuales podrán tener beneficios diferentes por país.

III.- Que tratándose de Planes de Seguros de vida solo se asegure a los trabajadores."

Artículo 20.- (Deducción de los gastos de previsión social)

"Para la deducción de los gastos de previsión social a que se refiere el artículo anterior se observará lo siguiente :

I.- Si el importe de los gastos de previsión social en los planes que correspondan a empleados de confianza, considerados con los que concedan las instituciones públicas de seguridad social, son proporcionalmente mayores, para salarios superiores, sólo podrán deducirse del gasto total incurrido el que correspondería si se les hubiere otorgado a todos los participantes los beneficios aplicables a los salarios menores. La diferencia no será deducible. La limitación en que se refiere esta fracción deberá considerarse en forma independiente tratándose de los casos a que se refiere el artículo 19 fracción II, inciso c) y d), de este Reglamento. No se aplicará lo dispuesto en esta fracción cuando los beneficios sean proporcionalmente superiores para salarios menores.

II.- En ningún caso los beneficios a los empleados de confianza que se establezcan en cada uno de los planes serán proporcionalmente superiores a los que se otorguen a los demás trabajadores conforme a dichos planes, considerados con los que

proporcionen las Instituciones Públicas de Seguridad Social.

Para determinar en su caso, los gastos no deducibles, se dividirá el importe de los gastos en el ejercicio correspondiente a cada grupo entre sus sueldos en el mismo período, si el cociente que corresponda al grupo de empleados de confianza es superior a los demás trabajadores, la diferencia se multiplicará por el importe de los sueldos de los empleados de confianza, obteniendo así el resultado deseado.

Los sueldos a que se refiere esta fracción serán calculados a base de salario cuota diaria.

III.- Cuando el plan contenga aportaciones de los trabajadores o empleados de confianza deberán participar por lo menos el 75% de los elegibles.

IV.- Los planes de previsión social deberán constar por escrito indicando la fecha a partir de la cual se inicie cada plan y se comunicarán al personal dentro del mes siguiente a dicho inicio.

Artículo 23.- (Deducibilidad de gastos de Previsión Social)

Los gastos que se hagan por concepto de Previsión Social, de acuerdo con lo expuesto por el artículo 24 fracción XII de la ley deberán cumplir los siguientes requisitos.

I.- Que se efectúen en territorio nacional, excepto los relacionados con aquellos trabajadores que presten sus servicios en el extranjero, los cuales deberán estar

relacionados con la detención de los ingresos del contribuyente.

II.- Que se efectúen en relación con trabajadores del contribuyente y, en su caso, con el cónyuge o la persona con quien viva en concubinato, o con los ascendientes o descendientes cuando dependan económicamente del trabajador, incluso cuando tengan parentesco civil, así como los menores de edad que satisfaciendo el requerimiento de dependencia económica vivan en el mismo domicilio del trabajador. En el caso de prestaciones por fallecimiento no será necesaria la dependencia económica."

Todo el soporte fiscal mencionado anteriormente no tiene ninguna validez si no es llevado a la práctica, o mencionado de otra forma, implementado en casos concretos.

Por tal motivo en el transcurso del presente trabajo se hará mención del uso que se le puede dar en la implementación de los diferentes tipos de financiamiento para que se pueda dar en forma general a los empleados.

No obstante lo anterior se recomienda que para la implementación de los planes de Gastos Médicos Mayores se consulte a los peritos actuariales.

2.2 DEFINICIONES

A continuación se mencionarán algunas definiciones que servirán para un mejor conocimiento del beneficio de Gastos médicos Mayores.

Accidente.- Se entenderá como accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta e imprevista derivada de actos no intencionales que produzcan la muerte o lesiones corporales a la persona. Por lo que no se considera accidente las lesiones corporales o la muerte provocados intencionalmente por la persona.

Administradora.- Persona moral que tiene dentro de sus objetivos en el acta constitutiva la facultad de administrar a un tercero un plan de gastos médicos mayores, en este trabajo se podrá entender por administradora a la aseguradora.

Afectado.- Es toda persona física miembro de un plan de gastos médicos mayores que presenta algún daño a consecuencia de un accidente o enfermedad.

Ajustes.- En caso de altas o de bajas de participantes o dependientes o disminución o aumento de beneficios, la administradora cobrará o devolverá al contratante, según sea el caso una cantidad calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el aniversario del plan.

Antigüedad.- Tiempo ininterrumpido durante el cual una persona ha tenido una

cobertura de gastos médicos mayores a favor.

Asegurado.- Es aquél que presta servicio activo directamente al contratante o cualquiera de sus dependientes económicos y se encuentre incluido en el registro de asegurados.

Aseguradora.- Sociedad Anónima que tiene autorización por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para aceptar riesgos a cambio de una prima preestablecida.

Cláusula de Emergencia en el Extranjero.- Es el beneficio que ampara al participante cuando éste se encuentra en el extranjero y presenta una emergencia médica.

Coaseguro.- Porcentaje del gasto que hará frente el participante por cada accidente o enfermedad una vez cubierto el deducible.

Cobertura en el Extranjero.- Es el beneficio que ampara los gastos médicos efectuados fuera de la República Mexicana por los participantes, siempre y cuando se hayan erogado durante la vigencia del plan y vayan de acuerdo a las condiciones generales del mismo.

Cobertura provisional.- Período de 30 días durante el cual el asegurado se encuentra cubierto bajo las mismas condiciones de la vigencia anterior de una póliza, mientras se reciben los datos generales y las condiciones de la nueva vigencia de su póliza, para la renovación definitiva de la misma. También se entiende como cobertura provisional cuando el asegurado se encuentra cubierto bajo las condiciones ya

pactadas con anterioridad, pero se da un cambio de aseguradora o la implementación del beneficio a una empresa.

Colectividad.-Para que un plan pueda ser contratado bajo las condiciones de una colectividad se requieren las siguientes características por lo general :Que participe por lo menos el 20% del personal de confianza y/o sindicalizado y un mismo patrón o empresa, asociación, agrupaciones, sindicato o uniones formando una sección bien establecida debiendo ser 25 titulares , y en caso de ser el 75% de la colectividad, se necesitará como mínimo 50 titulares.

Contratante.- Es aquella persona que aparece como titular del plan y que se compromete a realizar los pagos que amparen el beneficio.

Deducible.- Cantidad fija que el participante deberá absorber por cada accidente o enfermedad cubierto por el plan.

Dependientes económicos.- Por dependientes económicos del participante se entenderá el cónyuge o concubinario del mismo que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el código civil, así como los hijos solteros menores de 25 años y que no perciban remuneración alguna por concepto de trabajo personal. En algunas ocasiones se consideran como dependientes económicos a los ascendientes que dependan económicamente del participante, siempre y cuando este sea soltero.

Dividendo.- Es la participación que le corresponde al contratante, de las utilidades que obtenga la administradora en la operación del plan de gastos médico mayores.

Emergencia Médica.- Es la aparición repentina de una alteración en la salud, del participante, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que requieran atención médica de inmediato. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y por lo tanto, los efectos de este beneficio.

Enfermedad.- Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

Enfermedades Congénitas.- Es aquella que esta presente en el momento del nacimiento.

Enfermera.- Persona que ejerce enfermería con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

Experiencia Conjunta.- Tipo de experiencia en el que únicamente podrán canalizarse aquellos planes que tengan contratado un seguro de gastos médicos mayores y vida grupo, y que por sus condiciones especiales y el número de asegurados deberán analizarse de manera particular, considerando los resultados de siniestralidad de ambos ramos conjuntamente, para que de esta forma, sea determinado el dividendo total a otorgar en ambos seguros.

Experiencia Global.- Tipo de experiencia en el que únicamente podrán considerarse aquellos negocios que por sus condiciones y/o número de asegurados deberán analizarse con pólizas de la cartera de gastos médicos mayores de una misma aseguradora , para que de esta forma se puedan calcular los primas iniciales del plan o los del siguiente año póliza.

Experiencia propia.- Tipo de experiencia en el que únicamente podrán considerarse aquellos planes que por sus condiciones y/o número de participantes, sean objeto de un análisis particular, en el que se determinan las condiciones y el costo a otorgar para la siguiente vigencia, en función de los resultados de siniestralidad que presente dicho plan.

Franquicia.- Gasto Mínimo que debe de tener una reclamación para que su gasto sea susceptible de recuperación en su totalidad.

Grupo.- Para que un plan pueda ser contratado bajo las condiciones de un grupo se requieren las siguientes características por lo general :

- I. Considerar al 100% del personal de confianza y/o sindicalizado como elegible.
- II. Que el personal participante sea por lo menos el 75% del personal elegible con un mínimo de titulares, en caso de que el 100% del personal sea participante se requieren como mínimo 10 titulares.
- III. Para asociaciones, sindicatos, uniones o agrupaciones, deberán participar al menos el 75% del grupo con un mínimo de 50 titulares y en caso de que el 100% del personal sea participante se requieren con mínimo 25 titulares.
- IV. Se entregará un sólo documento al contratante para el pago de todos los

participantes.

V. Todo el grupo tendrá una misma fecha de aniversario para el plan.

Hospitalización.- Toda estancia continua en el hospital mayor a 24 hrs.

Médico.- Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser :-Médico General-Médico Especialista-Médico Cirujano

Padecimientos Preexistentes.- Se entiende como padecimientos preexistentes, aquellos en que en fecha anterior al plan :

Participante.- Por participante se entenderá aquella persona que siendo empleado reúna los requisitos de elegibilidad para gozar del beneficio o toda persona que pertenezca a una colectividad que tenga un plan de gastos médicos mayores.

Período de Espera.- Es el tiempo en el que el participante tiene que estar protegido ininterrumpidamente bajo el mismo plan para que se le puedan pagar ciertos riesgos cubiertos de acuerdo a las condiciones estipuladas en el plan.

Período de Gracia.- Lapso de 30 días naturales que tiene el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las parcialidades pactadas en el contrato; durante este período el asegurado goza de la cobertura de la póliza.

Periodo de Riesgo no Ocurrido.- Lapso posterior al periodo de gracia durante el cual el contratante no goza de la cobertura de su póliza, dado que el contratante no ha liquidado la prima correspondiente.

Prima Devengada.- Es la parte proporcional del costo pagado correspondiente al tiempo transcurrido.

Prima en Depósito.- Porcentaje de la prima esperada que se destina para pagar los riesgos en curso en un periodo de tiempo determinado,

Prima Neta.- Será el costo anual correspondiente a cada uno de los participantes, sin incluir el recargo por pago fraccionado, derecho de póliza e I.V.A.

Prima no devengada.- Es la parte proporcional del costo pagado correspondiente al tiempo no transcurrido.

Prima Prorrata.- Es la parte proporcional del costo anual correspondiente a un periodo menor a la vigencia de la póliza.

Prima Teórica.- Costo estimado que se calcula al inicio de un plan de acuerdo a las condiciones , número de participantes y/o siniestralidad esperada.

Registro de Participantes.- Listado en el cual aparecen los siguientes datos, básicamente :-Nombre-Edad-Parentesco-Fecha de ingreso del plan-Costo Neto del plan

Rehabilitación.- Activar un plan cancelado.

Reinstalación Automática de Suma Asegurada O Reinstalación del Beneficio Máximo.- En caso de que por algún accidente o enfermedad se llegase a agotar la suma asegurada contratada para cada participante, la vigencia del plan no terminará sino que se reinstalará la suma asegurada de manera automática para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por el total de la suma asegurada contratada.

Reporte de movimientos.- Documento en el cual el contratante reporta las altas y bajas de los participantes dentro de los primeros 30 días siguientes a la fecha de ingreso o baja.

Salario Mínimo General Mensual (SMGM).- Cantidad sobre la que se especificará en algunas ocasiones los límites máximos reembolsables por el plan, de acuerdo a las condiciones de cada cobertura, dicho salario será el que se encuentre vigente en la ciudad de México al momento en que se efectúe el primer gasto correspondiente a cada padecimiento.

Solicitud Maestra.- Documento en el cual el contratante le proporciona a la compañía de seguros las características del plan que desea contratar así como la información del personal que gozará del beneficio. Dicha solicitud deberá estar fechada y firmada por el contratante.

Tabla de Intervenciones Quirúrgicas.- Relación de intervenciones quirúrgicas, en donde se indica el porcentaje que aplicado a la suma asegurada o beneficio máximo

contratado para tal efecto, determina el monto máximo que se pagará sobre la base establecida en el catálogo de honorarios estipulado en las condiciones del plan para este concepto.

2.3 NIVEL DE COBERTURA

A continuación se hará mención de los principales parámetros que se determinan en un plan de gastos médicos mayores.

Hay que tomar en cuenta que un plan de gastos médicos mayores se tiene que diseñar como un traje a la medida, ya que el nivel de beneficios a otorgar va de acuerdo al trabajo que desempeña y al giro de la empresa que los contrata.

Adicionalmente se debe considerar que las prestaciones que se le otorguen a los empleados van directamente relacionadas con sus ingresos, nivel académico, cultura y jerarquía dentro de la empresa.

No obstante lo anterior se necesita tener presente que este beneficio para poderlo hacer deducible de impuestos debe de seguir los lineamientos del artículo No.2 de la Ley del Impuesto sobre la Renta. Sin embargo, se proporcionarán algunos elementos de juicio que dan la oportunidad de otorgar el beneficio de gastos médicos mayores a la generalidad limitando el uso del mismo a las clases de menor jerarquía dentro de las empresas.

Como una segunda opción , no hay que perder de vista que se pueden otorgar beneficios diferentes para cada uno de los sectores de la población, siempre y cuando el costo asignado a cada uno de los beneficios otorgados sea equivalente.

En primer lugar se hablará de la suma asegurada por cada accidente o enfermedad cubierto por el plan.

La suma asegurada se estipula dentro de las condiciones de un plan como una cantidad fija o como un número de veces el salario Mfimo general mensual, la cual representa la protección máxima para cada participante.

Para poder llevar a cabo un análisis de cuál es la suma asegurada que se otorgará a cada sector de la población dentro de una empresa es necesario tomar en cuenta los siguientes puntos :

- Sueldo Mensual
- Nivel Cultural
- Giro de Empresa
- Edad Promedio de la población participante
- Residencia

De acuerdo a lo anterior podemos dar algunos ejemplos de las sumas aseguradas que oscilan en el mercado de seguros en México de acuerdo al giro de la empresa.

TABLA I

SECTOR EMPRESARIAL	NIVEL MINIMO DE BENEFICIO	NIVEL MAXIMO DE BENEFICIO
Sector Financiero		
Funcionarios	400 SMGM	1000 SMGM
Empleados	100 SMGM	300 SMGM
Sector Industrial		
Funcionarios	100 SMGM	400 SMGM
Empleados	30 SMGM	150 SMGM
Sector Comercial		
Funcionarios	200 SMGM	600 SMGM
Empleados	50 SMGM	200 SMGM
Sector Turístico		
Funcionarios	200 SMGM	600 SMGM
Empleados	100 SMGM	400 SMGM
Sector Servicios		
Funcionarios	300 SMGM	800 SMGM
Empleados	100 SMGM	300 SMGM

SMGM : SALARIO MINIMO GENERAL MENSUAL

Fuente : Estudio de Mercado realizado por Servicios Actuariales (1990)

Cabe hacer mención que el incremento de las sumas aseguradas no es directamente proporcional al incremento del costo del plan.

Como segundo parámetro se mencionará el deducible en un plan.

El deducible servirá como filtro en el uso y siniestralidad del plan, ya que entre más alto sea éste tendrá un efecto directo como porcentaje en el sueldo mensual del empleado.

Desde otro punto de vista, podemos deducir que si el ingreso mensual de una persona está dentro de 1 y 5 SMGM, ésta podrá pagar por concepto de deducible una cantidad no mayor al 30% de su ingreso, por tal motivo las reclamaciones que pudiera haber presentado a través del plan se transferirán al IMSS ya que no podrá liquidar dicho importe.

Por lo antes expuesto se puede observar que aunque este beneficio se otorgue al 100% del personal dentro de una empresa, el uso del beneficio lo hará únicamente el personal que tenga mayor ingreso dentro de la misma.

Adicionalmente, el deducible brinda la oportunidad de eliminar a todas aquellas reclamaciones cuyo monto sea poco significativo y que sin embargo representaría un costo mayor al efectuar el trámite administrativo.

En la mayoría de los planes de gastos médicos mayores cuando se presenta una reclamación por concepto de accidente el reembolso se efectúa al 100%, es decir el deducible no se descuenta del total de gastos presentados. Sin embargo, para evitar el gasto administrativo que representarían las reclamaciones cuyos montos fueran inferiores al deducible, se aplica una franquicia

Un tercer parámetro es el coaseguro o participación del asegurado.

El coaseguro dentro de un plan da la oportunidad de cuidar la siniestralidad para la aseguradora y para el contratante, ya que se hace participe en los gastos al usuario del plan.

Lo anterior lo podemos describir de la siguiente manera :

Si el usuario del plan no tuviera que participar en los gastos por concepto de cada reclamación, gastaría más de lo necesario y por tal motivo en aquellos planes en los que no hay límite por concepto de catálogo de honorarios quirúrgicos, padecimientos, etc. se incrementaría la siniestralidad.

Actualmente en los planes de gastos médicos mayores el coaseguro que se paga por el excedente de la reclamación, una vez rebasado el deducible varía desde un 10% hasta un 30%. Sin embargo, para algunas reclamaciones en particular que más adelante se mencionarán, se aplican coaseguros hasta por un 50% del total de los gastos una vez descontando el deducible.

En la mayoría de los planes de gastos médicos cuando se presenta una reclamación por concepto de accidente el reembolso se efectúa al 100%, es decir, el coaseguro no se descuenta del total de gastos presentados.

Al igual que el deducible, el coaseguro se considera como un parámetro para poder transferir al IMSS las reclamaciones de aquellos empleados que por su nivel de ingresos no le es posible absorber el monto que, por éste concepto representaría en el momento de hacer uso del beneficio.

Como un último parámetro se debe tomar en cuenta la tabla de intervenciones quirúrgicas.

Para aquellos grupos que cuentan con menos de 25 participantes es conveniente aplicar una tabla de intervenciones quirúrgicas ya que, es muy factible que cualquier siniestro rebase el costo del plan.

Es conveniente para aquellos planes que cuenten con este límite otorgar sumas muy elevadas ya que, por los topes que se manejan en la tabla de intervenciones quirúrgicas se restringe el monto máximo a recuperar por concepto de reembolso.

Al contratar un plan de gastos médicos mayores con límites en intervenciones quirúrgicas se garantiza que la siniestralidad en el plan se verá afectada por la frecuencia en que se presentan los siniestros y no por alguna desviación severa.

Los parámetros antes mencionados marcan la base del costo de cualquier plan.

El efecto directo que producen se comentará más adelante en los diferentes tipos de financiamiento que se puede ofrecer al contratante .

2.4 GASTOS MEDICOS CUBIERTOS Y EXCLUSIONES.

A continuación se hará mención y se explicarán ampliamente los beneficios que se puedan contratar en un plan de gastos médicos mayores, los cuales dependerán de la cobertura que se desea otorgar a los participantes.

Los planes son flexibles para el otorgamiento de los beneficios, pero se debe tener cuidado en no encarecerlo ya que la disminución de las exclusiones impacta directamente en el costo.

Gastos Médicos Cubiertos

- Honorarios de médicos y/o cirujanos y ayudantes .

Estrictamente estos profesionistas deben estar autorizados para el ejercicio de su actividad y no pueden ser familiares directos del afectado.

- Honorarios por consulta médicas

La mayoría de los planes cubren 30 consultas médicas por algún accidente o enfermedad cubiertos en el plan, siempre y cuando no se efectúen más de una el mismo día, las consultas post-operatorias quedarán incluidas en los honorarios quirúrgicos.

- Honorarios de anestesista

Los honorarios del anestesista se limitan por lo general desde un 20% hasta un 30% de los honorarios del cirujano.

Esto es para evitar el abuso en los honorarios que se ha presentado en años anteriores por parte de los anestesistas, sin embargo, a petición del contratante se puede eliminar dichos porcentajes.

Cabe hacer mención que el anestesista debe estar autorizado para el ejercicio de su actividad.

- Honorarios de enfermera

Dentro del hospital no existe ningún límite para la contratación de una enfermera siempre y cuando sea necesaria para la convalecencia del afectado .

Fuera del hospital se limita la enfermera particular con un máximo de 30 días con tres turnos por día.

Cabe hacer mención que la enfermera fuera del hospital debe ejercer únicamente su actividad ya que, en ocasiones la contratación no se designa al cuidado o convalecencia del paciente.

La enfermera debe estar legalmente autorizada para el ejercicio de su profesión.

- Cuarto de Hospital o Sanatorio

Comprende la renta de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente incluyendo cama extra para algún acompañante.

- Suministro del hospital

Son los que están representados por las drogas, medicamentos, material médico, equipo anestésico, material quirúrgico, sala de operaciones, sala de recuperación y curación, y terapia intensiva.

Cualquier gasto que no tenga relación directa con el tratamiento quedará a cargo del afectado.

- Medicamentos adquiridos fuera del hospital o sanatorio.

Se cubrirán siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y se acompañen de la nota de farmacia y la receta médica.

En caso de ser un medicamento de venta restringida se deberá presentar copia fotostática de la receta médica.

Es indispensable que en las notas de farmacia se desglose cada uno de los medicamentos adquiridos indicando su costo y que contenga todos los requisitos que marca la Ley.

- Servicio de Diagnóstico

Comprende los exámenes de laboratorio y gabinete, estudios de rayos "x", isótopos radioactivos de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico de un accidente o enfermedad.

Dichos diagnósticos se cubrirán siempre y cuando exista un motivo que origine un tratamiento para realizarse, ya que si se realizan por cuestiones preventivas quedarán excluidos por el plan.

- Transfusiones

Sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

- Consumo de Oxígeno

Gastos originados por el consumo de oxígeno

- Servicios de Terapia

Física, radioactiva y fisioterapia

- Aparatos Ortopédicos y Prótesis

Los necesarios para el tratamiento integral del padecimiento.

En ocasiones se limita hasta un 10% de la suma asegurada contratada

Particularmente las prótesis dentales se cubren únicamente por accidente y con un máximo de 5 S.M.G.M.

Los planes no cubren reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

Los límites antes mencionados pueden ser eliminados mediante solicitud expresa del cliente.

- Ambulancia Terrestre

Se cubrirá la transportación terrestre dentro de la localidad hacia o desde el hospital.

- Ambulancia Aérea

Se cubrirá siempre y cuando sea indispensable para salvar la vida del afectado .

- Complicaciones del Embarazo

Únicamente se cubrirán los gastos a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo y parto.

- a) Intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- b) Los estados de fiebre puerperal
- c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica
- d) Embarazo molar hidatiforme

Cualquier otra complicación de embarazo (parto y puerperio) queda excluida normalmente en cualquier plan.

- Operación Cesárea

Este beneficio es uno de los más comentados y retringidos en un plan de gastos médicos mayores, las principales restricciones que tiene este beneficio en un plan de gastos médicos mayores son las siguientes:

- a) La primera cesárea del participante siempre y cuando se lleve a cabo dentro de la vigencia del plan.
- b) Período de espera de 10 meses ininterrumpidamente dentro de la vigencia del plan.

- c) Tope de suma asegurada que va entre el 10 y el 20%
- d) Con un deducible equivalente a 5 S.M.G.M. y hasta la suma contratada
- e) Pagada como enfermedad pero con un coaseguro del 50%

Todas las cesáreas se cubren como enfermedad y pueden tener una o más de las restricciones antes mencionadas o en su defecto, ninguna de ellas.

Adicionalmente se puede decir que en la cesárea se cubre únicamente el evento, lo que significa que se cubre la hospitalización y cama extra para el acompañante. Por tal motivo, si se presentan gastos por concepto de consultas pre-operatorias, post-operatorias, gastos del recién nacido (como pueden ser pediatra, cuna, etc.), quedarán excluidos del reembolso.

- Padecimientos Congénitos

Se cubren todos los padecimientos congénitos de los hijos de los participantes nacidos durante la vigencia del plan.

- Tratamientos de eventraciones

Sólo los que sean a consecuencia de una operación practicada al participante dentro de la vigencia del plan o bien los que se demuestren que son a consecuencia de un accidente.

- Aviación

Se cubren lesiones cuando el participante viaje como pasajero de aeronaves autorizadas para el servicio de transporte particular de pasajeros, siempre y cuando

no viaje por más de cierto número de horas al año.

La limitante en términos normales del número de horas al año que se pueden contratar varía de 40 hasta 100, pero a petición del contratante y de acuerdo a sus necesidades, se puede eliminar.

- Deportes peligrosos

Se cubren las lesiones que el participante sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos tales como :

Montañismo, alpinismo, paracaidismo, box, buceo, equitación, charrería, esqui, tauromaquia, artes marciales, motociclismo deportivo, cualquier tipo de deporte aéreo; excluyendo todas aquellas actividades que se practiquen profesionalmente.

Se debe tener cuidado en las condiciones generales de algunos planes asegurables, ya que en algunas aseguradoras se excluye cualquier deporte peligroso dentro o fuera de competencia, sin embargo, a petición del contratante se puede modificar dicha cláusula previamente a la ocurrencia del siniestro.

- Motociclismo

Se cubren lesiones que el participante sufra cuando viaje como ocupante de alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor, siempre y cuando el motivo de su viaje sea desempeñando funciones de trabajo.

- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales.

Este beneficio es de los más comentados y restringidos en un plan de gastos médicos mayores.

Las principales restricciones que tiene este beneficio en un plan de gastos médicos mayores son las siguientes :

- A). Se cubren únicamente las ocasionadas a consecuencia de un accidente.
- B). Se cubren por cualquier causa siempre y cuando el participante se encuentre incluido dentro del plan por lo menos dos años ininterrumpidamente.
- C). Se cubre únicamente a consecuencia de accidente con coaseguro del 50%.
- D). Se cubre a consecuencia de accidente o enfermedad con coaseguro del 50%.

Este beneficio se puede contratar con alguna de las restricciones antes mencionadas según lo desee el contratante y lo permita la administradora.

Para que se esté en posibilidades de reembolsar cualquier gasto por concepto de tratamientos médico y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales es indispensable entregar radiografías pre-operatorias del afectado y una historia clínica perfectamente detallada.

- Litotripsias

Se cubrirán los gastos originados a consecuencia de tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un coágulo.

En la mayoría de los planes los gastos por este concepto se cubren siempre y cuando el participante se encuentre incluido en el plan por lo menos 2 años ininterrumpidamente.

- Circuncisión

En algunos planes se cubren las circuncisiones siempre y cuando no sean con fin higiénico y que el participante se encuentre incluido en el plan por lo menos 2 años ininterrumpidamente.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de amígdalas y adenoides.

Dentro de los planes de gastos médicos mayores los tratamientos antes mencionados se pueden cubrir de acuerdo a las siguientes opciones :

a) A partir del primer día de vigencia del plan

b) Con un período de espera de 2 años ininterrumpidamente.

c) A partir del primer gasto efectuado dentro de la vigencia del plan y hasta por un año de cobertura.

- Hernioplastia, hemorroidectomía, cualquier padecimiento anorectal, tratamiento de prolapsos, tumoraciones mamarias, mímectomías, histerectomías, endometriosis y padecimientos ginecológicos.

Los padecimientos anteriormente mencionados se cubren en algunos planes después de que el participante haya estado incluido no menos de un año ininterrumpidamente. No obstante a lo anterior, cabe mencionar que en un plan de gastos médicos mayores se pueden solicitar los beneficios que el contratante desee, de acuerdo a sus

necesidades pero a mayor beneficio otorgado será mayor costo del plan.

Dentro de las condiciones generales de un plan de gastos médicos se deben contemplar los gastos no cubiertos por el mismo. Por tal motivo a continuación analizaremos los gastos no cubiertos.

EXCLUSIONES

- Accidentes o enfermedades que se originen por participar en :

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Actos delictivos intencionales que provoque directamente el participante (homicidio intencional, riñas, etc)
- c) Aviación privada en calidad de piloto, pasajero, mecánico o tripulante, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- d) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- e) Conducción de motociclistas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero.
- f) Deportes de manera profesional.

Los incisos c), d), e) y f) pueden ser incluidos en un plan previa solicitud del contratante y aceptación de la administradora de acuerdo a sus condiciones.

Gastos incurridos a consecuencia de :

- Padecimientos preexistentes

Se considera como padecimiento preexistente aquellos que en fecha anterior a la inclusión del participante al plan :

- a) Hayan sido diagnosticados por algún médico
- b) Hayan tenido un tratamiento
- c) Hayan sido aparentes a la vista
- d) Fueron de los que por sus signos o síntomas no pudieron pasar inadvertidos
- e) Haya existido una reclamación previa en otro plan de gastos médicos mayores.

La preexistencia se puede contratar como un beneficio adicional dentro de un plan de gastos médicos mayores. Para poder efectuar dicha contratación más adelante detallaremos las opciones que existen para incluir este beneficio como adicional de los planes.

- Tratamientos psiquiátricos o psicológicos

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

Debido a la complicada cuantificación de este tipo de tratamientos, en todos los planes se excluyen totalmente estos gastos.

- Enfermedades congénitas

Este tipo de enfermedades son susceptibles de inclusión como un beneficio adicional dentro de los planes de gastos médicos mayores y más adelante se comentará bajo qué condiciones se puede llevar a cabo tal inclusión.

- Parto normal

Debido a que el parto no es una enfermedad o accidente queda excluido dentro de un plan de gastos médicos mayores. Sin embargo, existen mecanismos de financiamiento que pueden ofrecerse, dichos planes se analizarán más adelante.

- Complicaciones del embarazo

Abortos, legrados cualesquiera que sea su causa, partos anormales o prematuros y cualquier otra complicación derivada de ellos.

- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilo faciales y sus complicaciones, cualesquiera que sea su naturaleza y origen. Sin embargo es posible solicitar a la administradora se cubran los gastos a consecuencia de un accidente no excluido en lo mencionado anteriormente.

Existen métodos de financiamiento que permitan brindar el servicio odontológico mismos que más adelante comentaremos.

- Medicina Preventiva

Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocido como check-up.

Es condición indispensable para que una reclamación de gastos médicos mayores proceda el que exista un diagnóstico definitivo y un tratamiento suministrado, razón por la cual no se puede cubrir lo antes mencionado. Sin embargo, si después de realizado un chequeo se detecta algún padecimiento, se cubrirán los gastos erogados

por el tratamiento de éste y la parte proporcional del chequeo que sirvió para detectarlo.

- Cirugías plásticas o estéticas

Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta, ocurridos durante la vigencia del plan.

- Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, reducción de peso u obesidad y delgadez sin causa orgánica.

Esto se debe a que lo anterior no se considera accidente ni enfermedad.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral

Estos padecimientos no se cubren debido a que, en dichos casos se consideran como congénitos y en otros casos a consecuencia de malas posturas.

- Alcoholismo o toxicomanía

Todo tratamiento de alcoholismo o toxicomanía, así como los padecimientos que resulten consecuencia de ello.

- Suicidio o lesión auto inflingida

Lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo asegurado, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental o psicológica.

- Tratamientos quiroprácticos o de acupunturistas

En la gran mayoría de los planes se cubren los tratamientos quiroprácticos o acupunturistas siempre y cuando el médico sea autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y éste sea recomendado por el médico general o especialista que trate al participante o sus dependientes económicos.

- Control de natalidad

Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad y sus complicaciones.

- Estrabismo

Tratamiento médico o quirúrgico para corregir el estrabismo, excepto para aquellos participantes que hayan estado cubiertos por el plan desde su nacimiento.

- Envenenamiento e inhalación de cualquier clase

Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, salvo las que se demuestren que hayan sido a consecuencia de un accidente.

Adquisición de aparatos auditivos, lentes interoculares, lentes de contacto, anteojos; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbipia, hipermetropía y miopía, no se cubre la queratotomía radiada, queratomilensis y epiqueratofaquia.

En algunas ocasiones es posible cubrir las queratomías radiadas, siempre y cuando un médico de la administradora certifique que la intervención no sea con fines estéticos.

- Lunares o Nevos

Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o negus.

- Halux valgus

Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o "juanetes"

- Hipnotismo y quelaciones

Tratamiento médico o quirúrgico a base de hipnosis o quelaciones.

- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones, expresamente excluidas anteriormente, siempre y cuando, dicha complicación sea comprobada por la administradora.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales, de las que no este debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.

- Síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA)

Tratamientos que requiera el paciente afectado por el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA).

En algunos contratos se cubre con un período de espera que varía entre 3 y 5 años.

Se puede observar que gran parte de la exclusiones mencionadas anteriormente son debido a que no están dentro de la definición de accidente o enfermedad, tales como,

calvicie, miopía, lunares o negus, etc. Otros más son ocasionados por malos hábitos que tiene la persona en el transcurso de los años como son; hallux valgus, lordosis, xifosis o escoliosis de columna vertebral, alcoholismo, etc.

2.5 BENEFICIOS ADICIONALES

Los beneficios adicionales que a continuación se mencionarán podrán contratarse en forma opcional incrementándose el plan y siempre y cuando la población cumpla con los requisitos de aceptación de la administradora, ya que en muchas ocasiones las administradoras bajo ningún caso toman el riesgo.

- Reinstalación automática de suma asegurada

En todos los planes se puede otorgar este beneficio sin costo adicional siempre y cuando estén cubiertos como mínimo 10 titulares y 25 participantes como personal elegible.

- Preexistencia

En la gran mayoría de los planes se otorga el beneficio de preexistencia cuando el participante tiene la cobertura a su favor por 2 años ininterrumpidamente. Sin embargo, algunos planes asegurables excluyen el beneficio sin importar la antigüedad del participante.

Es posible otorgar este beneficio por solicitud expresa del contratante y aceptación de la administradora, siempre y cuando existan más de 500 participantes.

Cabe hacer mención que el otorgamiento de este beneficio aumenta la siniestralidad del plan considerablemente.

El costo promedio de este beneficio va entre un 20 y un 40% adicional al costo del

plan.

Esto estará impactado en el primer año, ya que en los años subsecuentes como veremos más adelante, se considera dentro de la siniestralidad del plan para afectar el costo.

En algunos casos en los cuales el plan se encuentre contratado a través de una compañía de seguros y se haya pagado por el beneficio de preexistencia, la compañía de seguros no reembolsará todas aquellas reclamaciones en las cuales el afectado haya erogado el primer gasto o se le haya manifestado el primer síntoma o signo bajo cobertura en otro plan asegurable.

Es recomendable que el beneficio de preexistencia sólo se contrate cuando el plan de gastos médicos no tenga más de 2 años de haberse implantado, ya que los participantes no cumplen con la antigüedad requerida y el costo se ve incrementado, así como la siniestralidad del mismo, una vez que se cumplió esta antigüedad el beneficio se otorga sin costo alguno a los participantes y sólo los de nuevo ingreso deberán esperar para gozar del beneficio.

Este beneficio solo se puede contratar si se le otorga al 100% de los participantes.

- Padecimientos congénitos

Sin ninguna negociación especial con la administradora se otorga el beneficio de padecimientos congénitos a todos aquellos participantes que nazcan dentro de la vigencia del plan.

Sin embargo, es posible negociar y sin costo adicional aquellos padecimientos

congénitos que se manifiesten al participante estando en cobertura , después de los 10 años de edad.

Lo anterior solo es posible siempre y cuando existan más de 500 participantes en el plan.

Al igual que el beneficio de preexistencia este beneficio sólo se puede contratar si se le otorga al 100% de los participantes.

- Cláusula de Emergencia en el Extranjero

Generalmente la suma asegurada contratada para este beneficio es independiente a la del plan básico.

La suma asegurada otorgada es igual a la suma asegurada básica o al equivalente en moneda nacional, al momento del primer gasto a 50,000 U.S.D.

De igual manera el deducible se cobra independientemente del plan básico o el equivalente en moneda nacional, al momento del primer gasto a 50 U.S.D.

Mientras el gasto incurrido sea únicamente por el estado de emergencia en el extranjero no se aplicará coaseguro en el momento del reembolso. Sin embargo, si el tratamiento continúa en el territorio nacional, se le aplicará el coaseguro estipulado en el plan básico.

El costo de este beneficio generalmente es una cantidad fija independiente al costo del plan básico, sin embargo, es posible negociar el otorgamiento del mismo sin costo adicional sólo para aquellos grupos con más de 500 participantes.

Cabe aclarar que uno de los factores que determinan el costo fijo de este beneficio es

el lugar geográfico en el que desempeñen sus labores , ya que entre más cerca se encuentran de la frontera norte, será accesible el transporte para llevar acabo el uso de este beneficio.

En algunos planes asegurables es posible otorgar el beneficio anterior bajo las siguientes condiciones :

A). Aplicando al costo correspondiente a un seguro de grupo siempre y cuando se contrate para el 100% del grupo.

B) Cuando la contratación sea para un sector del grupo, se puede otorgar bajo un costo superior a la anterior opción y siempre y cuando participe como mínimo el 20% del grupo ó 100 asegurados, lo que resulte mayor.

En los casos de los planes con menos de 500 participantes este beneficio podrá otorgarse mediante un costo adicional, previa aceptación de la administradora, siempre y cuando se incluya al 100% del personal elegible.

Existen aseguradoras que bajo ningún costo otorgan este beneficio.

Esta cláusula tiene los mismos beneficios y exclusiones que el plan básico, sin embargo, se adicionan principalmente las siguientes exclusiones :

***No quedarán cubiertos los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la república mexicana.**

- No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.
- No quedará cubierta la operación cesárea
- Por concepto de habitación, quedará cubierta la tarjeta correspondiente a cuarto semiprivado.

Es conveniente recomendar la contratación de este beneficio al cliente cuando la población requiera efectuar viajes al extranjero por cuestiones de trabajo.

-Cobertura en el Extranjero

Al contratarse este beneficio se tendrán cubiertos los gastos médicos que se originen en el extranjero a consecuencia de una enfermedad o accidente no excluida en el contrato, dichos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a lo acordado en las condiciones estipuladas para esta cobertura.

Este beneficio podrá ser contratado únicamente para las personas que radican dentro de la República Mexicana y que realicen viajes al extranjero por periodos no mayores a 3 meses ininterrumpidamente. Sin embargo, a petición del contratante, se puede otorgar este beneficio para personas de la empresa que radiquen en el extranjero, previa aceptación de la administradora y con el costo que para este beneficio se determine.

El reembolso de los gastos efectuados por el participante en el extranjero se cubrirá en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio que esté en vigor en la fecha en que se haya llevado a cabo el primer gasto.

Normalmente los gastos cubiertos y las exclusiones serán las mismas que se estipulan

en el plan básico a excepción del concepto de habitación, el cuál quedará cubierto a la tarifa del cuarto semiprivado

Es importante revisar la suma asegurada con que se contrate este beneficio, ya que los gastos en el extranjero son aproximadamente un 500% mayores a los erogados en la República Mexicana.

En algunas ocasiones se maneja la suma asegurada contratada para este beneficio en forma independiente a la del plan básico, esto quiere decir que si el afectado agota la suma asegurada contratada en el extranjero y continúa con el mismo tratamiento, en territorio nacional se reinstalará la suma asegurada automáticamente.

Este beneficio nos da la oportunidad de atender el padecimiento en el extranjero independientemente del lugar en que se originó.

En algunos planes se otorga este beneficio con catálogo de honorarios quirúrgicos pero, no es recomendable ya que lo que se podría recuperar en comparación a lo gastado, sería un porcentaje reducido el cual dependerá del tipo de padecimiento tratado.

En la mayoría de los casos este beneficio se otorga a los funcionarios de las empresas tales como : Directores, Subdirectores y Gerentes, ya que estas personas son las únicas que tienen el nivel económico para hacer frente a los gastos de traslado al extranjero.

En los planes que cuentan con menos de 500 participantes este beneficio se debe otorgar al 100% de los participantes, sin embargo, para aquellos planes que cuenten con más de 500 participantes este beneficio se puede otorgar a un subgrupo de la población.

En el mercado este beneficio varía de acuerdo a la administradora y a la experiencia en su cartera entre un 70% y un 400% adicional al costo del plan.

Cabe aclarar que uno de los factores que determinan el costo de este beneficio depende del poder adquisitivo de los participantes y del lugar geográfico en el que se desempeñen sus labores, ya que entre más cerca se encuentren de la frontera norte será más accesible el transporte para llevar a cabo el uso de este beneficio.

- Reconocimiento de antigüedad

Este beneficio adicional brinda la oportunidad de conservar la antigüedad adquirida bajo una cobertura de gastos médicos similar en el momento en que se lleve a cabo un cambio de administradora por convenir a los intereses del contratante.

Principalmente se tiene que reconocer la antigüedad para mantener los beneficios de la cláusula de preexistencia para aquellos planes en los que se cubre a partir del tercer año de estar incluido en el plan .

Adicionalmente, para aquellos participantes cuyo nacimiento estuvo bajo cobertura dentro de un plan de gastos médicos mayores, este beneficio permite ampararlos por los gastos en que incurrieron por concepto de padecimientos congénitos.

En los casos de personal de nuevo ingreso al plan, es posible reconocer la antigüedad adquirida en planes similares anteriormente contratados bajo otra administradora, siempre y cuando se demuestre que se tenía la cobertura contratada a su favor y no transcurran más de 30 días al descubierto entre una cobertura y otra.

Este beneficio se otorga sin costo adicional siempre y cuando se solicite por el contratante y sea aceptado por la administradora.

En la mayoría de los casos las administradoras aceptan este beneficio ya que de lo contrario al contratante no le convendría un cambio de administradora.

- Emergencia Médica

La emergencia médica cubre los padecimientos agudos o de emergencia entendiéndose como tales :

La aparición repentina de una alteración de la salud del participante, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que requieran de atención médica de inmediato. Al estar estabilizada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y por lo tanto los efectos de esta cláusula.

Algunas administradoras otorgan este beneficio cuando el contratante no cumple con los requerimientos para otorgarle el beneficio de preexistencia.

Las administradoras otorgan este beneficio únicamente a aquellos contratantes en los que se tenga un interés adicional ya que se cubren en la mayoría de los casos, padecimientos preexistentes en estados de emergencia.

- Riesgos catastróficos

Este beneficio adicional da la oportunidad de incrementar la suma asegurada del plan básico para aquellas reclamaciones que agoten la suma asegurada básica.

La principal razón por la que se recomienda este beneficio, es porque no hay participación por concepto de coaseguro.

Actualmente, en el mercado la mayoría de las administradoras ya no otorgan este beneficio, ya que está siendo substituido por planes que limitan la participación en coaseguro por parte del afectado.

- Ambulancia Aérea

Este beneficio se otorga a grupos o colectividades con más de 500 participantes.

La suma asegurada contratada para este beneficio es independiente a la del plan básico.

El costo del beneficio en caso de ser aceptado por la administradora representa un incremento aproximadamente del 10% en el costo del plan básico.

- Cirugía Programada

La finalidad del otorgamiento de este beneficio es la de brindarle al participante un apoyo económico por anticipado para hacer frente a un gasto por concepto de cirugía

mayor programada a consecuencia de un accidente o enfermedad, una vez que la administradora haya dictaminado como procedente el padecimiento, de acuerdo a las condiciones del plan.

Generalmente este anticipo varía entre un 60 y un 80% del presupuesto que se presenta por concepto de honorarios médicos y hospitalización. Una vez efectuada la intervención, se reembolsará la diferencia con la presentación de las facturas y los recibos correspondientes.

Este beneficio se otorga sin costo adicional para el contratante, sin embargo la administradora requiere que el contratante se comprometa a que el afectado entregue los documentos que comprueben una intervención quirúrgica en un plazo que puede variar entre los 10 días y 30 días como máximo después de efectuada, de no ser así el contratante se verá obligado a devolver la cantidad anticipada con un recargo previamente acordado.

- Sistema de Pago Directo

Este beneficio se otorga sin costo adicional y casi el 100% de las aseguradoras lo tienen ya contemplado dentro de sus planes de gastos médicos mayores.

Algunos de los consultores en este ramo otorgan este beneficio ya que cuentan con los convenios necesarios.

Este beneficio le permite al participante no efectuar un desembolso en el momento de presentarse un accidente o enfermedad que requiera de una hospitalización mayor a 24 horas, ya que a través de un convenio establecido con distintos hospitales en la

república mexicana y aún en el extranjero, se efectúa el pago al hospital directamente por parte de la aseguradora, o bien, a través de un consultor que tenga convenios establecidos.

Cabe señalar que estos convenios de pago directo se pueden establecer únicamente con hospitales, o con hospitales y médicos. En el momento en el que el participante ingrese al hospital deberá presentar la credencial o pase que lo acredita como derecho habiente de este beneficio, los cuales son expedidos por la administradora además de identificarse con algún documento con fotografía y dejar un depósito el cual servirá para lo siguiente :

- a) Descontar el importe de la reclamación en caso de que ésta no estuviera cubierta por el plan.
- b) Para descontar el deducible y coaseguro estipulado en las condiciones del plan para cada accidente o enfermedad.
- c) Para cubrir el importe de los gastos no cubiertos por el plan.

En algunos convenios es posible efectuar pago directo por concepto de consultas externas así como obtener descuentos de algunas farmacias y laboratorios.

-Cláusula de Maternidad y Complicaciones del Embarazo

Este beneficio generalmente no se incluye en un plan de gastos médicos mayores ya que el parto normal no cae dentro de la definición de accidente o enfermedad.

En caso del que el contratante desee cubrir este beneficio adicional en el plan sólo se reembolsarán los gastos por los siguientes conceptos :

- i) La sala de labor, Honorarios médicos, sala de recuperaciones, medicamentos dentro del hospital, cuarto y alimentos del paciente, así como la cama extra para un acompañante.
- ii) Complicaciones del embarazo excluidas en un plan normal siempre y cuando vaya de por medio la salud de la participante.

Quedarán excluidas las consultas anteriores y posteriores al parto, así como la atención al recién nacido, ya que se cubre únicamente el evento.

Cuando este beneficio se integra dentro una póliza de gastos médicos mayores, el costo va de acuerdo al número de mujeres participantes cuyas edades estén entre 18 y 45 años y la suma asegurada que se requiera otorgar para dicho beneficio.

La cuota que se cobra por millar de suma asegurada cuando no existe período de espera está entre un 200 y 300.

Para los planes en los que el beneficio se otorga con período de espera de 9 meses, la cuota va entre un 150 y 177 al millar de suma asegurada.

Por lo anterior se puede observar que por cada cinco millones de suma asegurada en promedio se tendrá que pagar un millón de pesos de prima o visto de otra forma, la aseguradora supone que por cada 5 mujeres cuyas edades estén entre 18 y 45 años, una tendrá un hijo por parto normal dentro del año póliza.

Es recomendable que este beneficio se otorgue a través un plan autofinanciado , con la finalidad de abatir costos y el cual se detallará más adelante.

- Plan Oftalmológico

Generalmente los planes de gastos médicos mayores excluyen este beneficio ya que en la mayoría de los casos los tratamientos son para corregir estados físicos de la persona tales como miopía, astigmatismo, etc... y por lo tanto no caen dentro en la definición de accidente o enfermedad.

Por lo anterior, se contrata este beneficio cubriendo el gasto únicamente por la adquisición de los lentes, ya sean de contacto o de armazón hasta por una suma asegurada estipulada en el contrato que puede variar entre un salario mínimo mensual y dos salarios mínimos aproximadamente, independientemente a la suma asegurada contratada en el plan.

El costo de este beneficio va de acuerdo a la frecuencia como se utilice. Actualmente las aseguradoras no otorgan este beneficio bajo ningún costo pero es posible otorgarlo bajo un plan autofinanciado y haciendo partícipe a la aseguradora con un costo administrativo.

- Plan Dental

Actualmente en los planes de gastos médicos mayores no se cubren los gastos erogados por concepto de tratamientos dentales, únicamente los que se mencionaron

anteriormente dentro de gastos cubiertos, ya que el costo es muy elevado.

Sin embargo, es posible otorgarlo a través de un plan autofinanciado o a través de empresas especializadas en dicho beneficio. El costo dependerá de los alcances en cobertura que se desee contratar.

Todos los beneficios adicionales mencionados anteriormente no son los únicos que existen en el mercado pero sí las más comunes.

Sin embargo de acuerdo a las necesidades del contratante y a la capacidad de la administradora puede incluirse cualquier beneficio adicional y cuantificar de una manera estimativa sus costos.

2.6 SISTEMAS DE ADMINISTRACION

A continuación se mencionarán diferentes alternativas que existen para llevar a cabo la administración de los planes de gastos médicos mayores, la cuál va íntimamente relacionada con el número de participantes, sistemas de financiamiento y beneficios adicionales.

- Sistemas de administración a base de reportes

Este sistema consiste en notificar a la administradora una vez al mes las altas del personal y bajas al plan.

La finalidad de este sistema es la de mantener actualizado al personal participante ante la administradora para :

- a) Poder reflejar el costo de los movimientos mensuales.
- b) Poder reconocer la antigüedad por separado de cada uno de los participantes en el plan de acuerdo a su fecha de ingreso al mismo.
- c) Poder llevar a cabo la elaboración de tarjetas a nuevos participantes para gozar del beneficio del pago directo.

Este sistema por lo general se maneja en forma obligatoria para aquellos grupos con

menos de 500 participantes. Sin embargo, si se requiere el beneficio de pago directo es indispensable que este sistema se utilice sin importar el número de participantes en el plan.

Los movimientos del personal deberán notificarse a la administradora mensualmente y con un plazo no mayor a 30 días posteriores al ingreso al plan de cada participante, ya que de lo contrario se tendrá que realizar una negociación especial con la administradora y a juicio de ésta, se aceptará o no la fecha en que se está dando de alta a los participantes, debido a que la administradora reconocerá normalmente como máximo hasta 30 días anteriores a la fecha en que se le reporte el movimiento.

La información que deberán contener los reportes es la que se especifica en el cuadro No. 1

La finalidad de proporcionar a la administradora dicha información es la siguiente :

Contratante.- Le especifica a la administradora la razón social o colectividad a la que corresponde.

Contrato No.- Da el número de referencia al que corresponde dentro de un plan autofinanciado o el número de póliza cuando esté contratado con una aseguradora.

Mes y año .- Indica la fecha en la que se está informando a la administradora el movimiento de altas y bajas así como complementaciones (dependientes económicos) del personal en el plan.

No. de hoja.-Se tiene que indicar de la siguiente manera :

(No. de hoja / No. total de hojas que componen el movimiento del mes)

Lo anterior tiene como finalidad el poder identificar fácilmente en caso de extravío, la o las hojas faltantes.

Certificado número.- Esta columna se utiliza para escribir el número de empleado e en caso de que se relacione con el número de certificado.

Cuando la administradora sea la que se le asigne el número de certificado, esta columna se llenará exclusivamente para dar de baja a un participante o cuando se quiera dar de alta a un nuevo dependiente económico del titular.

Cabe hacer mención que se maneja el mismo número de certificado para el titular así como para sus dependientes económicos y en ningún caso podrá haber dos titulares con un mismo número de certificado.

Nombre.- Aquí se tendrá que anotar el nombre completo claramente, cuando se trate de un nuevo certificado, del titular y a continuación el de cada uno de sus dependientes económicos.

Cuando se trate de la alta o baja de un dependiente económico sólo será necesario anotar el nombre completo del mismo. Cuando se trate de la baja de un certificado completo únicamente será necesario anotar el nombre del titular.

Es recomendable dejar un reglón en blanco entre un certificado y otro.

De acuerdo a lo anterior y con base a lo indicado en el pie de página del cuadro número 1 se requisitan las columnas de causa, parentesco y sexo.

Fecha de nacimiento.- Se indica claramente la fecha de nacimiento de cada uno de los participantes.

Fecha de movimiento.- Indica la fecha a partir de la cual los participantes cuentan con el beneficio y generalmente esta fecha coincide con la fecha de alta al IMSS.

Observaciones.- Principalmente se indica en esta columna el nombre del titular en caso de dar de alta a un nuevo dependiente económico, la fecha en que el participante tuvo derecho a un plan similar con otra administradora, etc...

Es importante que cuando se de alta a un participante en el plan se anexe al reporte de movimientos y el consentimiento individual firmado por el titular.

Cabe señalar que en cada aniversario del plan se deberá otorgar a la administradora un listado de todo el personal participante con la información abajo detallada :

- Nombre completo del empleado participante.
- Nombre completo de cada uno de los dependientes económicos del participante indicando parentesco.
- Fecha de nacimiento (AA/MM/DD) del empleado participante así como cada uno de sus dependientes económicos.

En caso de realizar un cambio de administradora se sugiere se mencione la fecha de ingreso al plan de cada uno de los participantes siempre y cuando no haya transcurrido más de un mes fuera de cobertura.

- Sistema de administración simplificado

Este sistema consiste en notificar a la administradora en cada aniversario del plan los participantes a los que se les otorga este beneficio, con la finalidad de :

- a). Cuantificar el costo o prima teórica del siguiente ejercicio.
- b). Poder llevar a cabo el ajuste anual en caso de que éste esté contemplado.
- c). Poder reconocer la antigüedad por separado de cada uno de los participantes en el plan de acuerdo a su fecha de ingreso al mismo.

Este sistema se recomienda para aquellos grupos que no contratan el beneficio de pago directo y además, que cuentan con más de 500 participantes.

Cabe mencionar que en cada aniversario del plan deberá otorgarse a la administradora, un listado que contenga la siguiente información :

- Nombre completo del titular
- Nombre completo de cada uno de los dependientes económicos del titular indicando parentesco.
- Fecha de nacimiento (AA/MM/DD) del titular así como cada de cada uno de sus dependientes económicos.

- * Fecha de ingreso al plan de todos aquellos participantes que no se encontraban incluidos en el listado anterior.

En caso de realizar un cambio de administradora, se sugiere mencionar la fecha de ingreso del plan de cada uno de los participantes siempre y cuando, no haya transcurrido más de un mes fuera de la cobertura.

En la gran mayoría de los planes asegurables se requiere hacer un ajuste anual con la finalidad de cobrar o devolver la prima con motivo de las altas y bajas efectuadas durante la vigencia del plan.

Principalmente se utilizan dos criterios para efectuar los ajustes anuales en el mercado y consisten en lo siguiente :

a) Aplicar el costo por participante del año anterior al listado de renovación. Calcular la diferencia en el costo entre el inicial y el final y cobrar o devolver esta diferencia entre dos.

Este sistema supone que todos los movimientos en el inter de la vigencia se efectuaran a la mitad del año póliza.

b) Calcular a prorrata el costo de cada movimiento mensual .

Sumar todos estos movimientos al final del año cobrando o devolviendo la prima según proceda.

En algunos planes contributivos se requiere, que se refleje el costo del movimiento en la prima mensual para que el contratante no financie el plan de los empleados.

2.7 INFORMACION REQUERIDA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

La culminación de un plan de gastos médicos mayores se aprecia en el momento que el participante no ve mermado su patrimonio por el gasto que ocasiona la utilización de los servicios médicos que se presenten en forma fortuita e imprevista.

Por tal motivo, a continuación detallaremos la información requerida para el pago de una reclamación.

A). Informe del reclamante :

Este informe es una forma impresa que otorga la administradora, la cual debe ser requisitada por el titular y tiene como finalidad proporcionarle a la administradora la información acerca del accidente o enfermedad que esté presentando el participante, para que ésta dictamine la procedencia de la misma, de acuerdo a las condiciones generales con las que esté contratado el plan.

B) Informe del médico tratante :

Al igual que el anterior es una forma impresa por la administradora, la cuál deberá ser requisitada por el médico tratante y tiene como finalidad conocer en términos médicos el padecimiento y asimismo conciliar con el Informe del reclamante el cómo, cuándo y dónde empezó el padecimiento y adicionalmente informar, el tipo de

tratamiento que se realizó.

C). Carta remesa :

Documento en el cual el participante desglosa cada uno de los gastos que realizó con motivo del tratamiento y/o intervención quirúrgica del padecimiento, esto es, indicar el importe por concepto de honorarios del cirujano, anestesista, consultas médicas, hospitalización, análisis de laboratorio, medicamentos fuera del hospital, etc.

D) Recibos por honorarios médicos :

Todos los recibos por concepto de honorarios médicos deberán cumplir con los siguientes requisitos :

1. Ser documento original
2. Contener número de folio impreso
3. Contener R.F.C.
4. Estar expedido a nombre del titular
5. Contener la cédula profesional del médico y su firma
6. Especificar el concepto de honorarios médicos
7. Estar fechado

E) Facturas :

Las facturas deberán cumplir con los requerimientos fiscales que marca la ley, adicionalmente se deberán desglosar cada uno de los conceptos que se están cargando con sus respectivos importes.

Es importante que el I.V.A. se indique por separado y que la factura sea expedida al nombre del titular y/o administradora ya que en caso de ser procedente la reclamación y cause coaseguro se reembolse el I.V.A al 100%

F) Notas de farmacia

Deberán cumplir con todos los requisitos fiscales que marca la ley y deberán especificarse cada uno de los medicamentos que se están adquiriendo debiendo estar soportados por su respectiva receta médica. En los casos de medicamentos restringidos para su venta se deberán anexar a la nota una copia de la receta médica.

G) Carta solicitud de reembolso del contratante :

Es necesario que el contratante elabore una carta en la que solicite el reembolso de la reclamación del participante, en la cual se deben detallar los siguientes conceptos :

- No. de contrato
- Nombre del titular
- Nombre del afectado
- Número de certificado

- Fecha de inclusión al plan
- Número de siniestro en caso de ser un complemento a una reclamación presentada con anterioridad
- Importe reclamado
- Desglose de la documentación que se anexa

Adicionalmente se harán algunas recomendaciones para agilizar el trámite ante las administradoras del reembolso de las reclamaciones.

- Anexar los resultados de los estudios practicados al paciente
- Anexar radiografías
- Presentar un informe médico por cada médico tratante
- Recordar que no se reembolsarán pagos a instituciones de beneficencia a establecimientos oficiales de servicio.

Es importante mencionar que la administradora se reserva el derecho de solicitar información adicional, si después de efectuar el análisis sobre la reclamación, así lo requiera.

En caso de hacer uso del beneficio adicional de Cirugía Programada será necesario presentar la siguiente documentación :

- Informe del médico tratante
- Informe del reclamante
- Presupuesto de honorarios médicos y hospital, de acuerdo a lo comentado dentro de

beneficios adicionales.

Los tiempos normales de respuesta para otorgar el anticipo van desde un día hábil hasta 20 días hábiles. Esto depende de quien sea la administradora y el intermediario, en caso de que exista.

Con la descripción anterior es posible formar un criterio de los alcances que existen en los planes de gastos médicos mayores que se pueden adquirir dentro de la República Mexicana.

En los tres capítulos subsiguientes se tocará únicamente los principales sistemas de financiamiento que se pueden ofrecer de acuerdo a las necesidades y características del contratante.

CAPITULO 3

3. PLANES ASEGURABLES

3.1 PLAN NORMAL

A) Características del sistema

Este sistema de financiamiento únicamente puede llevarse a cabo cuando la administradora es una aseguradora, por lo general este tipo de planes se contratan a través de un agente individual profesional de seguros o mediante una Sociedad Anónima.

El sistema consiste básicamente en que la aseguradora determina al inicio de vigencia un costo anual fijo llamado prima, de acuerdo a las características que el contratante solicita.

Dicho costo o prima no tendrá modificación durante la vigencia, ya que la aseguradora corre el riesgo independientemente de la cantidad que tenga que devolver al contratante, con motivo de los siniestros.

Por lo general estos planes tienen una vigencia equivalente a un año calendario, sin embargo es posible tener vigencias menores a ésta, pero no mayores ya que la aseguradora con un riesgo mucho mayor debido a que las primas se calculan en forma anual y cada vigencia se deben incrementar de acuerdo a la inflación que presente el sector salud.

Este sistema de financiamiento es el único que se puede otorgar a aquellos grupos o colectividades con menos de 500 asegurados ya que, en caso de presentarse algún evento que rebase el costo anual del plan, la aseguradora hará frente al monto reclamado.

Para llevar a cabo la contratación de una póliza de gastos médicos mayores es necesario hacerle llegar a la aseguradora el listado de participantes y la solicitud maestra. Con esta información la aseguradora expedirá la póliza en base a las condiciones previamente pactadas.

La póliza se compone de lo siguiente :

- a) Caratúla
- b) Condiciones generales
- c) Endosos
- d) Registros de asegurados

La principal información que contienen cada uno de los puntos antes mencionados, es la siguiente :

i) Carátula de la póliza :

- Nombre y dirección del contratante
- No. de póliza
- Vigencia del contrato
- Prima neta anual
- Recargo por pago fraccionado
- Costo de expedición de póliza
- I.V.A.
- Prima total
- Forma de pago (anual, semestral, trimestral o mensual)
- Elegibilidad
- Nivel de cobertura (suma asegurada, deducible, coaseguro y límite de intervenciones quirúrgicas)
- Límite en el nivel de beneficios
- Beneficios adicionales
- Firma de un representante legal de la aseguradora

ii) Condiciones generales :

- Definiciones
- Edades de aceptación

- Sinistros
- Pago de indemnizaciones
- Aplicación de deducible y coseguro
- Funcionamiento de la cobertura
- Exclusiones
- Gastos cubiertos
- Definiciones

Los puntos antes mencionados ya se explicarán con anterioridad.

Adicionalmente las condiciones generales de una póliza de gastos médicos mayores contempla lo requerido ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

iii) Endosos

Existen tres clases de endosos :

- Los que aumentan el costo del plan (endoso "A")
- Los que disminuyen el costo del plan (endoso "D")
- Los que no afectan el costo del plan (endoso "B")

Todos los endosos sirven para modificar, agregar o eliminar la información contenida en la carátula de la póliza, condiciones generales o registro de asegurados.

Los endosos deben de contener lo siguiente :

- Fecha
- Nombre del contratante
- Vigencia
- Prima en caso de tratarse de un endoso "A" o "D".
- Especificación de la modificación, incremento o eliminación que se esté llevando a cabo en la póliza.
- Firma de un representante legal de la aseguradora

iv) Registro de asegurado

- Nombre del contratante
- Número de contrato
- Número de hoja
- Vigencia
- Número de certificado, nombre del asegurado, parentesco, edad, fecha de ingreso, prima neta (por asegurado y por certificado)
- Número total de asegurados
- Prima neta de la póliza

B) Cuantificación del plan

PLAN NUEVO :

Se entenderá como un plan nuevo a aquel grupo ó colectividad que nunca ha tenido un plan de gastos médicos mayores y desea implementarlo.

Para poder llevar a cabo la cuantificación del plan es necesario se calcule la distribución de los participantes con base a la tabla de edad y sexo.

EDAD

HOMBRE

MUJERES

0-19

20-24

25-29

30-34

35-39

40-44

45-49

50-54

55-59

60-64

65-69

**NUMERO
DE
PARTICIPANTES**

Esto se debe a que la mayoría de las aseguradoras en México estructuran sus tarifas anuales con base a esta distribución para que se multipliquen por el número de participantes y la sumatoria dé el total que será la prima neta.

Adicionalmente las cuotas de las aseguradoras nos indican los factores que se tienen que aplicar a éstas para modificar la suma asegurada, deducible, coaseguro y límite de intervención quirúrgica.

Para tener un concepto más claro de lo antes mencionado se mostrará un ejemplo a continuación :

Ejemplo 1

Considerar, que las cuotas anuales que fija la aseguradora por edad y sexo de la aseguradora son las siguientes :

EDAD	HOMBRE	MUJER
0-19	240,000	240,000
20-24	300,000	450,000
25-29	330,000	480,000
30-34	390,000	570,000
35-39	450,000	630,000
40-44	540,000	750,000
45-49	690,000	840,000
50-54	870,000	900,000
55-59	1'200,000	1'140,000
60-64	1'410,000	1'410,000
65-69	1'800,000	1'800,000

Actualmente algunas aseguradoras proporcionan sus tarifas como porcentaje del salario mínimo general mensual con la finalidad de que se vayan incrementando de

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

acuerdo a los incrementos que tenga el salario mínimo general mensual

La mayoría de las aseguradoras tienen la suma asegurada, deducible y límite de intervenciones quirúrgicas indexados en el salario mínimo general mensual, como se muestra a continuación :

<u>Suma Asegurada</u>	<u>Factor</u>	<u>Deducible</u>	<u>Factor</u>
100 SMGM	0.70	0.50 SMGM	1.15
300 SMGM	1.00	1.00 SMGM	1.00
500 SMGM	1.05	1.50 SMGM	1.07

<u>Coaseguro</u>	<u>Factor</u>	<u>Tabla de I.Q.</u>	<u>Factor</u>
10 %	1.05	Con catálogo	1.00
15 %	1.00	Sin catálogo	1.45

Cabe aclarar que las cuotas previamente mencionadas contemplan el siguiente nivel de cobertura :

Plan Base

Suma asegurada	300 SMGM
Deducible	1 SMGM
Coaseguro	15 %
Con catálogo de intervenciones quirúrgicas	

Lo anterior se debe a que los factores que componen cada uno de los conceptos antes mencionados es igual a uno

Considerar a un grupo de asegurados distribuido de la siguiente manera, al cual se le aplicarán las cuotas consideradas para el plan base.

DISTRIBUCION DEL GRUPO			COSTO ANUAL POR QUINQUENIO Y SEXO	
EDAD	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0-19	193	185	46'320,000	44'400,000
20-24	67	79	20'100,000	35'550,000
25-29	8	7	2'640,000	3'360,000
30-34	12	14	4'680,000	7'980,000
35-39	34	39	15'300,000	24'570,000
40-44	29	28	15'660,000	21'100,000
45-49	12	23	8'280,000	19'320,000
50-54	4	3	3'480,000	2'700,000
55-59	0	1	0	1'140,000
60-64	1	0	1'410,000	0
65-69	0		0	0
TOTAL				
POR	360	379	117'870,000	160'020,000
SEXO				
TOTAL DE				

POBLACION 739 **\$ 227'890,000**

\$ 227,890,000 corresponde a la prima neta anual del plan. A este costo deberá agregársele el recargo por pago fraccionado en caso de que la forma de pago del plan sea diferente a un año, el costo por expedición de póliza y por último el I.V.A.

Todo esto, será igual al costo anual del plan.

Suponiendo que el contratante desea pagar el costo del plan en forma mensual, considerando 242 certificados se tendría los siguiente :

Porcentaje de recargo :	18 %
Costo de expedición de póliza :	5,000 por certificado
Recargo por pago fraccionado :	50,020,200
Expedición de póliza	1'210,000
I.V.A. :	49'368,030

Costo anual

\$ 378,488,230

El contratante tendrá que efectuar 12 pagos iguales en los primeros 30 días de cobertura mensual de \$ 31'540,686

Si el contratante solicita otro nivel de cobertura para su plan se multiplicarán las cuotas utilizadas para el plan base por los factores que correspondan a cada concepto que se desee modificar como se muestra a continuación.

		FACTOR
Suma asegurada :	500 SMGM	1.05
Deducible :	.50 SMGM	1.15
Coaseguro :	10 %	1.05
Sin catálogo de I.Q :	1.45	

El factor que se tendrá que aplicar a las cuotas o en su defecto a la prima neta es el siguiente :

$$\text{FACTOR} = 1.05 * 1.15 * 1.05 * 1.45 = 1.8384$$

$$\text{PRIMA NETA} = 277'890,000 * 1.8384 = \$ 510'878,186$$

Si se deseara una opción adicional distinta a la anterior se deberá regresar al plan base y aplicar los nuevos factores de acuerdo al nivel de cobertura que se desea.

El costo de algunos beneficios adicionales se da como un factor o como un costos fijo aplicado a cada uno de los participantes y esto afecta directamente a la prima neta como se verá a continuación :

Costo anual de la cláusula de emergencia en el extranjero (CEE) :	\$ 10,000
Costo de la cláusula de preexistencia :	1.25
No. de participantes	739
Prima neta plan base	\$ 277'890,000

Costo por Beneficios Adicionales

$$\text{C.E.E.} = 10'000 * 739 = \$7'390,000$$

$$\text{PREEXISTENCIA} = 277'890,000 * .25 = 69'472,500$$

PRIMA NETA ANUAL INCLUYENDO BENEFICIOS ADICIONALES

\$ 354'752,500

Con la finalidad de simplificar la cuantificación del costo del plan en grupos mayores a 500 participantes, se utilizan diferentes criterios que deben dar como resultado un costo igual al obtenido a través de la aplicación de las cuotas normales, como se vió anteriormente.

Algunos de estos criterios que se utilizan normalmente en el mercado, son los siguientes :

i)Se asigna un costo a los hombres, a las mujeres y a los hijos sin importar cual se a su edad.

Esos costos se pueden determinar fácilmente teniendo el número de participantes y costo de cada uno de los grupos o por asegurado.

ii)El costo dependerá de si el titular es soltero o casado, otorgándose una cuota individual o familiar respectivamente sin importar la edad y el número de participantes que integren la familia.

De igual manera si se tiene el número de titulares solteros y casados y el costo total de cada uno de estos grupos se puede determinar el costo por cada titular.

En algunas ocasiones el contratante proporciona al intermediario o a la aseguradora únicamente el listado con la información de los titulares. Debido a esto, para conocer el costo que tendría el plan incluyendo a los dependientes económicos es necesario se estimen el número y edades de estos últimos.

Algunos de los criterios utilizado para obtener lo anterior son los siguientes :

i) Considerar a todos los titulares MPmenores de 24 años de edad solteros. Al 30% de los titulares entre 25 y 29 años casados, al 90% de los titulares mayores a 30 años casados.

Todos los cónyuges se considerarán con la misma edad que el titular, y se consideran dos hijos menores de 19 años de edad para cada matrimonio.

ii) Considerar a todos los titulares menores de 24 años de edad solteros, al 25% de los titulares entre 25 y 29 años de edad solteros y al resto de los titulares casados.

Todos los cónyuges se considerarán con dos años menos que los titulares y los matrimonios con dos hijos menores de 19 años.

RENOVACION :

Se llama renovación de un plan de Gastos Médicos Mayores cuando ya ha tenido un año o más el grupo asegurable una cobertura a su favor.

Debido a que los servicios de gastos médicos tienen un incremento en el transcurso del tiempo, es indispensable que en cada aniversario del plan exista un aumento del costo del plan.

Este aumento se da directamente en las cuotas del plan.

Lo que se verá a continuación serán las bases que determina cual será el incremento que se le dará a un plan de gastos médicos mayores.

Para analizar lo anterior, se acostumbra en el mercado dividir en dos grupos los planes de gastos médicos mayores, y estos son los siguientes :

Grupo 1 : Aquellos grupos que cuentan con menos de 400 participantes y colectividades con menos de 700 participantes aproximadamente.

Grupo 2 : Aquellos grupos que cuentan con más de 400 participantes y colectividades con más de 700 participantes aproximadamente.

Para los grupos que se catalogan dentro de grupo 1 contamos únicamente con la opción de renovar el plan, utilizando las tarifas que en ese momento estén vigentes en la aseguradora.

Debido a que las aseguradoras no incrementan sus tarifas en la misma fecha, es recomendable se dé a cotizar el plan de gastos médicos mayores en el momento de la

renovación del mismo, con diferentes compañías de seguros y de esta forma se pueden abatir costos.

Para llevar a cabo esta renovación es indispensable otorgarle al intermediario o a la aseguradora la información actualizada de los participantes con los datos que se mencionaron ya con anterioridad.

Para los grupos catalogados dentro del grupo 2 se puede llevar a cabo la renovación del plan considerado básicamente la siniestralidad que tuvo éste en la vigencia que termina.

Esto es posible aplicando un factor a la cuotas de la vigencia que termina y el cual resulta de la siguiente fórmula :

$$\text{FACTOR} = \frac{\text{SINIESTROS} * (1 + \text{INCREMENTO SECTOR SALUD})}{\text{PRIMA NETA}}$$

$$(1 - \text{GA} - \text{C}) * \text{PRIMA NETA}$$

GA : Gastos de Administración

Siniestros = Es la cantidad que devuelve la aseguradora al contratante, por concepto de reclamaciones presentadas durante la vigencia del plan .

La siniestralidad considerada para obtener este factor deberá ser la que haya registrado el plan durante todo el año póliza .

En caso de no haber terminado el año póliza, se deberá anualizar la siniestralidad obtenida hasta ese momento.

Incremento sector salud = Aquí se considerará el incremento que tuvo en ese período en forma anual el índice de precios del sector salud.

Hay que tomar en cuenta que este índice es mayor al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Algunas aseguradoras consideran un recargo para las desviaciones y un factor que proyecta los siniestros a los 12 meses.

GA = Aquí se considera el porcentaje de la prima neta que la aseguradora considera para sus gastos de administración excluyendo comisión..

En algunas este porcentaje es igual a la comisión que lleva el intermediario

C = Porcentaje con respecto a la prima neta que tiene el intermediario por colocar el negocio a la aseguradora, conocida como comisión.

Prima Neta = Es la primera pagada durante la vigencia sin incluir los siguientes :

- Recargo por pago fraccionado;
- Costo de expedición de póliza;
- I.V.A.
- Ajuste anual de la vigencia anterior, en caso de que éste exista

Para comprender lo anterior, a continuación se verá un ejemplo de la obtención del factor del incremento a aplicar en la cuotas de la vigencia que termina :

EJEMPLO 2

Información Indispensable:

Vigencia del plan : 01-01-90 / 91

Prima neta : \$277'890,000

Siniestros al 01-10-90 : \$ 182'435,260

Comisión (20%) : \$ 55'578,000

*Incremento en el
sector salud 35 %

*Datos supuestos para este ejemplo.

Procedimiento

Conversión de la siniestralidad a la equivalencia anual

$$\text{Siniestralidad anualizada : } \frac{182'435,260}{10} \cdot 12 = 218'922,312$$

$$\text{Factor} = \frac{218'922,312 \cdot (1 + .35)}{(1 - .2 - .2) \cdot 277'890,000}$$
$$= \frac{295'545,121}{166'734,000} = 1.7726$$

Debido a que el factor resultó ser de 1.7726 esto significa que las cuotas de la vigencia anterior se deberán incrementar un 77.26%.

Es recomendable que cuando se vaya a llevar a cabo la renovación de un plan de gastos médicos mayores se le proporcione a cada una de las aseguradoras o intermediarios con los que se desee cotizar, la siguiente información :

- Vigencia del plan
- Prima neta anual
- Siniestralidad alcanzada
- Número de participantes (titulares y dependientes económicos)
- Porcentaje de comisión (real o estimada)
- Nivel de cobertura

- Nivel de beneficios
- Beneficios adicionales
- Forma de pago
- Cuotas anuales sin recargo
- Fórmula de dividendos

C) Participación en las utilidades (Dividendo)

Para aquellos grupos que cuentan con más de 400 participantes o aquellas colectividades con más de 700 participantes, es posible negociar con las aseguradoras que el contratante por lo general participe al final de la vigencia del plan en las utilidades que se obtengan del mismo siempre y cuando la siniestralidad registrada durante la vigencia del plan no sea mayor al porcentaje de prima neta acordado previamente.

Este porcentaje va desde un 50% hasta un 90% de la prima neta.

El procedimiento para otorgar al contratante el dividendo es el siguiente :

Se multiplica la prima neta al final de la vigencia por el porcentaje previamente acordado y se resta el monto de los siniestros pagados, si esta cantidad resulta positiva será el dividendo que se le devuelva al contratante.

La forma en que se calcula el porcentaje de dividendo que se le va a otorgar al contratante es la siguiente :

Fórmula de

dividendo = $[(1 - 2 \cdot \% \text{ de comisión}) \cdot \text{prima}] - \text{siniestros}$

D) Comisión

La comisión es el ingreso que otorga la aseguradora al intermediario por colocar un plan de gastos médicos con ésta.

El porcentaje de comisión que se otorga en los casos de contratar el plan utilizando las tarifas que tiene la aseguradora para su experiencia global es del 20% nivelado. Lo que significa que se le otorgará al intermediario la misma comisión por el primer año y renovaciones.

Sin embargo es posible negociar con la aseguradora una reducción de este porcentaje para disminuir el costo del plan al contratante. El porcentaje se puede reducir hasta un 4% dependiendo del volumen de primas que pague a la aseguradora el contratante.

En algunas ocasiones para aquellos planes que pagan al año a la aseguradora el equivalente a 2,000 SMGM o más, la comisión que solicita el intermediario debe de ser el aproximado a los honorarios que cobraría por la administración de los mismos.

3.2 FLUJO DE EFECTIVO (CASH-FLOW)

A) Características del sistema

Este sistema de financiamiento únicamente puede llevarse a cabo cuando la administradora es una aseguradora.

Las aseguradoras aceptan este tipo de financiamiento únicamente para aquellos grupos que cuentan con más de 500 participantes o aquellas colectividades que cuentan con más de 700 participantes.

Por lo general este tipo de planes se controlan a través de un agente individual profesional de seguros o mediante una sociedad anónima.

El sistema consiste básicamente en que la aseguradora determina al inicio de la vigencia una prima teórica o siniestralidad esperada, de acuerdo a las características que el contratante solicita y en función a las expectativas en el sector salud para el siguiente ejercicio.

Dicha prima teórica o siniestralidad esperada no tendrá modificación durante la vigencia del plan, a menos que la población asegurada aumente o disminuya en un 20%.

Este tipo de planes tienen por lo general una vigencia equivalente a un año calendario, sin embargo, es posible tener vigencias menores a un año.

Una vez establecida la prima teórica anual la aseguradora expide un recibo por concepto de prima en depósito, el cual equivale a 2/12 de ésta.

Dicha prima en depósito servirá para reembolsar los siniestros que se presenten de acuerdo a las condiciones previamente establecidas.

Mes a mes se harán cortes para integrar el importe de la siniestralidad reembolsada en el mes inmediato anterior al fondo constituido, a la aseguradora.

En este sistema existe un costo administrativo , el cual va desde un 10% hasta un 30% de la siniestralidad registrada, mismo que la aseguradora contemplará en el recibo mensual, incluyendo la siniestralidad.

Para llevar a cabo la contratación de una póliza de Cash-Flow es necesario proporcionarle a la aseguradora el listado de participantes, la solicitud maestra y siniestralidad registrada en los últimos dos años; en caso de que se haya tenido una cobertura en favor de los participantes.

Con esta información la aseguradora determinará la prima teórica y expedirá la póliza base a las condiciones previamente pactadas.

La póliza comprende lo siguiente :

1. Carátula de la póliza

2. Condiciones generales
3. Endosos
4. Registro de asegurados

La información que contienen dichos puntos es la misma que se mencionó en el plan normal a excepción de lo siguiente :

La carátula de la póliza mencionará como prima neta la prima en depósito y en ningún caso se cobrará recargo por pago fraccionado.

El registro de asegurados no indicará la prima neta por participante.

B) Cuantificación del plan.

PLAN NUEVO

Se entenderá como un plan nuevo a aquel grupo o colectividad que nunca ha tenido un plan de gastos médicos mayores y desea implementarlo.

Para poder llevar a cabo la cuantificación del plan, será necesario determinar la prima neta del mismo, utilizando el método que se mencionó para un plan normal.

Una vez obtenida la prima neta anual, la prima teórica será equivalente al 60% de ésta.

RENOVACION

Llamamos renovación de un plan de Cash-Flow cuando ya haya tenido un año o más el grupo asegurable cobertura a su favor, independientemente del tipo de financiamiento utilizado.

La prima teórica o siniestralidad esperada se determina en base a la siniestralidad alcanzada durante el ejercicio inmediato anterior y al número de participantes para la nueva vigencia, con base a la siguiente fórmula :

$$PT = \frac{S(VA)}{N(VA)} * N(NV) * PISS$$

Donde :

PT = Prima teórica ó siniestralidad esperada

S(VA) = Siniestralidad alcanzada la vigencia anterior

N(VA) = Número de participantes al inicio de la vigencia anterior

N(NV) = Número de participantes en la nueva vigencia

PISS = Porcentaje de inflación en el sector salud del último año

En el mercado asegurador existen dos tipos de pólizas Cash-Flow.

i) Cash-Flow puro

ii) Cash-Flow con cobertura de exceso de pérdidas (stop-loss)

ii) La prima teórica para un cash-Flow puro, únicamente servirá para estimar cual será la siniestralidad esperada en el siguiente año póliza.

El costo de este plan será la siniestralidad reflejada en el año póliza mas gastos de administración que cobre la aseguradora, independientemente de si la siniestralidad al final del año es mayor o menor a la prima teórica.

ii) El costo máximo que tendrá un Cash-Flow con cobertura el exceso de pérdida (stop-loss) será la suma asegurada siguiente :

-Prima teórica siniestralidad esperada;

-Deducible de pasillo

-Gastos de administración sobre la prima teórica y el deducible de pasillo.

-Costo de la cobertura de exceso de pérdida (stop-loss)

El deducible de pasillo es equivalente al 25% de la prima teórica.

La finalidad del deducible de pasillo es la de dar un margen de seguridad a la siniestralidad esperada por cualquier siniestro (s) que por su monto no estuviera considerado en el comportamiento normal del plan.

El costo de la cobertura de exceso de pérdidas (stop-loss) y las características de la misma se verán en el correspondiente capítulo de coberturas de exceso de pérdida

- Modificaciones en el nivel de beneficio y cobertura

En caso de que el contratante solicite alguna modificación en el nivel de beneficio y cobertura durante la vigencia del plan o en su aniversario, se aplicará a la prima teórica los correspondientes factores ya mencionados con anterioridad, para un plan normal, o los porcentajes o costo fijo que tiene asignados la aseguradora para los beneficios adicionales.

C) Participación en las utilidades

Debido a que la aseguradora cobra unos gastos de administración de acuerdo a la siniestralidad que se vaya presentando durante la vigencia del plan, el contratante tiene un ahorro directo en el costo por la baja siniestralidad registrada.

D) Comisión

El porcentaje de comisión que se otorga en caso de contratar un plan de Cash-Flow, es por lo general el 50% de los gastos de administración.

Sin embargo algunas aseguradoras otorgan al intermediario un porcentaje menor dependiendo de la tarea administrativa que represente para el intermediario.

CAPITULO 4

PLANES NO ASEGURABLES

IV.1 PLAN AUTOFINANCIADO

A) Características del sistema

Este sistema de financiamiento es el más versátil que puede tener el contratante de acuerdo a las características que se mencionarán más adelante.

La administración de un plan autofinanciado la cede el contratante a una sociedad anónima.

Dicha sociedad anónima o administradora, como se le llamará en lo subsecuente debe tener contemplado dentro de su giro en la acta constitutiva la administración de los planes de previsión social plasmado en el artículo 24 fracc XII de la Ley del Impuesto sobre la Renta y del reglamento que la rige.

El sistema consiste básicamente en que la administradora al inicio de vigencia estima la siniestralidad esperada de acuerdo a las características, nivel de cobertura y nivel

de beneficios que el contratante solicite en favor de los participantes.

Este tipo de planes tiene por lo general una vigencia equivalente a un año calendario, ya que el contrato que firman, por un lado el contratante y por el otro la administradora, tienen vigencia de un año y es renovable indefinidamente.

Este sistema da la oportunidad de otorgar a los participantes, sin importar el número de estos beneficios que las aseguradoras no contemplan en ningún plan o que por el volumen de asegurados o costo, el grupo o colectividad no serían elegibles para otorgarlos.

Una vez calculada la siniestralidad esperada anual de acuerdo al beneficio que se desea otorgar a los participantes, el contratante abrirá un fondo de inversión (cuenta de cheques) mismo que administrará la Sociedad Anónima con 2/12 partes de dicha siniestralidad esperada.

Cabe hacer mención que el rendimiento que produzca dicho fondo de inversión será única y exclusivamente del contratante.

El fondo antes mencionado servirá a la administradora para reembolsar los siniestros que se presenten de acuerdo a las condiciones previamente establecidas.

Mes a mes se harán cortes para reintegrar al fondo el importe de la siniestralidad registrada en el mes inmediato anterior.

En estos cortes mensuales, la administradora devolverá al contratante todos los comprobantes y facturas presentados por los participantes afectados para su reembolso, para que se cuente con el soporte fiscal que marca la Ley.

En este sistema existe un costo de administración el cual se cuantifica de dos formas básicamente.

- i) Como un porcentaje de la siniestralidad, que va desde un 4% hasta un 20% aproximadamente.
- ii) Como una iguala mensual independientemente del número y monto de siniestros que se presenten en la vigencia del plan.

Para llevar a cabo la contratación de un plan autofinanciado, es recomendable se le proporcione a la administradora listado del personal participante y establecer junto con ésta los alcances en cobertura que deberá tener el plan.

Al igual que los planes de cash-flow, los planes autofinanciados se pueden clasificar en dos grupos.

i) Plan autofinanciado puro

ii) Plan autofinanciado con cobertura de exceso de pérdida

i) Los planes autofinanciados puros se utilizan para cubrir básicamente lo siguiente :

-Riesgos o beneficios que no contemplan las aseguradoras en las pólizas de seguro de vida, gastos médicos y accidentes personales.

-Grupos o colectividades que por su gran número de participantes puede absorber en su siniestralidad esperada las desviaciones que se registren dentro del plan.

La base de lo anterior, es la Ley de los Grandes Números.

-Para aquellos beneficios adicionales que dentro de un plan asegurable las primas superarían sin duda la siniestralidad esperada.

-Para aquellos beneficios adicionales en los que no se corre ningún riesgo, únicamente por frecuencia.

ii) El plan autofinanciado con cobertura de exceso es aquel que tiene contratado con una aseguradora una póliza de exceso de pérdida (stop-loss o Working-cover) por la misma vigencia que el plan autofinanciado.

Para los planes que tienen contratada una póliza de stop-loss se requiere que el plan cuente con más de 500 participantes. Adicionalmente se requiere que tanto el plan autofinanciado como la póliza de stop-loss tengan las mismas condiciones, nivel de beneficio, nivel de coberturas, gastos cubiertos y exclusiones.

Este tipo de planes únicamente pueden ser administrados por sociedades anónimas que estén respaldadas por las aseguradoras, ya que estas reconocen fehacientemente dicha administración.

Para llevar a cabo la contratación de un plan autofinanciado se requiere que la administradora elabore los siguientes documentos en papel membretado de la misma:

- i) Contrato de prestación
- ii) Texto del plan de servicios
- iii) Endosos que modifiquen el texto en el transcurso de la vigencia del plan.

Las características que contienen cada uno de los puntos antes mencionados es la siguiente :

i) Contrato de prestación

El contrato debe ser celebrado por una parte por el contratante y por el otro la administradora debe aclarar que el contratante ha instituido un plan de previsión social en favor de los participantes.

El contrato debe hacer referencia a un texto único que lo regirá.

Deberán mencionarse las cláusulas abajo detalladas, las cuales ambas partes convendrán en su contenido :

Las cláusulas a las que por lo general se obliga la administradora son las siguientes :

- a) Estimar el costo del plan para la contratante con el fin de determinar el fondo inicial (2/12 partes de la siniestralidad esperada)
- b) Analizar los gastos médicos en que incurran los participantes con sujeción a los términos del plan indicados en el texto.
- c) Expedir cheque a cargo del fondo y en favor del participante directo por la suma de dinero que corresponda, preparando para el mismo un reporte de sus gastos erogados (finiquito).
- d) Llevar cuenta precisa y detallada de los movimientos del fondo, ingresos, egresos y cualquiera otra operación al amparo del contrato, teniendo siempre a disposición del contratante, por conducto de su representante los libros y registros que lo contengan a efecto de que los inspeccione libremente.
- e) Informar mensualmente por escrito al contratante, sobre los movimientos realizados en este lapso en el fondo y anualmente rendir informe de la operación total del mismo.
- f) Anualmente proporcionar a la contratante las estadísticas necesarias

para compara los resultados del plan y su costo.

-Asimismo la cláusulas a las que se obliga el contratante son las siguientes :

a)Proporcionar a la administradora al inicio del contrato los datos del participante y la información necesaria en la vigencia del plan de acuerdo al sistema de administración que se haya contratado.

b)Aportar al fondo de inversión al inicio del plan una cantidad equivalente a 2/12 de la siniestralidad esperada como apertura.

c)Recabar de cada participante la solicitud de ingreso al plan.

d)Proporcionar a la administradora la documentación comprobatoria de los gastos erogados por el participante.

e)Pagar a la administradora los honorarios acordados para la administración del plan a cambio de la factura correspondiente.

f)Revisar y aprobar en su caso los informes y reportes que le proporcione la administradora disponiendo de 30 días hábiles para examinarlos y hacer las observaciones que estimen convenientes. Si transcurrido este plazo, no hiciera observaciones se entenderá que está conforme.

g) Restituir el fondo inicial en el momento que la administradora reembolse el importe de los gastos presentados.

-El contratante podrá remover a la administradora de su cargo en cualquier momento, mediante aviso por escrito.

-La administradora podrá renunciar a su cargo dando por terminado el contrato en los siguientes casos.

- Previo aviso por escrito a la contratante, con 90 días de anticipación.

- Por incumplimiento de las obligaciones del contratante, estipuladas en las cláusulas del contrato.

En caso de agotamiento del fondo antes mencionado, la administradora suspenderá la ejecución del plan sin responsabilidad alguna para ésta, reinstalándose el servicio cuando el fondo haya sido restituido por el contratante.

- La administradora quedará obligada a rendir dentro de los 30 días siguientes a la terminación del contrato por solicitud de cancelación por cualquiera de las dos partes, un informe por escrito conteniendo registro de todas las operaciones efectuadas desde el último informe anual rendido, entregando a la contratante el saldo existente del fondo.

- La administradora se sujetará a las órdenes que reciba del representante del

contratante y no habrá relación contractual entre los participantes y la administradora.

*El contratante se reserva el derecho de modificar parcial o totalmente y en cualquier tiempo, cualquiera de las estipulaciones del plan, siempre que no violen las disposiciones legales en vigor.

*Estas modificaciones deberán comunicarse por escrito a la administradora y ésta expedirá el o los endosos correspondientes modificando dicho plan.

En caso de que exista una cobertura de exceso, la administradora podrá únicamente expedir el endoso correspondiente con la previa aceptación de la administradora con la que se tenga controlada.

*Para la interpretación y complemento de este contrato las partes se someterán expresamente a las leyes y los tribunales competentes del domicilio de la administradora, y renunciarán a cualquier otro fuero de domicilio que tengan lleguen a adquirir .

*ambas partes convendrán en que en la celebración del contrato no han intervenido el dolo, la lesión, el error, la mal fe o cualquier otro vicio que pudiera invalidarlo en todo o en parte, razón por lo que plenamente sabedora de su fuerza y alcances legales lo suscriben de conformidad.

Es importante que este contrato esté fechado y firmado por un representante legal de la administradora, contratante y dos testigos y cada uno de los representantes legales

de la administradora inicialice cada una de las hojas del mismo.

iii) Texto del plan de servicios

El texto del plan deberá contener básicamente los siguientes puntos :

- Definiciones
- Elegibilidad
- Beneficio de la prestación
- Aspectos principales de su funcionamiento
- Gastos cubiertos
- Exclusiones
- Fondo de depósito

iii) Endoso que modifiquen al texto en el transcurso de la vigencia del plan.

Los endosos deberán ser expedidos por la administradora en papel membretado de ésta y con la firma del representante legal y del contratante.

Deberán estar fechados y especificar el tipo de modificación que se desea realizar.

Cuando el plan cuente con una póliza de exceso de pérdidas, la aseguradora deberá expedir un endoso que avale la modificación solicitada por el contratante.

Bajo un plan autofinanciado no es posible reembolsar los gastos erogados fuera de la República Mexicana, sin embargo, si se tiene contratado una cobertura de exceso con una aseguradora, ésta servirá, mediante una negociación especial y cobrando un gasto extra por administración, para reembolsar dichos gastos.

B) Cuantificación del plan

PLAN NUEVO

Se entenderá como un plan nuevo a aquel grupo o colectividad que nunca ha tenido un plan de gastos médicos mayores y desea implementarlo.

Para poder determinar la siniestralidad esperada, será necesario utilizar el método que se mencionó en los planes de cash-flow.

Es importante mencionar que si el plan autofinanciado va a contar con una póliza de exceso de pérdida, el cálculo de la siniestralidad esperada deberá hacerse utilizando las cuotas vigentes para la aseguradora con la que se contratará dicha cobertura.

Si el plan se contrata sin cobertura de exceso, para poder calcular la siniestralidad esperada, además de utilizar las cuotas de las aseguradoras, será necesario que el contratante lleve a cabo una encuesta con cada uno de los participantes en la que se exponga el estimado de gastos médicos efectuados durante el último año especificando los tipos de atenciones médicas recibidas, para que de esta forma se

conozca, de una forma más adecuada, el comportamiento de la siniestralidad del grupo o colectividad.

RENOVACION

Llamamos renovación de un plan autofinanciado cuando el grupo o colectividad ya ha tenido a su favor una cobertura, independientemente del tipo de financiamiento utilizado.

La siniestralidad esperada se calcula de la misma forma que se cuantificó la renovación de un plan de cash-flow.

C) Participación en las utilidades

Debido a que un plan autofinanciado no interviene una aseguradora, los gastos por la administración del mismo se ven reducidos únicamente a los que corresponden a la Sociedad Anónima por su administración.

Adicionalmente, en un plan autofinanciado el contratante tiene un ahorro directo en el costo si su siniestralidad es favorable.

D) Honorarios

Los honorarios de un plan autofinanciado deben contemplar los siguientes aspectos :

-La papelería que se le otorga al contratante como es el informe médico, aviso de accidente o enfermedad, consentimientos para la inclusión al plan, etc. necesaria para el financiamiento del mismo.

-Los honorarios o sueldo de médicos capacitados en este rubro, que se encargan de dictaminar la procedencia de las reclamaciones que presenta el contratante y las visitas que realizan a los hospitales que se encuentran bajo convenio.

-Los gastos que representan para la sociedad anónima la sistematización del plan, la administración y sueldos del personal encargado de llevarlo a cabo.

-El porcentaje de utilidad que representa para la sociedad anónima el negocio.

CAPITULO 5

COBERTURAS DE EXCESO DE PERDIDA

Las coberturas de exceso de pérdida siempre vienen acompañadas de un plan base ya sea cash-flow, o autofinanciado.

La principal razón por la cual se contratan estas coberturas, es para proteger al contratante de una desviación en la siniestralidad esperada ya sea por frecuencia o por severidad y por una desviación en el costo como veremos más adelante.

Asimismo, la principal razón por la que las aseguradoras aceptan otorgar este tipo de coberturas es porque su exposición a riesgo es menor a que si se otorgara un plan normal, sin embargo para una siniestralidad favorable, con este método sus ingresos son muy bajos.

A continuación se analizarán los dos tipos de cobertura de exceso que existen en el mercado sin perder de vista que el manejo de estas coberturas es muy delicado, ya que si no se cuenta con una asesoría adecuada puede ser más costoso que un plan normal.

V.1 STOP-LOSS (EXCESO DE PERDIDA)

A) Características de la cobertura.

Una cobertura de stop-loss comenzará a operar una vez que rebase la siniestralidad presentada en la vigencia la prima teórica o siniestralidad esperada así como el deducible de pasillo que se tengan contratados en el plan sin importar el número de reclamaciones que se hayan presentado.

Esta cobertura tiene vigencia de un año, lo que significa que la aseguradora dejará de pagar las reclamaciones contra la cobertura después de terminada la vigencia, independientemente de la fecha en que se erogarán los gastos.

El costo de esta cobertura es fijo y se determina al inicio de la vigencia, y la protección de ésta es por lo general un tanto igual a la prima teórica o siniestralidad esperada del plan.

Es importante mencionar que en un plan de cash-flow con cobertura de stop-loss no es necesario que se tengan ambas coberturas contratadas con la misma aseguradora.

Es indispensable que una cobertura de stop-loss cuente con el mismo nivel de cobertura, mismos beneficios adicionales, gastos cubiertos y exclusiones del plan básico.

Esta cobertura sólo puede otorgar a grupos con más de 500 participantes o a colectividades con más de 700 participantes, ya que de lo contrario, cualquier desviación agotaría la prima teórica o siniestralidad esperada así como la cobertura de stop-loss.

Es recomendable que para grupos cuyo número de participantes se aproxime a 500 se contraten sumas aseguradas bajas ya que cualquier siniestro severo podría agotar la prima teórica o siniestralidad esperada así como la cobertura de stop-loss.

B) Cuantificación de la cobertura

Actualmente las aseguradoras que otorgan esta cobertura no tienen unificado un criterio para cobrarla, sin embargo el costo anual de este sistema de financiamiento aunado al plan base deberá ser menor al costo de un plan normal.

Para comprender lo anterior, a continuación se analizará el siguiente ejemplo :

Ejemplo 3

Supóngase que la prima neta de renovación de un plan normal con comisión para el intermediario del 20%, es de 100 pesos.

De acuerdo a lo que se mencionó anteriormente se obtiene lo siguiente :

$$\text{Prima Teórica} = 100(1 - (.20)^2) = 60$$

$$\text{Deducible de Pasillo} = 60 * .25 = 15$$

$$\text{Gastos de Administración} = \quad A$$

$$\begin{aligned} \text{Costo de la Cobertura} \\ \text{de Stop-loss} = \quad B \end{aligned}$$

En todos los casos A + B tendrá que ser menor a 25 ya que aunado a la prima teórica y deducible de pasillo no deberá sobrepasar la prima neta de un plan normal.

C) Participación en las utilidades

En esta cobertura no tiene participación en la utilidades por buena siniestralidad.

D) Comisiones

La comisión para esta cobertura dependerá del volumen de prima y puede variar desde un 4% hasta un 20%

5.2 COBERTURA DE TRABAJO (WORKING COVER)

A) Características de la cobertura

Una cobertura working-cover da la oportunidad de incrementar la suma asegurada o beneficio máximo por evento que se tenga contratado en el plan base.

La póliza de working-cover tendrá como deducible la suma asegurada del plan base y podrá contratarse con coaseguro o sin éste.

Es importante que se analice la conveniencia de contratar o no una póliza de working-cover con coaseguro, ya que en algunas ocasiones la participación del empleado por este concepto resulta un porcentaje elevado comparado con los ingresos del mismo.

Aunque la vigencia de la póliza es por un período pactado previamente, la aseguradora tendrá la obligación de dar la cobertura por dos años o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que suceda primero, de las reclamaciones que se hayan tramitado durante la vigencia de la póliza.

El costo de esta cobertura es fijo y se determina al inicio de la vigencia.

Es importante mencionar que si esta cobertura se contrata en adición a un plan normal o un Cash-Flow no es necesario que éstas estén con la misma aseguradora, sin embargo es indispensable que el nivel de beneficio que se contrate en el working-cover sea igual al contratado en el plan base.

B) Cuantificación de la cobertura

Actualmente las aseguradoras que otorgan esta cobertura no han unificado un criterio para cobrarla.

Esto se complica más cuando esta póliza se otorga en forma opcional a los empleados o para un sólo sector de la población.

Por lo anterior, el costo de la cobertura va directamente relacionado a las características del contratante y las necesidades del mismo, por lo que no es posible generalizar dicho costo para este tipo de coberturas.

C) Participación en las utilidades

En esta cobertura no se tiene participación en las utilidades por una buena siniestralidad, sin embargo, cuando participan más de 500 asegurados en un plan no contributivo es posible negociar con la aseguradora una fórmula de dividendos por buena siniestralidad a favor del contratante.

D) La comisión para esta cobertura dependerá del volumen de prima y puede variar desde un 4% hasta un 20%

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo comentado anteriormente, contamos con un panorama de los niveles de cobertura y beneficios que nos ofrecen los planes de gastos médicos mayores en el mercado mexicano.

Sin embargo, para poder llevar a cabo la implantación o rediseño de un plan se requiere de conocimientos previos en el ramo y una amplia experiencia para poder tomar la mejor decisión, que cumpla con las necesidades del contratante bajo un costo razonable, sin que esto demerite la calidad del servicio que pueda ofrecer un tercero.

Para que se pueda tomar una decisión de cual es el tipo de financiamiento que más le conviene al contratante es necesario tomar en cuenta la siguientes condiciones:

- Determinar el nivel de beneficios y cobertura que se desea establecer tomando en cuenta lo que ya tienen empresas similares, para establecer el plan idóneo, sin descartar las necesidades que tenga el contratante en el aspecto cualitativo y cuantitativo.

- Analizar los beneficios contractuales y/o particulares de las empresas para considerarlos en la solución.
- Tomar en consideración las tendencias del mercado incluyendo leyes y decretos susceptibles de emitirse en el corto plazo.
- Determinar el marco de referencia para la toma de decisiones financieras, éstos es, el flujo de efectivo de la empresa y capacidad económica a mediano plazo.
- Implementar la alternativa de solución seleccionada por la empresa.
- Comunicar al personal, dentro de los primeros 30 días posteriores a la implementación del plan, los beneficios que la empresa les esta otorgando.

Para poder llevar acabo lo anterior es recomendable se utilice una metodologfa, la cual se engloba en las fases que a continuación se mencionan :

FASE I : DISEÑO DEL PLAN

- En cada plan, las directrices y énfasis del proyecto nacen de las necesidades y condiciones propias de la empresa.
- Por lo tanto, para diseño de plan, es necesario analizar y discutir ampliamente con el contratante los siguientes factores :

- . Leyes Actuales
- . Condiciones de Elegibilidad

- . Nivel de Beneficios
- . Nivel de Cobertura
- . Eventos en los que los beneficios serán pagados
- . Nivel de Beneficios para eventos especiales
- . Efectos de la Integración con los beneficios del IMSS
- . Experiencia de Rotación en los diferentes sectores del personal
- . Hipótesis de Siniestralidad y Frecuencia esperada
- . Problemática Laboral
- . Información que se debe recopilar
- . Planes de comunicación

FASE II : RECOPIACION DE INFORMACION

En esta fase es necesario obtener la información completa del personal de la empresa.

FASE III : CUANTIFICACION DEL PLAN

Establecidos el nivel de beneficio y cobertura, el siguiente paso será proceder a la estimación del costo del plan.

La cuantificación se hará de acuerdo a las posibilidades del mercado que existan en ese momento estableciendo las diferentes alternativas.

FASE IV TOMA DE DECISIONES

Con los resultados que arroje la cuantificación del plan, corresponde tomar una

decisión financiera. Esto es, la creación del mecanismo para hacer frente a las obligaciones del plan seleccionado.

Por esto, será necesario proporcionar un marco de referencia acorde a la situación de la propia empresa.

Es necesario que se tenga un asesoramiento legal, fiscal y contable para llevar a cabo la toma de decisiones sobre el plan a implementar.

FASE V : IMPLANTACION

Una vez tomada la decisión financiera por parte del contratante, será necesario implantarla y documentarla.

En esta fase se requiere la colocación del plan con la aseguradora elegida y/o la elaboración del contrato y textos del plan.

FASE VI COMUNICACION

Para aprovechar al máximo cada peso que se invierte en un plan de gastos médicos mayores, es conveniente que el plan se dé a conocer a todo el personal y que les haga sentir la preocupación de la empresa por su salud y la de su familia, es decir lograr sensibilizarlo de los beneficios que recibe.

Finalmente es recomendable informar que una mala asesoría en la implantación de un plan de gastos médicos mayores podría ocasionar un desequilibrio financiero a la empresa que lo contrate, ya que tarde o temprano la siniestralidad que presente el

plan la terminara pagando la propia empresa.

El Mercado Mexicano cuenta con excelentes asesores que podrán orientar al contratante en la implantación y diseño del plan para que éste se pueda llevar a cabo con base en un marco racional de efectividad y congruencia los objetivos empresariales.

BIBLIOGRAFIA

- LEY DEL SEGURO SOCIAL
MEXICO, D.F.
PAC, S.A DE C.V.
1989

- IMPUESTO SOBRE LA RENTA 1991
DÉCIMOPRIMERA EDICION
MEXICO, D.F.
DOFISCAL EDITORES
1991

- SEGUROS Y FIANZAS
DECIMONOVENA EDICION
MEXICO, D.F.
PORRUA, S.A.
1987
457 P.

- JORGE LUIS SUAREZ ACEITUNO
LEY FEDERAL DEL TRABAJO 1991
SEPTIMA EDICION
MEXICO, D.F.
DOFISCAL EDITORES
1991
992 P.

- I.H. DE I ARRAMENDI
J.A. PARDO
J. CASTELO
MANUAL BASICO DE SEGUROS
SEGUNDA EDICION
MADRID, ESPAÑA
MAPRE, S.A.
1982
186 P.

- GREENE
MARK RICHARD
RISK AND INSURANCE
SEPTIMA EDICION
CINCINNATI, OH.
SOUTH-WESTERN PUB.
1988
85 P.

GREGG
DAVIS WEINERT
LIFE AND HEALTH INSURANCE HANDBOOK
TERCERA EDICION
HOMEWOOD, ILL.
R.D. IRWIN
1973
133 P.

- DAVIDS
LEWIS E.
DICTIONARY OF INSURANCE
SEXTA EDICION
TOTOWA, N.J.
ROWMAN AND ALLANHELD
1984
338 P.

- GRUPO NACIONAL. PROVINCIAL, S.A.
MANUAL DE SERVICIO DE COLABORACION TECNICA
MEXICO, 1990
SERVICIO DE COLABORACION TECNICA
GASTOS MEDICOS MAYORES
LINEA AZUL.
89 P.

- SEGUROS SANTANDER, S.A.
MANUAL DE TARIFAS
MEXICO, 1991
TARIFAS
130 P

- ASEGURADORA CUAHUTEMOC,S.A
MANUAL DE COLABORACION TÉCNICA
MEXICO, 1991
MANUAL TECNICO DE GASTOS MEDICOS MAYORES
6 P.

- SEGUROS DE MEXICO,S.A.
CONDICIONES GENERALES DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES
MEXICO, 1989
9 P.

- SEGUROS MONTERREY, S.A.
MANUAL DE SERVICIO DE COLABORACION TECNICA
MEXICO, 1990
MANUAL DE SEGURO DE DE GRUPO VIDA Y
GASTOS MEDICOS MAYORES
39 P.

- SEGUROS ATLAS, S.A.
CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE
SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES
MEXICO, 1990
4 P.

- SEGUROS AMERICA, S.A.
CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE
DE GASTOS MEDICOS MAYORES
MEXICO, 1990
10 P

- SEGUROS LA COMERCIAL, S.A
CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GRUPO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES
MEXICO, 1989
26 P.

**- SEGUROS INTERAMERICANA INDEPENDENCIA
INSTRUCTIVO DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES
MEXICO, 1990
GASTOS MEDICOS MAYORES, GRUPO Y COLECTIVO
3 P (TRIPTICO)**