



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

“ACATLÁN”

“ACTUALIZACIÓN A LA NOTA TÉCNICA DEL
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GRUPO
Y COLECTIVO PARA UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS”

MEMORIA DE DESEMPEÑO

P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I A

P R E S E N T

CORINA GUADALUPE ROLDÁN HERNÁNDEZ



ASESORA: ACT. CONSUELO DEL CARMEN HOYO MARTÍNEZ

ACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO.

NOVIEMBRE DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por sus bendiciones y porque forma parte de mi vida.

A mis Padres.

Lupita y Reyes porque son las personas más valiosas de mi vida y representan el motor que me impulsa a seguir luchando por alcanzar mis objetivos tanto profesionales como personales. Gracias al amor, paciencia, comprensión, confianza, educación y apoyo incondicional que siempre me brindan, he logrado culminar esta etapa tan importante de mi vida.

A mis Hermanos.

Jenny, Laura y Ricardo por su comprensión y el amor que me demuestran, porque creen en mi y siempre están a mi lado apoyándome y alentándome en los momentos difíciles así como compartiendo y celebrando mis éxitos.

A la Universidad y a mis Profesores

Estoy orgullosa de haber estudiado en ella porque gracias a la educación que obtuve y a los conocimientos y experiencia de mis profesores he logrado cosechar éxitos tanto en el ámbito profesional como en el personal.

A mi Asesor.

La Act. Consuelo de Carmen Hoyo por guiarme y apoyarme para la realización de este trabajo.

A mi Amigos.

Por enseñarme el significado de la amistad y por todos los momentos difíciles y felices que han compartido conmigo.

INDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1. SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO Y COLECTIVO	
1.1	Objetivo y definiciones del seguro de gastos médicos mayores 7
1.2	Bosquejo histórico 8
1.3	Mercado asegurable 9
1.4	Características generales 11
1.5	Sistemas de pago del seguro 17
1.6	Canales de distribución 18
CAPITULO 2. NOTA TÉCNICA PARA UN SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES	
2.1	Proceso para desarrollar un producto 19
2.2	Definición y registro de una nota técnica 21
2.3	Contenido de una nota técnica 22
CAPITULO 3. ANTECEDENTES DE LOS PRODUCTOS DE GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO Y COLECTIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
3.1	Programa de control de costos 24
3.2	Plan T y Plan C 27
3.3	Últimas actualizaciones de tarifas de los planes T y C 29
CAPITULO 4. ESTUDIO DE MERCADO	
4.1	Sector asegurador de gastos médicos mayores 31
4.2	Comparativo de tarifas 34
4.3	Comparativo de condiciones generales y coberturas especiales 36

CAPITULO 5. ACTUALIZACION DE TARIFAS

5.1	Inflación acumulada y proyectada	38
5.2	Análisis de cartera emitida por tarifa de línea para determinar la suficiencia en primas	43
5.3	Incremento en tarifas	47
5.4	Factor para tarifa gastos médicos mayores colectivo	48
5.5	Descuentos a la prima	51
5.6	Experiencia propia	52

CAPITULO 6. ENDOSOS ADICIONALES

6.1	Endosos contemplados en la nota técnica original	54
6.2	Modificación a endosos vigentes	55
6.3	Nuevos endosos	62

CONCLUSIONES	66
--------------	----

ANEXOS	69
--------	----

BIBLIOGRAFIA	93
--------------	----

INTRODUCCIÓN

Hoy día el seguro de gastos médicos mayores es considerado uno de los negocios más importantes dentro de la industria aseguradora de Latinoamérica.

El seguro de gastos médicos mayores fue diseñado para proteger de los perjuicios económicos que puedan tener los asegurados a consecuencia de erogar gastos por concepto de enfermedad o accidente. Este seguro cubre en general hospitalizaciones, honorarios médicos, análisis de laboratorio, tratamientos ambulatorios y medicamentos.

Por su complejidad y diversidad, es uno de los seguros más difíciles de abordar. Al mismo tiempo, por el crecimiento incontrolado de sus costos, es un negocio de alto riesgo. Al igual que el seguro de vida, es un negocio que exige a las aseguradoras alto nivel de seriedad y profesionalismo.

La oferta de servicios médicos y de seguros de salud experimenta actualmente cambios importantes. Los avances de la medicina son espectaculares y el equipamiento de los consultorios y hospitales es cada vez más sofisticado y costoso.

Según información estadística a diciembre 2003 del INEGI y de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, en México la participación en el gasto de salud, se ha incrementado para el sector privado representando 3.4 por ciento del PIB, mientras que el sector público representa el 2.4, lo que se traduce en que más de la mitad del financiamiento de la atención de la salud proviene directamente de los bolsillos de la población a través de la compra de los seguros de gastos médicos mayores.

Sin embargo, cerca del 50% de las familias mexicanas siguen careciendo de Seguridad Social, la inversión en salud sigue siendo insuficiente, pues apenas representa el 5.8% del Producto Interno Bruto.

En el período que comprende desde el año 2001 y hasta el 2003 el mercado de gastos médicos mayores cada vez es más competido y las necesidades de los clientes son mayores, razón por la cual las compañías de seguros constantemente tienen que revisar sus productos para satisfacer los requerimientos de los clientes así como ajustar sus tarifas para lograr el margen de utilidad esperado y garantizar que el seguro sea financieramente sólido.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer que es un seguro de gastos médicos mayores, para qué sirve, cómo se desarrolla el producto y mostrar los estudios de mercado que se llevan a cabo para determinar la necesidad de actualización según las necesidades cambiantes de los

asegurados, así como la metodología y el análisis de la información estadística realizados para la actualización de tarifas.

Además este trabajo servirá como una herramienta de apoyo para los Actuarios que empiecen a trabajar en el área técnica de una compañía de seguros y cuya responsabilidad sea desarrollar productos de gastos médicos mayores. Lo anterior debido a que en la actualidad y en la mayoría de las compañías de seguros, según experiencia laboral de por lo menos tres compañías medianas en las que se ha trabajado, no existen guías o manuales que mencionen los pasos a seguir para desarrollar un producto ó definiciones básicas sobre el seguro de gastos médicos ó cómo realizar un estudio de mercado.

El primer capítulo del trabajo aborda ampliamente el objetivo del seguro de gastos médicos mayores que, como su nombre lo indica, están destinados a cubrir o resarcir en forma oportuna el desequilibrio que representan los gastos “mayores” erogados por los asegurados al presentarse un accidente o enfermedad no previstos. Su principal objetivo es el acceder a tratamientos “médicamente necesarios” destinados a “recuperar o restaurar la salud”. También en el capítulo se presenta un pequeño bosquejo histórico del seguro, se mencionan las principales características, cuál es el mercado asegurable y qué personas son los canales de distribución del seguro.

Un seguro de gastos médicos mayores ó de cualquier otra operación de seguros (vida, daños, accidentes) debe ser elaborado por las compañías de seguros siguiendo todo un proceso que se compone de diseño del producto, análisis del negocio, desarrollo técnico, implementación y monitoreo. En este proceso se involucra personal de ventas, mercadotecnia, abogados, actuarios, ingenieros en sistemas y administradores. A los actuarios corresponde la elaboración de la Nota Técnica que es el documento donde se establecen las bases demográficas y cálculos actuariales, que para cada modalidad de seguro, dan origen a la determinación de las primas, reservas, participación de utilidades y todos los procedimientos técnicos que aplicará una entidad aseguradora. El proceso para desarrollar un producto y los pasos a seguir para registrar una nota técnica se aborda en el capítulo dos del presente trabajo.

Una vez conocido que es un seguro de gastos médicos mayores y como se elabora, en el capítulo tercero se comienza con la actualización a la nota técnica de “La Propia Compañía de Seguros”. En este capítulo se dan a conocer los antecedentes de los productos en dicha compañía. El primer producto de gastos médicos mayores diseñado por “La Propia Compañía de Seguros” en 1997 proponía la utilización de un programa de control de costos muy estricto y que en consecuencia no era atractivo para los clientes y “La Propia Compañía de Seguros” quedaba fuera de competencia con las otras Compañías de Seguros. Por lo tanto en 1998 se modificó este producto y con esto surgen dos planes el T y el C los cuales ofrecen una amplia gama de posibilidades que se ajustan a

las necesidades específicas de los asegurados. Las actualizaciones posteriores han sido para mejorar dichos productos en cuanto a condiciones y costos cuidando las necesidades actuales de los clientes y de “La Propia Compañía de Seguros”.

Uno de los elementos fundamentales para determinar la necesidad de actualizar el producto de gastos médicos mayores es el estudio de mercado realizado y que se explica en el capítulo cuatro del presente trabajo. El objetivo principal del estudio de mercado es saber que posición tiene “La Propia Compañía de Seguros” en cuestión de competencia por costos y condiciones. La comparación es contra productos con características similares y de las cinco principales compañías de seguros que venden gastos médicos mayores. Es importante mencionar que de estas compañías tres son consideradas como compañías grandes y ocupan los tres primeros lugares¹ en el mercado por el nivel de primas vendidas mientras que las otras dos compañías ocupan el 4 y 14vo lugar y son consideradas como compañías medianas al igual que “La Propia Compañía de Seguros”.

En el quinto capítulo se presentan los análisis referidos al comportamiento de la inflación del sector salud contra la general y al comportamiento de la cartera de gastos médicos mayores grupo y colectivo de “La Propia Compañía de Seguros” con la finalidad de conocer si las primas ganadas por la venta del seguro con la tarifa actual son suficientes para pagar comisiones a los agentes, siniestros, gastos de administración y demás gastos relativos a la venta del seguro. Con ambos análisis se determina el porcentaje de incremento en los costos y las modificaciones técnicas necesarias para que “La Propia Compañía de Seguros” obtenga mejores márgenes de utilidad.

Para que “La Propia Compañía de Seguros” incremente sus ventas debe actualizar también sus coberturas, razón por la cual en el capítulo seis se mencionan las modificaciones a las coberturas actuales y las nuevas coberturas que se otorgarán mediante endoso.

Una vez actualizado el seguro de gastos médicos mayores en costo y condiciones se espera que “La Propia Compañía de Seguros” empiece la comercialización y venta a partir del primero de agosto del 2003 para que a principios del 2004 logre incrementar sus ventas entre un 10 y 20 por ciento y pueda escalar un lugar más dentro del posicionamiento del mercado además de seguir siendo de las 10 principales compañías que venden seguros de gastos médicos mayores grupo y colectivo.

Por último, es importante mencionar que el presente trabajo esta desarrollado sobre la base de la experiencia de siete años trabajando como pasante de Actuaría en el Área Técnica de tres importantes compañías de seguros y realizando diferentes funciones. En 1997 comienza la experiencia laboral al trabajar en Seguros “Tepeyac”, con el puesto de Analista Actuarial a cargo

¹ Revista Trimestral: EstadisticAMIS, 4to trimestre 2002

de la Subdirección Técnica de Accidentes y Enfermedades. Las principales funciones realizadas fue la suscripción de negocios especiales, colocación de negocios con reaseguro facultativo, elaboración de estudios de mercado, actualización de tarifas y documentación contractual y elaboración de la estadística necesaria para renovar los contratos de Reaseguro.

Desde junio 1998 y hasta diciembre de ese mismo año la experiencia laboral siguió en una segunda compañía de seguros "Generali México" trabajando como Analista Actuarial a cargo de la Coordinación Técnica de Daños. Las funciones realizadas fueron la elaboración de diversas estadísticas para el análisis de la cartera del ramo de autos y las trimestrales requeridas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como la participación en el desarrollo de Banca-Seguros Autos de Banorte-Generali.

A la fecha de elaboración de este trabajo, 2003 y a partir del 1 de diciembre de 1998 ya son casi 4 años y medio de estar trabajando en una tercera compañía de seguros la cuál es objeto de estudio de este proyecto. El primer puesto fue Analista Actuarial y seis meses después Gerente Técnico de Accidentes y Enfermedades, en ambos puestos las actividades más importante que se realizan son la implantación de políticas de suscripción, suscripción de negocios especiales, elaboración del plan anual de reaseguro, análisis de cartera, elaboración de estudios de mercado, valuación de las reservas técnicas, capacitación al área de ventas, análisis de la información financiera y estadística para elaborar la planeación anual y futura de los estados de resultados y la actualización de productos.

CAPITULO 1. SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO Y COLECTIVO

1.1 Objetivo del Seguro de Gastos Médicos Mayores

Durante los años cincuenta del siglo XX, en Estados Unidos, se desarrolla la cobertura de Gastos Médicos Mayores (*Major Medical Expenses*) como una tentativa para compensar la explosión de costos médicos y brindar protección adecuada frente a imprevistos costosos.

Los seguros de Gastos Médicos, como su nombre lo indica, están destinados a cubrir o resarcir en forma oportuna el desequilibrio que representan los gastos “Mayores” erogados por los asegurados al presentarse un accidente o enfermedad no previstos. Su principal objetivo es el acceder a tratamientos “Médicamente Necesarios” (razonables, terapéuticos, necesarios, excluyendo cualquier tipo de cirugía cosmética o estética y medicina preventiva) destinados a “Recuperar o restaurar la Salud”, es decir entran en vigor una vez que el asegurado presenta un problema específico de cierta gravedad.

Las compañías de seguros definen, dentro de sus condiciones generales de póliza, los conceptos de enfermedad y accidente de la siguiente forma:

Enfermedad: conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas anteriormente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como un mismo padecimiento. No se consideran enfermedades las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Accidente: es toda lesión corporal que sufra una persona asegurada directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

Asimismo, un seguro de gastos médicos mayores se determina e integra de varios factores donde lo principales son los siguientes:

Suma Asegurada: es la cantidad máxima que la aseguradora pagará al asegurado por concepto de los gastos que se deriven de la atención médica a consecuencia de un accidente o enfermedad,

de acuerdo con las condiciones contratadas en la póliza, siendo un requisito fundamental que la póliza se encuentre vigente.

Deducible : límite inicial mínimo a cargo del asegurado por cada padecimiento o accidente cubierto por la póliza. El seguro cubre los gastos procedentes a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza. Por ejemplo, si el deducible es de \$1,000 los gastos médicos menores a esa cantidad correrán por cuenta del asegurado.

Coaseguro : es el porcentaje aplicado al total de gastos cubiertos derivados de un padecimiento o accidente cubierto, después de descontar el deducible. Dicho porcentaje quedará a cargo del asegurado y será aplicado en cada gasto procedente. Por ejemplo, si la cantidad total a pagar es de \$3,000 y el deducible es de \$1,000, el asegurado deberá pagar un porcentaje por los \$2,000 que restan; éste puede variar del 5 al 30 por ciento, dependiendo de la magnitud de la cobertura del seguro y de cada aseguradora.

1.2 Bosquejo Histórico.

El seguro de Gastos Médicos Mayores tiene una larga historia, su origen se remonta probablemente a la antigua China, en donde se acostumbraba a pagar al doctor mientras se gozaba de buena salud y se interrumpían los pagos durante la enfermedad.

Más tarde, en la Grecia Clásica, sociedades de beneficencia financiadas con aportaciones individuales contribuían a solventar los gastos médicos de la población militar y civil.

Los romanos por su parte, adoptaron esta misma práctica y la extendieron hasta incluir beneficios por muerte, vejez e invalidez.

Durante la Edad Media, los gremios, corporaciones y cofradías europeos continuaron protegiendo a sus miembros de manera similar a la de los romanos.

Mucho más tarde, en 1850, *The Accidental Death Association of London*, comenzó a ofrecer cobertura médica por accidentes no mortales.

Posteriormente, desde 1911, la *Montgomery Ward & Company* ofreció beneficios semanales a sus trabajadores enfermos o accidentados. A este hecho se le considera el primer plan de seguro colectivo de salud.

El seguro moderno de salud propiamente dicho nace en 1929, cuando un grupo de maestros firmó un contrato con el *Baylor Hospital* en Dallas. A cambio del pago de una prima mensual, el hospital ofrecía habitación, tratamiento y pensión.

Tal vez sea este el primer ejemplo de *Blue Cross Plans* (contratos específicos con hospitales) Posteriormente se comenzaron a firmar contratos similares con médicos, lo cual se denominó *Blue Shield Plans*. Dichos planes contratados con hospitales y con médicos, se basaban en el mismo principio: existe una comunidad de riesgo cuyos miembros, sin excepción, pagan la misma prima y reciben las mismas prestaciones.

Desde 1930, y durante las dos guerras mundiales, las compañías de seguro de vida y accidente se lanzaron a ofrecer a sus clientes coberturas adicionales de cirugía, hospitalización y reembolso de gastos médicos.

En la posguerra, y hasta nuestros días, el seguro de gastos médicos no ha cesado de desarrollarse, no solo en EE.UU. y Europa, sino también en Latinoamérica y el resto del mundo.

1.3 Mercado asegurable.

Los seguros de gastos médicos mayores grupo así como el seguro de vida, también conocidos como beneficios para empleados, son ofrecidos como prestación por los patrones a sus empleados o en algunos casos con la participación de ambos. Para el caso de los seguros de gastos médicos mayores grupo el costo por persona es menor que el de una póliza de gastos médicos individual/familiar porque hay inclusión de todos los miembros del grupo, es decir por el mayor volumen de asegurados, lo cual hace que el riesgo² se disperse entre un mayor número de participantes y así considerar la estabilidad que permite aplicar la ley de los grandes números³. Adicionalmente algunas empresas, previo a la contratación de la persona, verifican su estado de

² La palabra "riesgo" tiene varios significados pero en un sentido económico, siempre involucra la idea de posibilidad de pérdida y la incertidumbre de ocurrencia.

³ La ley de los Grandes Números es un teorema fundamental para el cálculo de probabilidades. Supone que los eventos que ocurren por azar tienen un patrón de conducta predecible si se cuenta con un gran número de observaciones. De acuerdo con ésta Ley, mientras mayor sea el número de observaciones, mayor será la aproximación a la realidad de las predicciones.

salud, pues es conveniente para ellas contratar gente sana, lo cual les generará una mayor productividad, es decir existe una previa selección⁴ de los empleados de la misma.

Asimismo, no es voluntaria la participación del empleado en este programa de seguro, ni su decisión sobre el tipo de plan a contratar, su inclusión es obligatoria para todos los participantes del mismo, por lo cual se reduce considerablemente el riesgo a que sólo adquieran el seguro las personas que tengan mayores probabilidades de utilizarlo por varios factores como su estado de salud, edad, sexo, ocupación, deportes, etc.

Los seguros colectivos, son los más delicados de tratar, pues la compañía de seguros deberá asegurarse que la colectividad sea auténtica; es decir que sea un grupo de personas que no laboren en una misma empresa, pero que quizá tengan en común entre ellos el participar en algún club deportivo o en alguna actividad social bien definida y que decidan comprar un seguro de gastos médicos y pagarlo ellos mismos aunque esto puede presentar un alto grado de antiselección⁵.

Estos seguros fueron creados, pensando que por el volumen de asegurados sean más económicos que un seguro individual, pero más costosos que un seguro de grupo, pues incluyen menos participantes.

La mayoría de las compañías de seguros definen en sus condiciones generales de póliza y tomando como base el Reglamento de Grupo emitido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los tipos de grupo o colectividad asegurable como:

Grupo o Colectividad Asegurable:

- a) El 100% del personal de confianza o sindicalizado de un mismo patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores de servicio activo y sus secciones o grupos.
- c) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

⁴ La selección es la separación de los riesgos en normales, agravados e inasegurables, dando a cada solicitante del seguro la clasificación justa de acuerdo a diferentes aspectos como son: edad, estado de salud, sexo, ocupación, aficiones y deportes que practique, solvencia financiera y moral.

⁵ La antiselección es un conjunto de factores, generales o individuales, conscientes o inconscientes, que tiendan a alterar los efectos de la selección, haciendo aparecer el riesgo más favorable de lo que realmente es, con el peligro de tener una ocurrencia del evento prematura.

Podrán adquirir el Seguro de Grupo Gastos Médicos Mayores todos aquellos grupos asegurables en los que participa al menos el 75% de todos los miembros que lo forman con un mínimo de 25 asegurados titulares. Cabe aclarar que los asegurados titulares son los empleados.

Podrán adquirir el Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores todos aquellos sectores bien definidos de colectividades asegurables en los que participe el 100% de los miembros que lo integran, siempre que dicho sector represente por lo menos el 30% de la colectividad total asegurable, con un mínimo de 25 titulares independientemente de que sean o no contributivos.

También pueden clasificarse como colectivos aquellos grupos asegurables en los que participe el 100% de los miembros que lo forman con un mínimo de 10 asegurados titulares.

1.3 Características Generales.

El seguro ampara los gastos incurridos por el asegurado titular y sus otras personas inscritas en la póliza, ocasionados por alguna enfermedad, accidente, intervención quirúrgica o maternidad, de acuerdo con los límites contratados y hasta por la suma asegurada indicada.

Los gastos derivados de alguna enfermedad quedan cubiertos por el seguro descontando el deducible y coaseguro contratado. En caso de accidente, la mayoría de las aseguradoras, eliminan el deducible y el coaseguro; es decir la aseguradora paga todo el gasto siempre y cuando sea cubierto por el seguro.

La mayoría de los planes que venden las Compañías de Seguros operan diferentes opciones de sumas aseguradas, deducibles y coaseguros. La cobertura es en territorio nacional y se puede ampliar contratando cobertura internacional y/o emergencia en el extranjero.

Las edades de contratación normalmente son desde el nacimiento hasta los 64 años de edad, pudiéndose renovar la póliza hasta los 69 años y cancelándose automáticamente después de los 70 años de edad. Hoy en día, algunas aseguradoras ofrecen la renovación hasta los 80 años de edad.

Inicialmente, los seguros de gastos médicos cubrían solamente gastos mayores de hospitalización (entendiéndose de alto costo y complejidad) pero, con el tiempo, se esta ampliando cada vez más el catálogo de prestaciones cubiertas abarcando también a los tratamientos ambulatorios (consultas médicas, enfermería, fisioterapia, quiropráctica, psicoterapia, etc.), análisis de laboratorio y medicamentos.

Los gastos médicos cubiertos son aquellos que efectúe el asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta que por indicación de un médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión sean necesarios para el tratamiento del asegurado. Los gastos cubiertos y el límite de pago figuran en el condicionado de la póliza

Los principales gastos médicos cubiertos por las compañías de seguros son:

- Hospitalización: cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia, por tratamiento médico, y cama extra para un acompañante.
- Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes; consultas médicas en sanatorio u hospital, consultorio o domicilio, a razón de una consulta ó visita médica por día; anestesia y servicios por cuidados especiales por parte de enfermeras.
- Terapia radioactiva y quimioterapia, (fisioterapia) y otros semejantes excluyendo los demás de carácter psicológico o psiquiátrico
- Medicamentos consumidos por el asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta médica correspondiente.
- Servicio de ambulancia terrestre dentro del territorio nacional.
- Gasto de sala de operaciones, terapia intensiva, recuperación o curación.
- Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.
- Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros hemodiálisis y otras sustancias semejantes.
- Gastos de diagnóstico, análisis de laboratorio y patología, estudios de rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas, o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento y diagnóstico de un accidente o enfermedad cubierto.
- Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.

- Enfermedades y anomalías congénitas de los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la póliza.
- Gastos causados por complicaciones del embarazo y del parto, ya sean de la cónyuge del asegurado o de la asegurada titular: intervenciones quirúrgicas realizadas por embarazo extrauterino, por fiebre puerperal, de eclampsia toxicosis gravídica y embarazo molar (mola hidatiforme); las complicaciones no mencionadas en este inciso no quedan cubiertas.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

Algunos **beneficios adicionales** que pueden incluirse en el seguro de gastos médicos mayores, pero que tienen costo extra son:

- Gastos por atención médica de emergencia en el extranjero.
- Ambulancia aérea.
- Cobertura por atención médica en el extranjero a causa de accidente o enfermedad, que estén contemplados en el seguro.
- Cobertura de servicios dentales y de maternidad.
- Reconocimiento de antigüedad acumulada en una póliza contratada anteriormente con otra aseguradora, con el fin de reducir o eliminar los periodos de espera para la cobertura de ciertas enfermedades. Este beneficio no aplica en las enfermedades ya existentes.

Para poder de alguna manera contener los costos causados por la ampliación en las prestaciones cubiertas, se limita el porcentaje de reembolso de algunos tratamientos (por ejemplo psiquiátricos a 50% de los gastos), se establece período de espera (por ejemplo 10 meses para maternidad), se aplican bonificación o reducción de prima por no-siniestralidad, o en su defecto, aumento de primas por siniestralidad, y se excluyen padecimientos de alta frecuencia y severidad.

Las **exclusiones** más comunes en un seguro de gastos médicos mayores son:

- Padecimientos preexistentes.

- Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.
- Lesiones que ocurran cuando el asegurado esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, enervantes, estimulantes o similares que no hayan sido prescritos por un médico y que no aparezcan como cubiertas.
- Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; en general cualquier tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico.
- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales excepto cuando sean a consecuencia de un accidente cubierto.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta ocurridos durante la vigencia del seguro.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
- Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
- Lesiones sufridas por el asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.
- Suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por el intento del mismo Asegurado, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el asegurado.
- Lesiones que el asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.

- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- Tratamientos que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome completo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus.
- Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, jockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, motociclismo terrestre o acuático, espeleología, rapel, tauromaquia, box, lucha libre, lucha greco romana y artes marciales.
- Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
- Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no se encuentre entre las cubiertas por el seguro.
- Legrado uterino cualquiera que sea su causa.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, y sus complicaciones, inseminación artificial y/o la implantación de embriones en vitro.
- Aparatos auditivos, lentes intraoculares, lentes de contacto y anteojos.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, la reducción de peso o la obesidad y delgadez.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias, de asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.
- Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
- Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
- Ambulancia aérea.
- Tratamientos experimentales para investigación o de un valor médico dudoso que sea determinado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual, excepto en los casos en que dicho problema exista a consecuencia de alguna enfermedad orgánica o causada por algún accidente, en cuyo caso se cubre solo el primer tratamiento, excluyendo el reemplazo o injerto de prótesis del pene.
- Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.
- Cargos por uso de aires acondicionados, humectantes, purificadores de aire, botellas de agua, equipos de hospital o enemas, para el domicilio del Asegurado o equipos similares a éstos.
- Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral o cargos custoriales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.
- Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de *hallux valgus* o "juanetes".
- Compra o renta de zapatos ortopédicos.
- Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento y que sean originados por la negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.
- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.

1.4 Sistema de pago del seguro.

Sistema de Pago Directo: las compañías aseguradoras cuentan con una red de médicos y hospitales con los cuales establecen un convenio para que proporcionen sus servicios a los asegurados.

El pago directo es el sistema mediante el cual las compañías de seguros liquidan directamente al hospital los gastos que procedan por motivo del padecimiento, accidente o enfermedad cubierto por la póliza. Para efectos de pago directo, se requiere ser atendido en hospitales bajo convenio y que la póliza se encuentre pagada. También se puede otorgar dicho pago para cubrir honorarios médicos, laboratorios y gabinetes; siempre que los proveedores de estos servicios estén bajo convenio con la compañía de seguros.

Los únicos gastos que quedan a cargo del asegurado, en caso de proceder el pago directo, son aquellos no cubiertos por la póliza, tales como gastos personales, gastos del recién nacido, estacionamiento, etc.

Sistema de Reembolso: el asegurado paga el total de los gastos y después solicita a la aseguradora su reembolso; para ello debe presentar los documentos que comprueben los gastos realizados. La compañía aseguradora únicamente descuenta las cantidades correspondientes al deducible y al coaseguro, además de los gastos que la póliza no ampara.

El reembolso se tramita a través del agente de seguros, o bien, en las oficinas de servicio de la aseguradora. Este sistema de pago se efectúa regularmente cuando los hospitales y médicos no pertenecen a la red.

Generalidades: una misma reclamación puede tener ambos sistemas de pago, iniciando con pago directo con médicos y hospitales en convenio y para gastos complementarios cuyo monto es menor al gasto inicial (consultas post-hospitalarias o rehabilitaciones), se tramitan vía reembolso. En caso de que el asegurado requiera una segunda intervención mayor, podrá nuevamente hacerlo vía pago directo.

Es importante mencionar que algunas compañías de seguros para motivar a sus asegurados a asistir con médicos y a los hospitales en convenio, ofrecen una reducción o eliminación del deducible y coseguro. La finalidad de que los asegurados utilicen los hospitales y médicos en convenio es que la compañía aseguradora pueda controlar los costos de los gastos erogados por sus asegurados y al mismo tiempo ofrecer un beneficio para el asegurado ya que no tiene que realizar ningún desembolso económico, (o es mínimo), para cubrir su enfermedad o accidente.

1.4 Canales de Distribución.

La manera más común de comercializar y vender los productos de Gastos Médicos, es mediante agentes y/o promotores, denominados “Fuerza de Ventas”. Los agentes pueden trabajar de forma independiente ó bien con un promotor quien agrupa varios agentes para la venta de los seguros.

Las compañías de seguros destinan una cantidad importante de recursos para motivar a su fuerza de ventas, ofreciéndoles comisiones importantes (% de las primas), premios a los vendedores con mayor volumen de primas pagadas o pólizas pagadas y realizando convenciones en algún centro recreativo.

Por lo general, un mismo agente y/o promotor, venden productos de todos los ramos de seguros (Vida, Gastos Médicos, Autos, Accidentes Personales, inmuebles, etc.)

Algunos contratantes de seguros solicitan que la compañía les venda sus pólizas sin el intermedio del agente y/o promotor con la finalidad de ahorrarse la comisión (gastos de adquisición), denominándose éstos con el término de “Negocios Directos”. También existen compañías de seguros que forman parte de un grupo financiero o corporativo (donde por lo general existe un banco) y aprovechan el mercado cautivo del grupo corporativo o comercializan los productos ofreciéndolos a los familiares de sus empleados, pues no cuentan con fuerza de ventas.

En el siguiente capítulo se presenta el proceso para desarrollar un producto ó seguro y los pasos a seguir para su correspondiente registro ante la autoridad que vigila la operación de Seguros.

CAPITULO 2. NOTA TÉCNICA PARA UN SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.

2.1 Proceso para desarrollar un producto.

Para una compañía de seguros, el desarrollo de productos es importante ya que con ello se pueden abarcar nuevos mercados, estar a la vanguardia, incrementar las ventas, producir rentabilidad, tener un buen posicionamiento en el mercado y cumplir con los requerimientos de los clientes.

El proceso para desarrollar un producto se compone de:

- a) Diseño del producto.
- b) Análisis del negocio.
- c) Desarrollo técnico.
- d) Implementación.
- e) Monitoreo.

Diseño del Producto:

El diseño del producto empieza creando un comité de desarrollo de productos en el que participa personal de ventas, personal de mercadotecnia y actuarios. El objetivo del comité es definir un producto que sea compatible con los objetivos y estrategia de la compañía, que incrementen la imagen de la compañía, que cubra una necesidad latente del mercado, que ayude a mantener la posición de la compañía en el mercado y que genere nuevas ventas. Además es importante que se analice los recursos con los que se cuenta para desarrollar el producto.

Análisis del negocio:

Un análisis del negocio consiste en realizar el estudio de mercado, definir el objetivo del producto, realizar el estudio de factibilidad y llevar a cabo el plan de mercadotecnia. El primer paso es realizar el estudio de mercado porque permite definir a qué mercado será dirigido el producto, cuáles son las necesidades de los consumidores, cuál es la principal competencia y el porqué. El segundo paso es la descripción del producto, de los parámetros de riesgo y de la suscripción del mismo. El tercer paso es realizar el estudio de factibilidad (FODA) respecto al

producto que es definir las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la compañía que desarrolla el producto.

Con los resultados anteriores se realiza el plan de mercadotecnia, el cual normalmente debe contener:

- La razón de crear el producto, beneficios que provee.
- Compatibilidad con la visión, misión y valores de la compañía.
- Viabilidad del producto dadas las capacidades del personal y de la compañía.
- Cómo se adecua con los productos existentes.
- Importancia de este producto para el segmento del negocio.
- Como se adecua con la estrategia existente.
- Ventajas competitivas, diferencias con la competencia.
- Nombre del producto.
- Precio : como comparación.
- Capacitación y apoyo requerido.
- Lugares de distribución.
- Publicidad requerida.
- Crecimiento esperado.
- Proyecciones de ventas.
- Ciclo de vida del producto.

Desarrollo Técnico:

El desarrollo técnico consiste en la elaboración de la Nota Técnica (la cuál se explicará a detalle en los siguientes apartados de este capítulo), la elaboración de las proyecciones que permitan verificar que el producto sea rentable y otros aspectos técnicos tales como, definir la suscripción, servicio al cliente, emisión, administración de siniestros, formas de pago, guías de emisión, beneficios, tarifas, comisiones, compatibilidad con los sistemas informáticos de la compañía y con operaciones actuales como contabilidad y cobranzas, definir ganancias esperadas, estrategia de inversión y contabilidad. Se lleva a cabo el proceso de autorización del producto en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Implementación:

En esta fase se desarrolla la lista de asignaciones y actividades que tienen que realizar cada una de las áreas involucradas en la implementación del producto (sistemas, emisión, siniestros, actuarial, contabilidad y cobranzas) definiendo tiempos de desarrollo y fecha de terminación de cada una; se realizan las pruebas necesarias en el sistema de emisión y en los sistemas cotizadores y

se revisa toda la documentación necesaria como los manuales de capacitación, material de ventas, la campaña de promoción el kit de ventas, etc.

Monitoreo de ventas y Revisión:

El monitoreo de ventas y revisión es indispensable para verificar el logro de las metas y objetivos que fueron definidos en el diseño del producto, determinar las razones tanto de cumplimiento como de falla del producto y revisar las experiencias de cada una de las áreas durante todo el proceso para ver en qué casos se determinaron fallas y cómo se puede mejorar.

2.2 Definición y registro de una Nota Técnica.

Una nota técnica es el documento donde se establecen las bases técnicas consideradas para el diseño de Planes de Seguros. Reciben el nombre de bases técnicas todos los cálculos actuariales, que para cada modalidad de seguro, dan origen a la determinación de las primas, reservas, dividendos y todos los procedimientos técnicos que aplicará una entidad aseguradora.

El registro de una nota técnica esta reglamentado por los artículos 36, 36-A y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. De conformidad con estos artículos las compañías de seguros deben presentar los documentos correspondientes a notas técnicas y bases contractuales de planes de seguros, conforme a las disposiciones señaladas en la Circular S-8.1 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El objetivo del registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es para que dicho organismo, realice adecuadamente las labores de inspección y vigilancia relativas al cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, de los principios de sanos usos y costumbres en materia de seguro, así como la claridad, congruencia y precisión en los documentos contractuales.

En la fracción tercera de dicha circular se establece:

“ Toda nota técnica que se someta a registro, deberá contener nombre, firma y número de la cédula profesional de un actuario, quién deberá revisarla previamente y certificar que

la referida nota técnica esté elaborada conforme a las normas legales vigentes y que los procedimientos para la determinación de la prima, reserva y demás elementos técnicos que la integran sean correctos, haciéndose responsable en todo caso de las irregularidades que se observen durante la gestión del registro correspondiente”.

En cumplimiento con la fracción tercera de la circular:

“Cualquier modificación posterior a la nota técnica, también deberá registrarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas indicando la fecha, el número de oficio o de registro del plan que se modifica y en qué consiste la modificación, aclarando en todo caso, si se seguirá comercializando el plan correspondiente, conforme a su modalidad anterior o sólo se comercializará conforme a las modificaciones realizadas”.

2.3 Contenido de una Nota Técnica.

Según lo establecido en la fracción segunda de la Circular S-8.1 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, una nota técnica debe contener:

- a) Las características generales del plan.
- b) Hipótesis demográficas y financieras.
- c) Procedimientos técnicos.

Características generales del Plan:

Están conformadas por el nombre comercial del plan, la descripción de las coberturas básicas, de las coberturas adicionales si las hubiera, la temporalidad del plan, la operación y ramo en el que se registrará, el mercado al que va dirigido y cuáles serán los canales de distribución.

Hipótesis Demográficas y Financieras:

Las hipótesis demográficas son todas las tablas de mortalidad y morbilidad que se utilizan. Las hipótesis financieras indican los índices de inflación, el tipo de cambio y la tasa de interés técnico

que se utilice para la determinación de la prima y de la reserva. Asimismo, se definen y anexan cualquier otro tipo de datos demográficos que se hayan utilizado en la elaboración del plan, tales como tablas de morbilidad, ajustes de las tablas de mortalidad y morbilidad dependiendo de la experiencia de cada compañía, tablas de incapacidad, índices de rotación, índices de utilización, nuevas tecnologías, estadística de enfermedades, accidentes, etc.

Procedimientos Técnicos:

Se indican todos los procedimientos para la determinación de las primas de riesgo, de tarifa y extraprimas, demostrando con cálculos actuariales, técnicos y financieros que éstas son suficientes para garantizar el interés de los asegurados, así como la solvencia de la compañía de seguros. También se indican los procedimientos para el cálculo y constitución de las reservas técnicas, el valor de los gastos de administración y gastos de adquisición, así como cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación del plan de que se trate.

Una vez conocido que es un seguro de gastos médicos mayores y como se elabora, en el capítulo siguiente se comienza con la actualización a la nota técnica de “La Propia Compañía de Seguros”

CAPITULO 3. ANTECEDENTES DE LOS PRODUCTOS EN LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

3.1 Programa de control de costos.

En 1995, “La Propia Compañía de Seguros” inicia sus operaciones en México como una empresa enfocada únicamente a los seguros de vida individual, grupo y colectivo. Inicialmente no estaba contemplado lanzar un producto de gastos médicos mayores debido a la mala rentabilidad que obtuvieron la mayoría de las compañías de seguros en éste ramo de seguros.

Sin embargo, a mediados de ese año la empresa no logró penetrar en el mercado de seguro de personas por no contar con un producto de gastos médicos mayores. Esto debido a que la situación económica en que vive el país ha repercutido en forma directa en el costo de los servicios en general y particularmente en el de los tratamientos médicos. Por lo tanto, ha ocasionado una mayor demanda por parte del mercado asegurador por productos que cubran de manera integral la disminución económica que sufre cualquier asegurado al presentarse un accidente o bien una enfermedad.

Fue entonces cuando “La Propia Compañía de Seguros” decidió lanzar al mercado un producto de gastos médicos mayores para complementar la venta del seguro de vida grupo y con ello lograr una mayor penetración en el mercado de seguros en México. El producto de seguro de gastos médicos mayores que se diseñó reunía las características generales de los planes de este tipo de seguro que se manejaban en el mercado, atendiéndose a las necesidades del mismo y a la práctica comercial.

Como la mayor preocupación de la empresa era no tener malos resultados por la inclusión del seguro de gastos médicos mayores, el producto fue diseñado con un programa de control de costos estricto, de ahí el nombre de Seguro de Gastos Médicos Mayores “Programa de Control de Costos”.

El programa de control de costos consiste en optimizar el servicio y reducir costos por medio de un uso eficiente y económico de los recursos. Para ello, la compañía de seguros establece acuerdos con proveedores selectos (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, etc.) que brinden una adecuada protección médica a los asegurados y que se adapten a los servicios y costos del plan de cobertura establecido. Así mismo, la compañía de seguros contrata doctores para que coordinen y dirijan los servicios médicos a los asegurados además de que vigilen que los proveedores cumplan con los servicios médicos y costos establecidos.

A diferencia de los productos de gastos médicos mayores de la competencia, en éste seguro para que los asegurados reciban el máximo de los beneficios del plan, tienen que cumplir con los requisitos exigibles por el “Programa de Control de Costos”, cuyas condiciones alcances y limitaciones son parte integrante del contrato.

En el Programa de Control de Costos el asegurado debe satisfacer ciertos requisitos para obtener el máximo de los beneficios pagaderos bajo la póliza en caso de reclamación; en caso contrario la reclamación se paga al 50% después de aplicarse el deducible y el coaseguro.

Para entender los requisitos de este programa y que se mencionarán más adelante, primero se presentan las siguientes definiciones:

Certificar : es que la Compañía, después de recibir por medio del centro de atención una notificación por adelantado de un procedimiento programado de transplante o de un ingreso a un hospital o a un centro de transplante, ha reconocido la necesidad médica de tal procedimiento o ingreso, ha proporcionada información a la persona asegurada y/o acceso a un hospital o centro de transplante. Esto también significa que la Compañía ha recibido notificación dentro del plazo fijado para cada tipo de hospitalización de la reclamación y que se ha puesto en contacto con el asegurado con el objeto de identificar el hospital que mejor pudiera satisfacer las necesidades del paciente.

Hospitalización de emergencia: una hospitalización que es necesaria como consecuencia de un accidente grave o del surgimiento de una condición que pone en peligro la vida y la cual requiere atención médica o tratamiento quirúrgico inmediato para evitar la pérdida de la vida o un daño permanente a los órganos o sistemas del organismo. Ejemplos de tales lesiones o condiciones incluyen, pero sin estar limitados a: ataques cardíacos, apoplejía, envenenamiento, paro respiratorio, sangramiento grave, pérdida del conocimiento, convulsiones o traumas de gravedad.

Hospitalización planificada: una hospitalización que ha sido programada con anticipación por el médico de cabecera de la persona asegurada para una fecha fijada en el futuro.

Proveedores participantes: son los hospitales, médicos u otros proveedores que son miembros de la red de la Compañía de Seguros o los referidos por el centro de atención telefónica de la compañía.

Proveedores no participantes: son los hospitales, médicos u otros proveedores que no son miembros de la red de la Compañía de Seguros o que no fueron referidos por el centro de atención telefónica de la Compañía.

Requisitos del Programa de Control de Costos:

1. Es responsabilidad del asegurado obtener la certificación requerida, en relación con cada uno y todos los servicios que requieran certificación, el asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, deberá notificar dicho servicio a la Compañía, con anticipación, por medio de una llamada telefónica al centro de atención de la Compañía.
2. La persona asegurada deberá obtener una certificación previa, en relación con los servicios suministrados en la República Mexicana y en el Extranjero:
 - Hospitalizaciones planificadas: el asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligada a ponerse en contacto con el centro de atención, por lo menos con 5 días de anticipación a la fecha de ingreso en un hospital en relación con una hospitalización planificada, con el objeto de obtener certificación en relación con el ingreso, incluyendo el número de días de estancia en el hospital e información concerniente a médicos, hospitales, y proveedores miembros de la red de la Compañía.
 - Hospitalizaciones de emergencia: el asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el centro de atención, tan pronto como sea posible, pero a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de ingreso en un hospital en relación con una hospitalización de emergencia. Salvo caso fortuito o de fuerza mayor.
 - Transplantes : la persona asegurada, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligada a ponerse en contacto con el centro de atención telefónica inmediatamente después de haber sido identificada por su médico de cabecera como un candidato para un transplante cubierto bajo la póliza. Un administrador personal de casos médicos de la aseguradora será asignado para trabajar con la persona asegurada, y/o con el médico de cabecera con el objeto de identificar cual es el hospital o centro de transplante más adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.

Las diferencias más importantes del primer producto de “La Propia Compañía de Seguros” contra los productos de la competencia eran:

1. En caso de agotamiento de suma asegurada por el mismo padecimiento ésta no se reinstalaba; es decir, la suma asegurada quedaba fija a partir del primer gasto.

2. Se fijaba un límite al monto de coaseguro, de manera que existía un desembolso máximo para el asegurado.
3. El deducible era anual, es decir que el asegurado hacía el desembolso en forma anual (del 1º enero al 31 de diciembre), independientemente del número de reclamaciones que presentaba durante el año.
4. La moneda en la que estaba expresada la suma asegurada y el deducible era en dólares, además de que eran pocas las opciones para elegir.
5. El deducible mínimo era de \$200 usd.
6. Tenía sólo una opción de suma asegurada y deducible para la cobertura internacional.

Este producto comenzó a comercializarse en 1996 y con esto “La Propia Compañía de Seguros” logró penetrar en el mercado de seguro de personas ofreciendo soluciones integrales a las empresas con seguros de vida grupo y gastos médicos mayores grupo. Sin embargo a un año de ser lanzado el producto y como consecuencia de tantas diferencias contra la competencia además de tantas limitaciones en coberturas, sumas aseguradas, deducibles y coaseguros y restricciones en cuanto a la utilización del seguro, no se lograron las ventas esperadas y es en 1997 cuando se comienza a trabajar en la modificación a dicho producto para hacerlo más flexible, competitivo y rentable.

3.2 Plan T y Plan C.

En 1998 se registra ante la Comisión de Seguros y Fianzas la modificación a la nota técnica del producto “Seguro de Gastos Médicos Mayores Programa de Control de Costos” la cual modifica al producto anterior convirtiéndolo ahora en dos opciones más Seguro de Gastos Médicos Mayores “Plan T” y “Plan C”

El objetivo de estos productos es cubrir un mercado más amplio, para así tener una mayor penetración en el país ofreciendo un producto más flexible y competitivo. Estos, a diferencia del anterior, reúnen las características generales de los planes de este tipo de seguro que se manejan actualmente en el mercado mexicano.

El manejo del primer producto vendido, proponía la utilización de un Programa de Control de Costos muy estricto. En esta modificación se propuso completar el producto existente y dividirlo en

dos planes de tal forma que los asegurados cuenten con la opción de manejar el producto bajo el mismo programa de control de costos estricto y con el cuál inició el primer producto “Plan C” o bien bajo un esquema normal de mercado, con un programa de control de costos más flexible “Plan T”.

Este producto ofrece cobertura en Territorio Nacional; de manera que los asegurados puedan beneficiarse de la atención de vanguardia en México. La suma asegurada, deducible, tope de coaseguro y coberturas específicas como maternidad se encuentran expresadas en Pesos, Dólares o Salarios Mínimos Generales, como los demás productos del mercado.

Además, a diferencia del producto anterior, con éstos nuevos planes, se pueden operar diferentes opciones de suma asegurada, deducibles, tope de coaseguro y coaseguros. Los asegurados pueden elegir conforme a sus propias necesidades, entre contar con un tope de coaseguro y así tener un desembolso máximo, o no tenerlo.

Por otro lado, en el mercado mexicano, la práctica común es ofrecer deducibles y coaseguros por evento, por lo que para adecuar el producto al mercado, se incluyó dentro de estos Planes la opción de contratar un deducible y coaseguro que operen por evento. Por lo tanto el asegurado tiene la opción de contratar:

- a) Deducible Anual. Este desembolso se hace en forma anual (durante la vigencia), independientemente del número de reclamaciones que se presenten durante el año.
- b) Deducible por Evento. Este desembolso se hará por cada reclamación que se presente en la vigencia contratada.

En caso de existir gastos y tratamientos en Territorio Nacional y Extranjero se paga el Deducible y Coaseguro correspondiente a cada territorio.

El Coaseguro, de manera paralela se puede manejar de manera anual o por evento.

Adicionalmente se puede contratar la cobertura de Emergencia en el Extranjero ó la cobertura Internacional que consiste en la atención en territorio nacional y extranjero.

Como para la cobertura nacional, se sabe que los costos médico hospitalarios no son uniformes en la República Mexicana, se determinaron zonas geográficas donde la tarifa para cada una es calculada con un factor de incremento ó decremento sobre la tarifa base.

Ambos productos cubren y excluyen los mismos gastos médicos, la diferencia ésta en la penalización o beneficio por utilizar o no el programa de control de costos.

En el **Plan T**, si el asegurado cumple con todos los requisitos del programa de control de costos; es decir se atiende con médicos y hospitales en convenio y la reclamación es superior al deducible contratado, entonces contará con el siguiente beneficio:

- Se reduce hasta 2,000 pesos el deducible y 10 puntos porcentuales del coaseguro.

En éste plan el asegurado cuenta con una suma asegurada la cual podrá reinstalarse para cualquier padecimiento, accidente o enfermedad nuevo, independientemente de la forma de pago de los siniestros. Esto es una característica general de todos los productos de este tipo del mercado.

Por otro lado el **Plan C**, si el asegurado no cumple con todos los requisitos del programa de control de costos; es decir si **NO** se atiende con médicos y en hospitales en convenio, tendrá el mismo castigo del producto anterior:

1. La reclamación se paga al 50% después de aplicarse el deducible y el coaseguro.

Como en el primer producto, en éste programa de control de costos cerrado, no hay reinstalación de suma asegurada para nuevos padecimientos, enfermedades o accidentes; es decir, la suma asegurada queda fija a partir del primer gasto y se va agotando.

Estos nuevos planes fueron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en 1998, sin embargo, fue hasta julio de 1999, cuando se comenzaron a comercializar cumpliendo con el objetivo de la compañía: satisfacer las necesidades del cliente, incrementar las ventas, rentabilidad y estar dentro de los 10 primeros lugares en el *ranking* del mercado de gastos médicos mayores.

3.3 Última actualización de tarifas de los Planes T y C.

En la nota técnica de éstos planes se establece que las tarifas deben ser actualizadas (ajustadas) periódicamente de acuerdo a los contratos de reaseguro, inflación del sector médico, y al tipo de cambio del dólar, con el objetivo de que sigan siendo suficientes y que la compañía puede garantizar el margen de utilidad esperado.

Además, a un trimestre de terminar el año 2000, la compañía reportaba una alta siniestralidad en el ramo de gastos médicos mayores; las pólizas emitidas con las tarifas de línea (Planes T y C)

arrojaron un alza en los costos de los siniestros, motivo por el cual se dio la necesidad de actualizar éstas; es decir incrementar las tarifas.

Para realizar el ajuste en tarifas se tomaron en cuenta varios factores tales como el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), el comportamiento de la siniestralidad de la cartera, la posición en el mercado y las necesidades del cliente.

De acuerdo con estadística sobre índices inflacionarios emitida trimestralmente por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, la inflación del sector salud aumentó considerablemente mes a mes durante 1999 para terminar al cierre de diciembre en un 20.56%, mientras que el INPC General en un 16.67%. Al cierre de junio del 2000 la inflación del sector salud estaba 12.59% arriba del INPC General. Cabe aclarar que las cifras del sector salud consideran todos los rubros como medicamentos, servicios médicos, consulta médica, intervención quirúrgica, hospitalización, medicamentos y análisis clínicos. Para el 2001 se esperaba una inflación del sector salud entre el 15 y 18%⁶.

Otro factor muy importante fue el comportamiento de la siniestralidad de la cartera de “La Propia Compañía de Seguros” durante 1999 y 2000, el costo promedio del siniestro a principios de junio 1999 fue de 14,581.35 mientras que a junio 2000 éste parámetro estaba en 16,430.71; es decir aumentó un 13%.

En el mercado asegurador la siniestralidad de Gastos Médicos Mayores Grupo fue del 99%⁷ contra primas; es decir no fue rentable y si bien es cierto que la compañía de seguros terminó con un resultado 5% debajo de la media del mercado, el objetivo era lograr un nivel de utilidad y productividad del ramo, por lo tanto se realizó un ajuste en la tarifa anterior del 30% a partir del 1 de octubre del 2000.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, se realizó un estudio de mercado con el cuál se comparó la nueva tarifa contra las que aplica la competencia en productos afines y estaba en la media del mercado; es decir se mantuvo la estrategia de no ser la más cara pero tampoco la más barata.

Para la “Propia Compañía de Seguros” el estudio de mercado ha sido un elemento fundamental para determinar la necesidad de actualización de sus productos por lo cuál para la actualización que se realiza en este trabajo también se elabora dicho estudio y es el que se presenta en el siguiente capítulo.

⁶Estimación de los Niveles de Precios en los Servicios de Salud 2001, AMIS.

⁷Comparativo del Estado de Resultados Accidentes y Enfermedades Junio 2000, AMIS.

CAPITULO 4. ESTUDIO DE MERCADO.

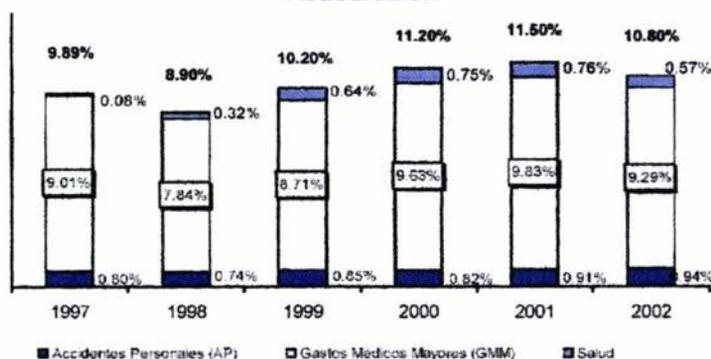
4.1 Sector Asegurador de Gastos Médicos Mayores.

El Sector Asegurador en México esta compuesto a diciembre 2002 por 62 compañías de seguros⁸ y la participación en el PIB ha ido incrementando considerablemente, razón por la cual las compañías de Seguros constantemente están innovando para lograr abarcar un porcentaje mayor de la población.

De acuerdo al artículo 7o de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las operaciones en los que se dividen los seguros en México son: DAÑOS, VIDA Y ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Los Seguros clasificados en la operación de Accidentes y Enfermedades son Accidentes Personales (Individual, Grupo, Colectivo ó Escolar), Gastos Médicos Mayores (Individual, Grupo o Colectivo) y Salud. Para los años 2000, 2001 y 2002 años el porcentaje de participación de Accidentes y Enfermedades dentro del Sector Asegurador es del 11% tal como se muestra en la gráfica siguiente:

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES
PARTICIPACION DE PRIMAS DENTRO DEL TOTAL DEL SECTOR ASEGURADOR



Fuente: EstadisticAMIS

Nota: Se considera el total general de Accidentes y Enfermedades

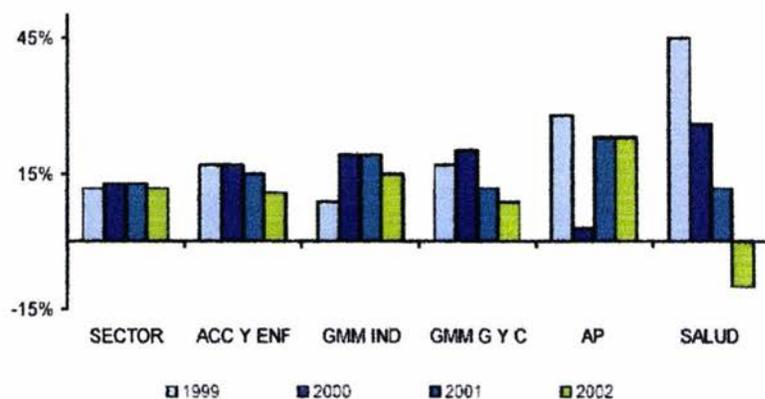
Periodicidad de actualización: Anual

⁸ Revista Trimestral : EstadisticAMIS, 4to. Trimestre 2002.

El seguro de gastos médicos mayores grupo constituye el mayor porcentaje de participación en Accidentes y Enfermedades pero también constituye el ramo con mayores pérdidas para las compañías de seguros. Según Estadística AMIS a diciembre 2002 existen 38 compañías en el mercado que ofrecen seguros de Gastos Médicos Mayores.

En la siguiente gráfica podemos observar el crecimiento en primas del sector versus el sector específico de cada uno de los subramos que componen Accidentes y Enfermedades.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CRECIMIENTO REAL EN PRIMAS



Fuente: Estadística AMIS

Periodicidad de actualización: Anual

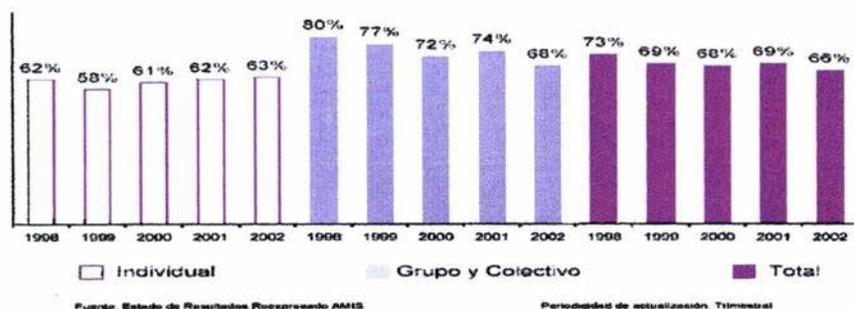
Notas: * Accidentes y Enfermedades incluye GMM, Salud y AP. * En 1999 Salud creció un 106.26%. * A diciembre del 2002 el total de Salud se redujo debido a la transferencia de la cartera de GNP Salud a Médico Integral GNP

El decremento en primas que presenta, en específico, el ramo de gastos médicos mayores grupo y colectivo se debe en gran medida a que la mayoría de las compañías han tenido disminución en sus ventas básicamente por dos razones:

1. La situación económica del país en los últimos tres años en la que varias empresas han quebrado ó que han tenido que disminuir sus gastos como por ejemplo quitar el beneficio del seguro de gastos médicos mayores para sus empleados.
2. El alza en los costos del seguro derivado del incremento en los costos de los servicios médicos. La mayoría de las compañías de seguros se han visto obligadas a incrementar sus tarifas porque han reportado pérdidas desde 1998 y no se han logrado los márgenes de utilidad requeridos puesto que en varios años las primas sólo han alcanzado para pagar siniestros y gastos de adquisición.

La siguiente gráfica muestra el porcentaje de siniestralidad contra primas del mercado de gastos médicos mayores desde 1998 y hasta diciembre 2002.

SINIESTROS / PRIMAS DEVENGADAS GASTOS MEDICOS MAYORES



Es importante señalar que en todos los años el subramo que presenta mayor porcentaje de siniestralidad es gastos médicos mayores grupo y colectivo que para 2002 reportó un 68% de siniestralidad contra primas y que si bien disminuyó a comparación del 2001 aún no se han logrado obtener márgenes de utilidad debido principalmente a lo siguiente:

1. No hay una selección de los asegurados como en gastos médicos individual; es decir no es requisito que las personas llenen cuestionario de salud para que la compañía pueda verificar antecedentes médicos que permitan valorar si la persona es sana ó tiene mayores posibilidades de contraer una enfermedad.
2. Desde hace algunos años la mayoría de las compañías de seguros en la parte de gastos médicos mayores grupo y colectivo y por incrementar las ventas han tenido que agregar coberturas que normalmente estaban excluidas por representar altos costos médicos ó ser de frecuente utilización por los asegurados.
3. Al 2002 hay un mayor número de intermediarios de seguros (agentes y corredores de seguros) quienes compiten por ganar negocios y esto los lleva a solicitar a las compañías de seguros descuentos muy altos e injustificados además de coberturas adicionales e incrementos en sumas aseguradas sin costo adicional. Todo esto provoca incremento en la siniestralidad y que las primas no sean suficientes para dejar los márgenes de utilidad requeridos por las compañías.

4.2 Comparativo de Tarifas.

El objetivo del comparativo de tarifas es que la compañía de seguros pueda identificar en que lugar se encuentra la tarifa en cuanto a costos, y responder a la pregunta ¿es la tarifa más cara o más barata que la de “X” compañía? ; es decir conocer es competitiva.

Para realizar este comparativo, primero se consiguen los tarifarios de las principales compañías de seguros que venden gastos médicos mayores y que por comentarios de la Fuerza de Ventas son la principal competencia. Para obtener dicha información, existe un Comité de Accidentes y Enfermedades coordinado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, en él asisten los responsables de elaborar productos de las principales compañías de seguros y uno de los objetivos es compartir éste tipo de información.

Una vez obtenidos éstos, se realiza un análisis de productos por compañía, es decir, hay que entender las características y diferencias en los productos (si es necesario se llama al responsable de productos de la compañía) para poder identificar el de mayor semejanza al de la Compañía y hacer más confiable el comparativo.

Normalmente cada compañía tiene un producto con una tarifa base “pivote” que opera con cierta suma asegurada, cierto deducible y cierto coaseguro y en caso de que el asegurado opte por opciones diferentes, se aplican factores de incremento o decremento en dicha tarifa.

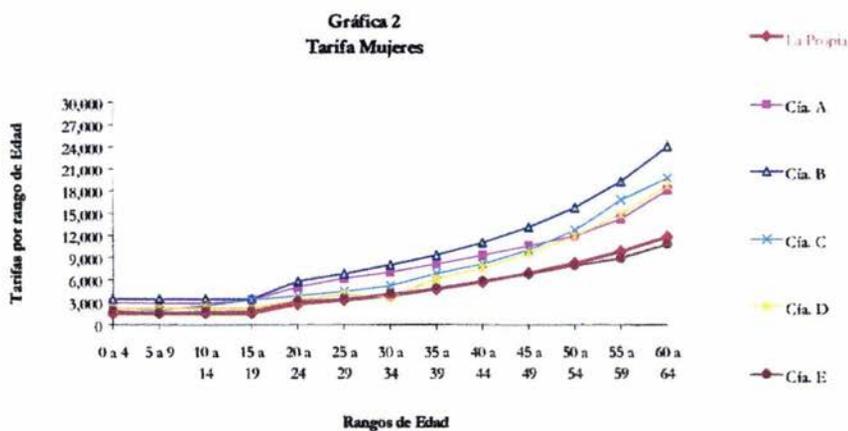
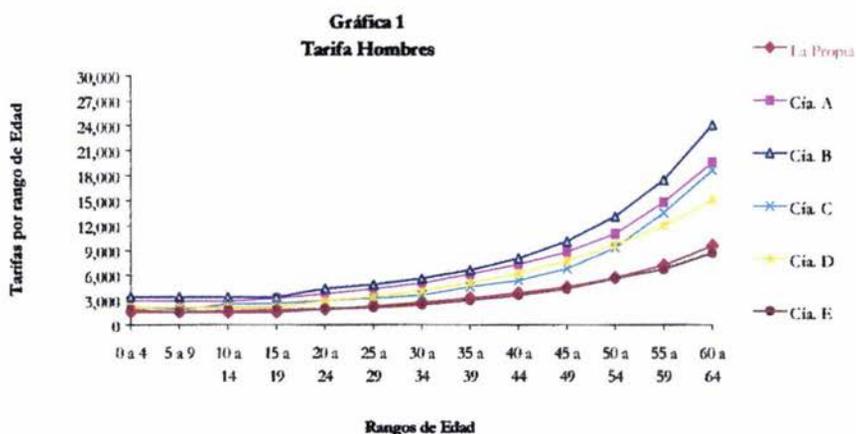
Las tarifa pivote no es igual en todas las compañías, por lo tanto hay que calcular para cada compañía la tarifa con la misma suma asegurada, deducible, coaseguro y condiciones.

Finalmente se calcula por rango de edad y por sexo en que porcentaje es la tarifa más cara o más barata en comparación con las de las compañías de seguros que fueron elegidas como la principal competencia y se hacen dos comparativos uno con las tarifas de “La Propia Compañía de Seguros” antes del incremento y el otro con las tarifas incrementadas.

Debido a que las tarifas de grupo son diferentes a las de colectivo se comparan ambas y la información integrada para este trabajo es al primer trimestre del 2003 y es de las 5 principales compañías de seguros que venden gastos médicos mayores y que también son la principal competencia para el producto de “La Propia Compañía de Seguros”.

El comparativo de las tarifas vigentes a partir de octubre 2000 en “La Propia Compañía de Seguros” se encuentra en el Anexo I y el de las nuevas tarifas a partir del 1 de Agosto 2003 se encuentra en el Anexo II.

Las gráficas siguientes nos muestran los resultados obtenidos del comparativo de las nuevas tarifas de “La Propia Compañía de Seguros” a partir del 1 de agosto 2003 donde se observa que la tarifa pivote para cada sexo es más barata que la mayoría de las otras compañías comparadas.



4.3 Comparativo de Condiciones Generales.

Al igual que con las tarifas, se analizan las condiciones generales de los productos de las 5 compañías de las cuales se compararon tarifas y al primer trimestre 2003 se realizó un comparativo de los principales gastos cubiertos por compañía. Con este comparativo podemos identificar cuáles son las ventajas y desventajas del producto contra los de la competencia y con ello ver cuáles son las coberturas que se deben agregar para mejorar ó estar en igualdad de condiciones y ser competitivos.

Al analizar el comparativo, el cual se muestra en el Anexo IV de este documento, se encontró que el producto está al nivel de los productos de los principales competidores y que si bien le faltan coberturas, también tiene otras que no ofrecen esos productos.

Las principales ventajas y desventajas del producto de “La Propia Compañía de Seguros” contra la competencia son:

Ventajas

1. En caso de atención con médicos y hospitales en convenio se elimina hasta \$2,000 pesos y 10% del coaseguro. Las compañías comparadas eliminan máximo \$1,000 pesos ó 1 smgm y 10% de coaseguros ó no aplican eliminación.
2. El parto normal esta cubierto sin costo adicional sin deducible y coaseguro además de no aplicar período de espera. Las demás compañías lo excluyen ó lo cobran con costo adicional y aplican período de espera.
3. Tiene el menor costo por la cobertura de emergencia en el extranjero.
4. La edad de cancelación es hasta los 80 años mientras que para las otras compañías es hasta 70 años.
5. En accidentes no aplica deducible y coaseguro mientras que algunas de las compañías si lo hacen.
6. Cubre partos prematuros y la mayoría de las otras compañías lo excluyen.
7. En la cobertura de trasplante de órganos cubre tanto al receptor como al donador. Las demás compañías sólo cubren al receptor si éste es el asegurado.

Desventajas

1. No están cubiertos por condición general los padecimientos congénitos de los hijos nacidos fuera de la vigencia para cubrirlos sólo es mediante endoso con costo adicional.
2. La cobertura de queratotomías está excluida.
3. La cobertura de daño psiquiátrico está excluida.
4. No hay cobertura vitalicia.
5. El SIDA esta cubierto con período de espera de 5 años mientras que las otras compañías no aplican período de espera o es menor.

Por lo anterior, las coberturas que se agregarán al producto mediante endoso y a partir del 1 de agosto 2003 serán las siguientes y el texto de cada una se encuentra en el capítulo 6 “Endosos Adicionales” del presente trabajo:

- Daño psiquiátrico.
- Cobertura Vitalicia.
- Queratotomías o padecimientos de córnea.

Después de determinar las coberturas adicionales y el posicionamiento que tienen las tarifas de “La Propia Compañía de Seguros”, en el siguiente capítulo se comienza con los análisis referidos al comportamiento de la inflación del sector salud y de la cartera de gastos médicos mayores grupo y colectivo de “La Propia Compañía de Seguros” con la finalidad de determinar el porcentaje de incremento en los costos.

CAPITULO 5. ACTUALIZACION DE TARIFAS.

5.1 Inflación acumulada y proyectada.

Uno de los principales factores que influyen directamente en el costo del seguro es el índice inflacionario de salud (INPC de SALUD) el cual considera los correspondientes a dos grandes rubros:

- a) Medicamentos y Aparatos médicos, y
- b) Servicios Médicos.

El índice de **Medicamentos** incluye material de curación y los siguientes nueve grupos de medicamentos:

1. Analgésicos.
2. Antigripales.
3. Expectorantes y Digestivos.
4. Gastrointestinales.
5. Antibióticos.
6. Cardiovasculares.
7. Anticonceptivos y Hormonales.
8. Otros.

El índice de **Aparatos Médicos** se refiere a lentes y otros aparatos médicos, sin embargo, el Banco de México no publica este índice desglosado.

El índice de **Servicios Médicos** considera los correspondientes a:

- a) Consulta médica.
- b) Consulta médica en el embarazo.
- c) Honorarios médicos por operación quirúrgica y partos.
- d) Gastos por hospitalización general y en partos.
- e) Cuidado dental.

- f) Análisis clínicos.
- g) Análisis clínicos durante el parto.
- h) Atención médica durante el parto.

Los costos de la inflación médica, presentan un incremento de manera constante (crecimiento muchas veces sin control de costos) y casi siempre por arriba de los indicadores inflacionarios de precios al consumidor.

En el siguiente cuadro 1 se muestran las cifras históricas desde el año 1997 y hasta el 2002 de la inflación general y la de cada uno de los rubros relacionados a salud.

CUADRO 1
INFLACIÓN ANUALIZADA
(PORCENTAJES)

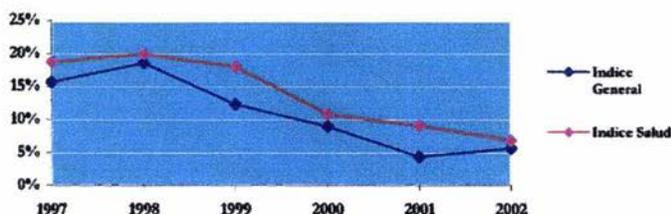
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
GENERAL	15.72	18.61	12.32	8.96	4.4	5.7
SALUD	18.81	19.99	18.02	10.86	9.10	6.85
MEDICAMENTOS	25.88	26.27	22.06	10.43	4.45	6.34
SERVICIOS MEDICOS	15.78	16.87	16.14	11.02	12.19	6.59
CONSULTAS MEDICAS	12.11	17.73	18.5	8.86	12.07	7.97
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	21.7	19.32	16.14	10.44	13.79	7.25
HOSPITALIZACION	17.7	14.51	12.53	12.22	16.17	4.47
ANÁLISIS CLINICOS	16.6	17.87	16.12	14.66	7.06	5.08

Elaboración propia

Fuente: BANXICO

En la gráfica siguiente podemos ver que la tendencia de la inflación de salud siempre es ser más alta que el índice general. Desde 1997 y hasta el 2002, el índice inflacionario en salud ha estado en promedio un 37% por arriba del índice general

**GRAFICA 3
TENDENCIA DE LA INFLACION**



Elaboración propia

Fuente AMIS

En el 2002 no se lograron alcanzar los objetivos de inflación propuestos debido a que la inflación general superó 1.30 puntos porcentuales la proyección esperada de 4.5 %, cerrando a diciembre del 2002 con una Inflación General de 5.71%.

El índice de salud sigue manteniéndose por encima de la Inflación General, que para diciembre 2002, lo superó en un 20% con respecto al 2001: Salud cerrando con 6.84%, mientras que el Índice General cerró con 5.71%.

Por otro lado, el crecimiento de la inflación de salud acumulada a diciembre 2002 continúa arriba de la Inflación General, el Salario Mínimo General Mensual y el Dólar (ver cuadro 1).

**CUADRO 2
INCREMENTO ACUMULADO INPC, SMGM, DÓLAR**

	Incremento Anual	Crecimiento Acumulado
Salud	6.84%	638.12%
General	5.71%	453.10%
SMGM	5.78%	268.65%

En los rubros que conforman el Índice de Salud se destacó un notable descenso del 72% en hospitalización que disminuyó 11.70 puntos porcentuales, de una inflación de 16.17% a 4.47% con respecto al 2001.

Por el contrario, como ha venido sucediendo en los últimos años en el rubro de medicamentos se tuvo un incremento del 42%, es decir incrementó 1.89 puntos porcentuales de 4.45% a 6.34% con respecto a 2001.

De acuerdo a las estadísticas de la AMIS a diciembre 2002 sobre Inflación Acumulada en los rubros de salud se puede observar que medicamentos se han mantenido arriba de la inflación de salud y la general como se ha observado en los últimos 10 años; al igual que el índice de salud se encuentra arriba de la inflación general.

Para el caso de los demás rubros que integran la Inflación de Salud, se observó un decremento, pero en menor medida que en hospitalización, además de que Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Médicas siguen por arriba de la Inflación de Salud. Para hacerlo más ilustrativo, a continuación se muestra el decremento en porcentaje, el comparativo del índice del 2001 vs 2002 y el índice de salud del 2002.

CUADRO 3
COMPARATIVO DEL INDICE DE SALUD 2001 CONTRA 2002

	2001	2002	Incre. 2002 vs 2001
Intervenciones quirúrgicas	13.79%	7.25%	-47%
Servicios Médicos	12.19%	6.59%	-46%
Consultas Médicas	12.07%	7.97%	-34%
Análisis Clínicos	7.06%	4.93%	-30%
Índice Salud	9.10%	6.84%	-25%

Elaboración propia

Fuente: AMIS

Por las razones antes expuestas es muy importante que las Compañías de Seguros constantemente revisen estos rubros, los índices inflacionarios y sus proyecciones para que las tomen en cuenta al momento de tarificar sus productos de gastos médicos mayores.

Desde hace algunos años la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) realiza y actualiza cada año un estudio llamado “Estimación de los niveles de inflación en el sector salud” en donde podemos encontrar la proyección de estos índices inflacionarios, en el cuadro anexo se muestran los índices de inflación reales de 2002 contra las estimaciones de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros realizadas en su estudio en el año 2001.

CUADRO 4
COMPARATIVO DEL INPC GENERAL Y DE SALUD
REAL 2002 VS ESTIMACIONES AMIS

Escenarios	Inflación General	Salud
Favorable	4.50%	9.10%
Real	5.71%	6.84%
Desfavorable	7.07%	11.83%

Elaboración propia

Fuente: AMIS

Así mismo para el año 2002 la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros presentó las siguientes estimaciones para 2003 en su trabajo “Estimación de los niveles de inflación en el sector salud”:

CUADRO 5
ESTIMACION DEL INPC GENERAL Y
DE SALUD PARA 2003

Escenarios	Inflación General	Salud
Favorable	3.64%	6.25%
Desfavorable	6.06%	8.91%

Elaboración propia

Fuente: AMIS

5.2 Análisis de cartera emitida por tarifa de línea para determinar la suficiencia en primas.

A más de dos años del último incremento en tarifas (octubre 2000) y con inflación del sector salud acumulada, se realizó un análisis de la cartera de Gastos Médicos Grupo y Colectivo suscrita con dicha tarifa, con el objeto de obtener el resultado de la misma y medir si es suficiente.

El análisis de la cartera se realizó al 31 de marzo del 2003 debido a que a esta fecha se cuenta con experiencia de dos años de ésta tarifa y por lo tanto se puede medir el resultado de la misma.

Se separó la cartera en primer y segundo período. El primer período son las pólizas emitidas con dicha tarifa a partir del 1/oct/2000 y hasta el 30/septiembre /2001 (Anexo IV), el segundo período son pólizas que tuvieron renovación a partir del 1/oct/2001, más negocios nuevos con inicio de vigencia 1/oct/2001y hasta el 30/sep/2002 (Anexo V).

El resultado global de cada período se obtuvo sumando las primas, número de asegurados, comisiones y siniestros reportados para cada póliza a la fecha de corte del análisis. Los resultados obtenidos son:

CUADRO 6
RESULTADOS GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO Y COLECTIVO
CIFRAS AL 31 DE MARZO DEL 2003

	2000-2001	2001-2002
Días Devengados	365	319
Prima Emitida	\$23,687,379.00	\$26,483,435.39
Prima Devengada	\$23,687,379.00	\$23,187,278.20
Comisión Agente	\$4,367,003.00	\$4,943,026.29
Costo Neto de Siniestralidad	\$13,699,017.00	\$11,882,715.46

En Gastos Médicos Mayores la obligación para el pago de siniestros normalmente no termina al final de vigencia de la póliza sino a los dos años de ocurrido el siniestro (siniestros ocurridos y no reportados conocidos por sus siglas en inglés como IBNR, *Incurred But Not Reported*), ya que para reportar un siniestro a la compañía de Seguros, el asegurado tiene dos años contados a partir de la fecha de ocurrido, siempre y cuando ésta fecha sea dentro de la vigencia de la póliza. Por otro lado, los siniestros que son ocurridos y reportados durante la vigencia de la póliza (primer gasto) el asegurado puede seguir reclamando a la compañía de seguros los gastos posteriores derivados de dicho siniestros, hasta dos años o el agotamiento de la suma asegurada lo que ocurra primero a esto se llama “pago de complementos”.

Por lo anterior, para medir el resultado de ésta cartera, se realizó lo siguiente:

1. Se estimó el costo neto de siniestralidad al final de vigencia de cada póliza con la siguiente fórmula:

$$CNSFV = \left(\frac{CNSFC}{DDev} \times DVig \right) \times FaMS$$

De donde:

CNSFV = Costo Neto de Siniestralidad al final de la vigencia

CNSFC = Costo Neto de Siniestralidad a la fecha de corte (31/marzo/2003)

DDev = Días Devengados = Fecha de Corte - Inicio de Vigencia

DVig = Días de Vigencia = Término de Vigencia - Inicio de Vigencia

FaMS = Factor por margen de seguridad = 1.20⁹

Cabe aclarar que ésta fórmula no fue utilizada en la cartera de primer período debido a que al 31 de marzo 2003, fecha del análisis, éstas pólizas terminaron vigencia y por lo mismo la siniestralidad reportada es la real.

⁹Este margen de seguridad es determinado sobre la base de la experiencia de la cartera sobre porcentajes de desviación de estimaciones anteriores versus cifras reales.

2. Para cada cartera se obtuvo el costo neto de siniestralidad global supuesto al término de vigencia de cada póliza como la suma del costo neto de siniestralidad por póliza.
3. Para la estimación del costo neto de siniestralidad al término de la obligación de cada cartera (primer y segundo año) se toman en cuenta dos factores que influyen directamente en el costo del siniestro y se aplicaron al costo neto de siniestralidad global para cada período:
 - a) La reserva por siniestros ocurridos y no reportados (IBNR), según estadística actuarial de La Propia Compañía de Seguros que representa para la cartera del primer período es un 2.8% y para la del segundo período un 7%.
 - b) La inflación de salud esperada para 2003, según escenario desfavorable, mencionada en el punto 5.1 de este documento.

Para la cartera de primer período, la fórmula es:

$$\text{CNSGF} = \text{CNSFC} \times \text{FIBNR} \times \text{FIS}$$

De donde,

CNSGF = Costo Neto de Siniestralidad Futura (al término de la obligación)

CNSFC = Costo Neto de Siniestralidad a la fecha de corte (31/marzo/2003)

FIBNR = Factor por Reserva de Siniestros Ocurridos y No Reportados = 1.028

FIS = Factor de inflación salud 2003, escenario desfavorable = 1.0891

Y para la cartera de segundo periodo, la fórmula es:

$$\text{CNSGF} = \text{CNSFV} \times \text{FIBNR} \times \text{FIS}$$

De donde,

CNSGF = Costo Neto de Siniestralidad Futura (al término de la obligación)

CNSFV = Costo Neto de Siniestralidad Esperado (al final de la vigencia)

FIBNR = Factor por Reserva de Siniestros Ocurridos y No Reportados = 1.07

FIS = Factor de inflación salud 2003 = 1.0891

Los resultados obtenidos son:

CUADRO 7
ESTIMACION DEL COSTO NETO DE SINIESTRALIDAD FUTURO.

	2000-2001	2001-2002	Incremento 02 vs 01
1)Al término de vigencia de c/póliza	\$13,699,017.00	\$15,713,747.29	15%
2)Al término de la obligación de c/póliza (48 meses)	\$15,337,348.20	\$18,311,811.13	19%

CUADRO 8
RESULTADO ESPERADO.

	2000-2001	2001-2002
Costo Neto de Siniestralidad Esperado vs Prima Emitida	64.7%	69.1%
Porcentaje Promedio de Comisión Agente	18.4%	18.7%
Margen para Gastos de Administración, Utilidad y Otros Gastos de Adquisición	16.9%	12.2%

En el cuadro anterior, claramente se puede observar que para el 2000-2001 el resultado de las pólizas emitidas con tarifa de línea ha sido el esperado pues el margen para solventar gastos de administración y utilidad es el requerido en éste período por “La Propia Compañía de Seguros”. Lo contrario para las pólizas emitidas y renovadas en el período 2001-2002 dicho margen no ha sido suficiente pues es menor al 15% requerido por “La Propia Compañía de Seguros” en éste período para estar en el punto de equilibrio y por lo mismo es indispensable realizar un ajuste en las tarifas.

5.3 Incremento en tarifas.

La Nota Técnica anterior menciona que las tarifas se ajustarán periódicamente de acuerdo a los contratos de reaseguro, inflación del sector médico, y al tipo de cambio del Dólar. El último ajuste en las tarifas de dicha nota técnica fue en octubre del 2000 y la siniestralidad reportada por “La Propia Compañía de Seguros” ha incrementado considerablemente por lo tanto es necesario realizar un ajuste en las tarifas.

Las tarifa pivote de “La Propia Compañía de Seguros” será ajustada a partir del 1 de agosto del 2003 con un 27% de incremento derivado de la inflación de salud acumulada desde 2001 fecha en las que estuvieron en vigor las pólizas emitidas con la última tarifa actualizada en octubre del 2000.

CUADRO 9
INFLACION ACUMULADA.

Inflación	2001	2002	2003	Acumulada
General	6.98%	5.70%	6.1%	19.97%
Salud	9.10%	6.85%	8.9%	26.95%

Elaboración propia

Fuente: AMIS

Con éste incremento se pretende lograr que los negocios nuevos y renovados con ésta nueva tarifa deje los márgenes de utilidad requeridos por La Propia Compañía de Seguros. La tarifa obtenida para Gastos Médicos Mayores Grupo es:

Suma Asegurada	S 1.000.000 m.n.	
Deducible	S 2.000 m.n.	
Conseguero	10%	
Edad	Hombres	Mujeres
0 a 4	1,509.18	1,609.18
5 a 9	1,509.18	1,609.18
10 a 14	1,509.18	1,609.18
15 a 19	1,509.18	1,609.18
20 a 24	2,022.58	2,867.44
25 a 29	2,391.51	3,425.32
30 a 34	2,830.05	3,966.97
35 a 39	3,348.50	4,881.77
40 a 44	3,964.41	5,830.44
45 a 49	4,692.51	6,969.89
50 a 54	5,832.10	8,329.33
55 a 59	7,367.73	9,960.27
60 a 64	9,734.61	11,965.43

5.4 Factor para obtener Tarifas de Gastos Médicos Mayores Colectivo.

Sobre los supuestos mencionados en la Nota Técnica, la tarifa pivote es la de individual y para obtener las tarifas de Grupo y Colectivo es un ajuste del 5% hacia arriba para Colectivo y un 5% hacia abajo para la de Grupo. Por lo tanto la tarifa de Colectivo es más cara que la de Grupo aproximadamente en un 10.523%.

Por políticas y estrategias de la compañía, sólo se vende Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo y por lo tanto la experiencia es en éstos productos. La diferencia básica entre Grupo y Colectivo establecida por “La Propia Compañía de Seguros” es el número de titulares de la póliza; Grupo son todas las empresas con más de 25 titulares con un máximo de 100 y Colectivo que tengan entre 10 y máximo 25 titulares.

Con el análisis de cartera mencionado en el punto 5.2, también se obtuvo el resultado por separado de Grupo y Colectivo resultando ser la cartera de colectivo menos rentable que la de Grupo.

El cuadro siguiente muestra las cifras específicas de Gastos Médicos Mayores Colectivo:

CUADRO 10
RESULTADOS GASTOS MEDICOS MAYORES COLECTIVO
CIFRAS AL 31 DE MARZO DEL 2003.

	2000-2001	2001-2002	Incremento 02 vs 01
Días Devengados	365	319	
Prima Emitida	\$11,087,058.00	\$12,581,668.39	13.5%
Prima Devengada	\$11,087,058.00	\$10,878,090.20	
Comisión Agente	\$2,062,520.00	\$2,364,436.29	14.6%
Costo Neto de Siniestralidad	\$5,718,901.00	\$6,492,213.28	13.5%

CUADRO 11

**ESTIMACION DEL COSTONETO DE SINIESTRALIDAD FUTURO GASTOS MEDICOS
MAYORES COLECTIVO.**

	2000-2001	2001-2002	Incremento 02 vs 01
1)Al término de vigencia de c/póliza	\$5,718,901.00	\$8,561,358.30	50%
2)Al término de la obligación de /póliza (48 meses)	\$6,402,851.82	\$9,976,867.60	56%

CUADRO 12

RESULTADO ESPERADO GASTOS MEDICOS MAYORES COLECTIVO.

	2000-2001	2001-2002
Costo Neto de Siniestralidad Esperado vs Prima Emitida	57.8%	79.3%
Porcentaje Promedio de Comisión Agente	18.6%	18.8%
Margen para Gastos de Administración, Utilidad y Otros Gastos de Adquisición	23.6%	1.9%

Es importante mencionar que la cartera de colectivo representó en el 2000 el 46.8% sobre prima emitida total y el 41.7% en el costo neto de siniestralidad esperado. Para 2001, representó 47.5% en prima emitida y 54.6% en el costo neto de siniestralidad esperado.

También en el estudio de mercado realizado se pudo observar que las tarifas de gastos médicos mayores colectivo de La Propia Compañía de Seguros están por debajo de la competencia y con mayores beneficios.

Por lo anterior, el factor de ajuste para la Tarifa Colectiva mencionado en la Nota Técnica no es suficiente y por lo mismo ya no será del 5% sobre la Tarifa Individual, será del **28.25%**.

Según Nota Técnica original:

$$\text{Tarifa Grupo} = \text{Tarifa Individual} * (1 - 5\%)$$

$$\text{Tarifa Colectiva} = \text{Tarifa Individual} * (1 + 5\%)$$

Con la modificación mencionada en el párrafo anterior, los factores de ajuste quedan como sigue:

$$\text{Tarifa Colectiva} = \text{Tarifa Individual} * (1 + 28.25\%)$$

ó si partimos de la Tarifa de Grupo:

$$\text{Tarifa Colectiva} = \text{Tarifa de Grupo} * (1 + 28.25\%)$$

$$= \text{Tarifa de Grupo} * (1 + 35\%)$$

La tarifa obtenida para Gastos Médicos Mayores Colectivo es:

Suma Asegurada	S1.000.000 m.n.	
Deducible	S2.000 m.u.	
Coaseguro	10%	
Edad	Hombres	Mujeres
0 a 4	2,172.39	2,172.39
5 a 9	2,172.39	2,172.39
10 a 14	2,172.39	2,172.39
15 a 19	2,172.39	2,172.39
20 a 24	2,730.48	3,871.04
25 a 29	3,228.54	4,624.19
30 a 34	3,820.62	5,355.41
35 a 39	4,520.47	6,590.39
40 a 44	5,351.95	7,871.10
45 a 49	6,334.88	9,409.35
50 a 54	7,873.34	11,244.60
55 a 59	9,946.44	13,446.37
60 a 64	13,141.72	16,072.34

5.5 Descuentos a la Prima.

En la Nota Técnica original se menciona que a la prima neta o de riesgo se le aplican para el cálculo de la Prima de Tarifa los siguientes factores:

GA = Gasto de administración.

GB = Gasto de adquisición.

Para el cálculo de tarifa de la Nota Técnica original los factores anteriores son del 25% cada uno y no especifica la posibilidad de disminuirlos con motivo de obtener descuentos sobre la prima por cesión de comisión ó por disminución en el margen de utilidad.

Por lo anterior, se agregará a la Nota Técnica original el siguiente inciso:

d) Descuentos a la prima:

La Compañía podrá efectuar descuentos a la prima mediante reducciones a los gastos de adquisición y/o a su contribución para gastos y utilidades.

El porcentaje de descuento se obtendrá aplicando la siguiente fórmula:

$$DES = 1 - \left[\frac{1 - GA - GB}{1 - GA' - GB'} \right]$$

Donde :

GA = Gasto de Administración = 25%

GB = Gasto de Adquisición = 22.5%

GA' = Gastos de Administración reducido.

GB' = Gasto de Adquisición reducido.

5.6 Experiencia Propia.

En el punto “Condiciones de Renovación, Transferencia” de la Nota Técnica original se menciona que todos los Grupos que tengan más de 100 titulares y los Colectivos con al menos 200 titulares se cotizan por experiencia propia; es decir tomando en cuenta las cifras de siniestralidad de dichos grupos. Sin embargo, este punto no menciona la metodología de cálculo de la prima de tarifa ni los parámetros que deben ser considerados, por tal motivo el punto cambiará a quedar:

a) Experiencia Propia

Podrán entrar en este esquema los Grupos que tengan al menos 100 titulares, así como los Colectivos que tengan al menos 200 titulares.

Se aplicará en el momento de la renovación de la póliza el siguiente factor de incremento a las primas:

$$\phi = \frac{1.2 \cdot S}{(1 - B - v) \cdot \pi} \cdot (1 + 0.75 \cdot f)$$

donde:

ϕ = Factor de incremento

B = Comisión¹⁰

v = Margen de utilidad de la compañía

π = Prima del año póliza anterior.

f = Inflación en el Sector Médico durante los últimos 12 meses

S = Siniestros del año póliza anterior = $\sum_{i=1}^n \min\{s_i, \bar{s}\}$

donde:

¹⁰ En este tipo de negocios, la comisión podrá variar de negocio en negocio dependiendo de la comisión pactada en la vigencia anterior del negocio.

n = número de siniestros observados en la vigencia anterior

s_i = monto reclamado del siniestro i

\bar{s} = monto esperado de reclamación = \$ 200,000 (de acuerdo a la experiencia de La Propia Compañía de Seguros el cual puede variar según la experiencia adicional que vaya registrando la compañía).

La definición de S , se basa en el hecho de que en un año póliza, pueden existir desviaciones fuertes en la siniestralidad de una póliza, es decir, de un año a otro, y siguiendo la fórmula tradicional, la prima de un asegurado puede incrementarse dramáticamente por la influencia de un solo siniestro. Para la presente modificación se consideró como siniestros desviados, aquellos cuyo monto sea mayor a \$ 200,000.

El factor $1.2 = \left(\frac{10}{12}\right)^{-1}$ corresponde a la proyección de siniestros a 12 meses, considerando que existe un retraso no menor de 2 meses en el pago de siniestros al momento de iniciarse la negociación de renovación de la póliza.

Este mismo factor se aplica a las pólizas que se transfieran de otras compañías aseguradoras.

El factor mínimo de incremento en primas será:

$$\phi_{\min} = 1 + 0.75 \cdot f$$

Ya que la siniestralidad, está basada en las condiciones contratadas en la vigencia anterior, las coberturas a las que tiene derecho el asegurado son aquellas con las que contaba en dicha vigencia, salvo aquellos servicios adicionales que no se puedan otorgar por la compañía de seguros.

Únicamente en caso de que la siniestralidad, sea menor al 60% sobre la prima pagada en la vigencia anterior, se pudiere aplicar un incremento de 0.

b) Experiencia Global.

Los Grupos y Colectividades que no reúnan las condiciones para Experiencia Propia, se renovarán de acuerdo a las tarifas y condiciones vigentes en la compañía de seguros al momento de renovación.

Una vez obtenidas las nuevas tarifas y tal como se menciona en el capítulo cuatro es importante también actualizar las coberturas, razón por la cual en el siguiente capítulo se mencionan las modificaciones a las coberturas existentes y el alcance de las nuevas coberturas.

CAPITULO 6. ENDOSOS ADICIONALES.

6.1 Endosos contemplados en la nota técnica original.

Los endosos son convenios que se anexan a la póliza para cubrir aquéllas gastos derivados de accidente ó enfermedad y que están excluidos por las condiciones generales de la póliza. En el punto “Endosos Adicionales” de la nota técnica original, se mencionan cada uno de los endosos que se pueden adicionar con o sin costo. Algunos de éstos endosos no eran claros y crean confusiones al momento de pagar los siniestros tanto al asegurado como al Área Médica de la compañía.

Por tal motivo para el presente trabajo se realizan modificaciones en los textos de algunos de los endosos y se agregan nuevos. El objetivo principal de esta modificación es ser más claros en cuanto a qué se está cubriendo y agregar coberturas que no estaban amparadas por producto y que dejaban a la compañía fuera de mercado ya que otras compañías de seguros si las ofrecían dentro de sus productos de línea.

La identificación de coberturas faltantes y solicitadas por los clientes se establece como resultado del comparativo de condiciones generales con las 5 principales compañías de seguros el cual fue realizado como parte del estudio de mercado para la actualización de la nota técnica.

Los endosos adicionales mencionados en la nota técnica son:

- Endoso por Anticipo de Cirugía. (modificación de texto).
- Endoso de Ambulancia Aérea. (sin modificación).
- Endoso de Reconocimiento de Antigüedad. (modificación de texto).
- Endoso de Pago de Complementos (modificación de texto).
- Endoso de Cobertura de Deportes Peligrosos (modificación de texto).
- Endoso de Maternidad (sin modificación)
- Endoso de Cirugía de Nariz (modificación de texto).
- Endoso de Padecimientos Congénitos (modificación de texto).

- Endoso de Preexistencia Limitado (modificación de texto).
- Endoso de Preexistencia Amplio (modificación de texto).
- Endoso de SIDA (modificación de texto).

6.2 Modificación a endosos vigentes

A Continuación se mencionan las modificaciones a los endosos vigentes:

Endoso por Anticipo de Cirugía.

En este endoso sólo se modifica la redacción por lo que seguirá sin costo adicional y queda de la siguiente manera:

Para la Póliza citada en referencia La Propia Compañía de Seguros, conviene en otorgar el anticipo del 60%, sobre el presupuesto de los honorarios médico quirúrgicos y gastos hospitalarios estimados por atención de accidente o enfermedad cubierta del titular o de sus dependientes citados en la póliza, de acuerdo al gasto usual y acostumbrado, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

5 días antes del internamiento deberá entregarse en La Propia Compañía de Seguros:

1) Historia clínica e informe médico completo del asegurado afectado incluyendo diagnóstico y tratamiento a seguir así como resultado de los estudios y radiografías practicadas con los cuales se confirme y concluya dicho diagnóstico.

2) Aviso de accidente o enfermedad.

3) Presupuesto de honorarios médicos y gastos hospitalarios.

4) Cualquier información adicional que cada caso particular amerite y que la compañía solicite para el dictamen del siniestro.

Una vez recibida la información anterior completa se determinará si es procedente y en caso afirmativo, La Propia Compañía de Seguros expedirá cheque en favor del asegurado titular,

comprometiéndose a proporcionar a la compañía comprobantes que amparen el anticipo a más tardar 3 días hábiles posteriores contados a partir del día siguiente de la fecha de egreso del asegurado del hospital, en caso contrario La Propia Compañía de Seguros cobrará un interés equivalente al costo porcentual promedio que haya estado vigente durante el período comprendido entre el día en que se dio el anticipo y el día en que se realizó la comprobación de los gastos.

Si al contar con la documentación definitiva para el pago del siniestro, la causa que lo motivó o la información proporcionada, fuera diferente a la que originó el anticipo, la procedencia del siniestro se determinará con las últimas pruebas, en caso de no proceder, el asegurado acuerda devolver el importe total del anticipo más el interés que resulte de acuerdo con la tasa del párrafo anterior y por el período comprendido entre la fecha en que se dio el anticipo y la fecha en que haga la devolución.

Endoso de Reconocimiento de Antigüedad.

Sólo se modifica el texto a quedar:

Por el presente endoso se hace constar que se reconoce la antigüedad conforme a la fecha de alta o según el listado en papel membreado de la compañía de seguros anterior proporcionado por el contratante para la emisión de la póliza.

Para altas posteriores a la emisión de la póliza el asegurado tendrá la obligación de demostrar su antigüedad en la compañía anterior con documento oficial expedido por ésta, tal como listado de asegurados o recibo pagado, o carta de la compañía anterior firmada por Área Técnica o de Operaciones de la misma, especificando fecha de antigüedad. En caso contrario, el reconocimiento de antigüedad no surtirá efecto.

Se entiende que el reconocimiento de antigüedad es sólo para efectos de reducir los periodos de espera que marcan las condiciones generales de la póliza en su punto 9. "Gastos Médicos con período de espera". En los casos en que específicamente se requiera que la antigüedad sea en La Propia Compañía de Seguros se tomará en cuenta el período acumulado en esta compañía.

El reconocimiento de antigüedad no implica cubrir padecimientos preexistentes y tampoco pagar complementos.

Endoso de Pago de Complementos.

Sólo se modifica el texto a quedar:

Por el presente endoso se hace constar que La Propia Compañía de Seguros, pagará el importe correspondiente de reclamaciones de vigencias anteriores, siempre y cuando los gastos reclamados estén cubiertos según las condiciones generales de la póliza.

Para la inclusión de este endoso, será necesario contar con la siniestralidad de la vigencia anterior a la contratación con La Propia Compañía de Seguros, en el que se detallen los padecimientos, fechas de ocurrido y montos reclamados. El costo por este endoso dependerá del análisis que sea haga de dicha siniestralidad.

Condiciones y requisitos para el pago de complementos:

Anexar actualización de la historia clínica, informe médico y aviso de accidente o enfermedad del padecimiento reclamado.

Se deberá incluir finiquito de la anterior compañía de seguros que estipule la Suma Asegurada contratada y monto global pagado de los gastos presentados.

Se procederá a continuar con el pago del padecimiento hasta la suma asegurada contratada en la anterior compañía de Seguros y hasta el agotamiento de esta.

Se aplicará el coaseguro de la póliza por cada padecimiento y gastos presentados, excepto en accidente.

Endoso de Cobertura de Deportes Peligrosos.

Sólo se modifica el texto:

Se hace constar que queda cubierta la práctica de deportes peligrosos como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, jockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, motociclismo terrestre o acuático, espeleología, rapel, tauromaquia, box, lucha libre, lucha greco romana y artes marciales, siempre y cuando se practiquen en forma amateur.

Endoso de Cirugía de Nariz.

Este endoso sólo se podía vender en cotizaciones por transferencia de cartera sin embargo es muy solicitado por los clientes y por lo tanto se utilizará también en pólizas cotizadas por tarifa de línea sin costo adicional, debido a que muchas de las pólizas utilizadas en el análisis para determinar el incremento en tarifas llevaban éste endoso. Este endoso se manejará únicamente en aquellos casos en que sea solicitado.

Se cubren los padecimientos de nariz y/o senos paranasales por enfermedad, con suma asegurada mencionada en la carátula de la póliza y coaseguro del 50%.

En esta cobertura no existe eliminación o reducción del coaseguro, ni para condiciones especiales ni por atención con proveedores en convenio.

Asimismo, los padecimientos de nariz y senos paranasales que se reporten como accidente, se deberán informar dentro de los primeros 30 días de ocurrido el suceso a La Propia Compañía de Seguros para que sea valorado por un médico otorrinolaringólogo de la red médica de la compañía.

En caso de corroborar que se trata de un accidente no llevará coaseguro.

En caso de no cumplir con lo mencionada se tomará el padecimiento como enfermedad tal como se estipula en el primer párrafo de este endoso con coaseguro del 50%.

Se deberán anexar placas radiográficas y demás estudios que confirmen el diagnóstico.

Endoso de Padecimientos Congénitos.

Según la Nota Técnica, éste endoso tenía un costo adicional del 20% sobre la prima base y debido a que muchas de las pólizas utilizadas en el análisis para determinar el incremento en tarifas llevaban éste endoso, a partir del incremento podrá venderse sin costo adicional, únicamente en los casos que sea solicitado.

En cotizaciones por experiencia propia, también podrá manejarse, siempre y cuando dicho endoso estuviere cubierto por la compañía inmediata anterior.

El texto se modifica a quedar:

Se cubren, adicional a lo establecido en las condiciones generales de esta póliza, las enfermedades congénitas para asegurados no nacidos durante la vigencia de la presente póliza, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

Gastos por enfermedades congénitas cuando se manifiesten después de la edad de diez años, y que el primer gasto por esta enfermedad ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura en La Propia Compañía de Seguros.

Para este endoso no aplicará el reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

Endoso de Preexistencia Limitado.

Sólo se modifica el texto a quedar:

Para efectos de esta cobertura, preexistencia es la condición de aquellos padecimientos que cumplen alguna de las siguientes características:

- * Aquellos que hayan sido diagnosticados por un médico.*
- * Que hayan sido aparentes a la vista.*
- * Que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.*

Se cubren las enfermedades preexistentes, de cada asegurado, siempre y cuando el primer gasto sea efectuado dentro de la vigencia de esta póliza y se consideren como cubiertas tal y como se establece en las condiciones generales.

Quedan excluidos de los efectos de esta cobertura:

- En el caso de los padecimientos para los cuales las condiciones generales, especiales o endosos adicionales requieran antigüedad específica, los gastos anteriores al cumplimiento de dicha antigüedad no se consideran cubiertos por este endoso.*
- Todos los gastos derivados de padecimientos preexistentes por los cuales el asegurado haya o hubiera podido reclamar a alguna compañía de seguros.*

- *Todos los gastos erogados antes de haber cumplido con los requisitos de antigüedad establecidos por las condiciones de la póliza.*
- *Padecimientos congénitos.*

Endoso de Preexistencia Amplio.

Sólo se modifica el texto:

Para efectos de esta cobertura, preexistencia es la condición de aquellos padecimientos que cumplen alguna de las siguientes características:

- * *Aquellos que hayan sido diagnosticados por un médico.*
- * *Que hayan sido aparentes a la vista.*
- * *Que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.*
- * *Haya sido erogado algún gasto por su atención médica o quirúrgica.*

Se cubren las enfermedades preexistentes, de cada asegurado, siempre y cuando se consideren como cubiertos tal y como se establece en las condiciones generales.

Quedan excluidos de los efectos de esta cobertura:

- *En el caso de los padecimientos para los cuales las condiciones generales, especiales o endosos adicionales requieran antigüedad específica, los gastos anteriores al cumplimiento de dicha antigüedad no se consideran cubiertos por este endoso.*
- *Todos los gastos realizados y derivados de padecimientos preexistentes por los cuales el asegurado haya reclamado a alguna compañía de seguros.*
- *Todos los gastos erogados antes de haber cumplido con los requisitos de antigüedad establecidos por las condiciones de la póliza.*
- *Padecimientos congénitos.*

Endoso de SIDA.

Sólo se modifica el texto a quedar:

Por medio del presente endoso se hace constar que queda cubierto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo a las condiciones citadas a continuación:

Se cubrirá a los asegurados de La Póliza los gastos médicos y hospitalarios originados a consecuencia de la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), hasta un 15% de la Suma Asegurada de la cobertura básica y con un tope máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$15,000 USD anuales aplicando deducible y coaseguro estipulado en la carátula de la póliza, siempre que hayan transcurrido los primeros 5 años de vigencia ininterrumpida de la póliza con La Propia Compañía de Seguros, y que el virus del SIDA no haya sido detectado antes de ese período y se cumpla lo siguiente:

- *El SIDA sea adquirido como resultado de un accidente ocurrido cuando la persona desempeñe su trabajo habitual.*
- *El SIDA sea adquirido por una infección a consecuencia de una transfusión sanguínea o de plasma como parte de un tratamiento médico.*
- *El SIDA sea adquirido por una herida punzo-cortante o por exposición de membrana mucosa a la sangre o fluidos corporales con contenidos de sangre contaminada con el virus del SIDA.*

Exclusiones:

No se cubrirán durante el periodo de espera los estudios de diagnóstico para la detección del SIDA.

No se cubrirán los gastos cuando el SIDA sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa.

No se cubrirán los gastos cuando se utilicen drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.

No se reconoce antigüedad de otras compañías.

6.3 Nuevos Endosos.

De acuerdo a los resultados presentados en el estudio de mercado para ser más competitivos se agregarán al producto las siguientes coberturas las cuales serán integradas a la póliza que lo solicite mediante endosos:

1. Endoso de daño psiquiátrico
2. Endoso de cobertura vitalicia para pólizas de grupo.
3. Endoso de padecimientos de córnea.

Endoso de Daño Psiquiátrico.

Debido a que alrededor del 70% de la cartera cotizada por experiencia propia, la cual representa el 80% de la cartera total de Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo, lleva éste endoso y dado que la compañía de Seguros no ha tenido ningún siniestro reportado por este concepto, éste endoso será sin costo adicional a partir del incremento en tarifas mencionado en este documento y se manejará únicamente cuando sea solicitado.

En cotizaciones por experiencia propia, también podrá manejarse, siempre y cuando dicho endoso estuviere cubierto por la compañía inmediata anterior.

La redacción del endoso queda como sigue:

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio de su médico de primer contacto y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra, requiera tratamiento psiquiátrico por trauma a consecuencia de lo siguientes eventos, siempre y cuando ocurran durante el período de vigencia del asegurado:

a) Accidente cubierto por las condiciones generales de la póliza.

b) Asalto, secuestro o violación.

Estos incisos procederán siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público. En caso contrario, la presente cobertura quedará sin efecto alguno.

Las coberturas amparadas por este endoso son:

Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta derivada del evento cubierto por este endoso.

El límite por consulta es de \$30.00 usd y con un máximo vitalicio de \$2,000 usd.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplicará con el deducible y coaseguro establecido en la carátula de la póliza.

Quedan excluidos de los beneficios de esta cláusula:

- *La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un accidente cubierto.*
- *Los padecimientos preexistentes.*
- *Los complementos posteriores al término de la vigencia de la póliza.*
- *Los honorarios del médico psiquiatra y de los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.*

Nota : Los diversos resultados del tratamiento cubierto por este endoso no representarán prueba única de diagnóstico de otros padecimientos que pudieran ser cubiertos por la póliza.

Endoso de Cobertura Vitalicia para pólizas de Grupo.

Este endoso se podrá manejar, únicamente cuando sea solicitado, en cotizaciones de tarifa de línea sin costo adicional debido a que la estadística de población de la cartera de línea (primer año y renovación) no ha tenido ningún caso que rebase dicha edad.

También podrá manejarse en cotizaciones por experiencia propia, siempre y cuando dicho endoso estuviere cubierto por la compañía inmediata anterior.

La redacción del endoso queda como sigue:

Mediante el presente endoso se hace constar que La Propia Compañía. de Seguros, se compromete a renovar la cobertura del asegurado cada aniversario a partir de la edad máxima de

renovación y durante toda la vida del asegurado, siempre y cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. La póliza se encuentre en vigor*
- b. Que el asegurado sea empleado activo y por lo tanto continúe bajo nómina del contratante del seguro, previa comprobación con recibo de nómina.*
- c. Que el contratante acepte y cubra la prima que resulte de los procedimientos, condiciones y tarifas debidamente registradas, que La Propia Compañía de Seguros, tenga vigentes y aplicables a este tipo de cobertura a la fecha de renovación.*

Por lo anterior se entiende que la renovación de la cobertura es por un año y que la prima se calculará de acuerdo con la edad del asegurado en la fecha de la renovación.

Endoso de Padecimientos de Córnea.

Debido a que muchas de las pólizas utilizadas en el análisis para determinar el incremento en tarifas llevaban éste endoso, a partir de dicho incremento podrá venderse sin costo adicional, únicamente en los casos que sea solicitado.

En cotizaciones por experiencia propia, también podrá manejarse, siempre y cuando dicho endoso estuviere cubierto por la Compañía inmediata anterior.

La redacción del endoso queda como sigue:

Mediante el presente endoso se amparan los gastos correspondientes a los padecimientos de miopía, astigmatismo e hipermetropía, bajo las siguientes condiciones y requisitos.

- El número de dioptrías deberá ser igual o mayor a 5 dioptrías por cada uno de los ojos.*
- Se deberán anexar los estudios de autorefracción, topografía corneal y paquimetría corneal.*
- Una vez cumpliendo con estos requisitos se acudirán con un médico oftalmólogo de la Red Médica de la Compañía de Seguros quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías, sin costo alguno para el asegurado.*

- *Se cubre una sola ocasión por persona y por ojo.*

Para esta cobertura opera coaseguro del 50% y deducible estipulado en la carátula de la póliza. Ambos se cobrarán en Pago Directo, Reembolso y Cirugía Programada; es decir, no hay eliminación o reducción por condiciones especiales ni por proveedores en convenio.

Con esto queda concluida la actualización de la nota técnica original y es importante señalar que ésta fue en tarifas y endosos por lo que las demás características del producto y las políticas de suscripción permanecen sin cambio debido a que han sido apropiadas para lograr una buena rentabilidad en los negocios.

CONCLUSIONES

El aumento de los costos de salud y el envejecimiento creciente de la población ha tenido una influencia negativa sobre los programas públicos de protección social. En Latinoamérica, la asistencia médica proporcionada por el Estado es muchas veces deficiente y deficitaria. Otras veces no satisface las exigencias de la población, sobre todo de los niveles de la sociedad que tienen ingresos medios y elevados. Los gobiernos han comenzado a reaccionar y, en forma progresiva, permiten a la iniciativa privada participar no solo en el sistema de pensiones sino también en el de salud.

La tendencia es hacia una creciente privatización y liberación del mercado de salud, lo cual representa una importante fuente de negocios potenciales para las aseguradoras.

Está claro que comparar los países latinoamericanos con los altamente desarrollados no siempre es posible ni conveniente, pero ciertas veces permite entender tendencias y ayuda a pronosticar lo que puede suceder en el futuro. En los países latinoamericanos como México que gastan en salud porcentajes respecto al gasto público total cercanos a los europeos, a pesar de su importancia los recursos están mal distribuidos y su gestión y administración no son adecuadas.

No es osado afirmar que las condiciones están dadas para que en México el negocio privado de salud pueda crecer de manera considerable en los próximos años; sobre todo si se tiene en cuenta que la economía está creciendo a ritmo sostenido, atrayendo un importante flujo de inversiones y que los consumidores han tomado conciencia de su derecho a recibir mejores y más eficaces servicios sanitarios.

La experiencia internacional muestra que el crecimiento económico va asociado a un aumento y consumo de servicios médicos asistenciales. En algunos países, el crecimiento del mercado de salud puede incluso ser superior al aumento del PIB: Las naciones desarrolladas continúan consagrando buena parte de la riqueza que conducen a mejorar los servicios sanitarios que brindan a su población. Se puede incluso afirmar que los servicios médicos son un motor importante de desarrollo económico de un país, no son solo gastos, también son inversión. Es como un círculo virtuoso; a mayor riqueza, mejores servicios médicos; óptimos servicios sanitarios permiten conservar y recuperar la salud, personas sanas producen más.

Se puede destacar que en economías como México, los productos de salud (principalmente el seguro de gastos médicos y el de enfermedades graves) tienen excelentes perspectivas de desarrollo.

Sin lugar a dudas, la situación económica en que vive el país ha repercutido de forma directa en el costo de los servicios en general, y particularmente en el de los tratamientos médicos. Esto último ha ocasionado mayor demanda por parte del mercado asegurador por productos que cubran de manera integral la pérdida económica que sufre cualquier asegurado al presentarse un accidente o bien una enfermedad.

Asimismo, el incremento que han tenido los costos de los servicios médicos ha motivado el aumento sustancial en la siniestralidad de las actuales coberturas de gastos médicos mayores, provocándose insuficiencia técnica en este ramo.

Ante estas dos situaciones, se hace indispensable por parte del Sector Asegurador, el diseño de coberturas que por un lado cumplan los requerimientos solicitados por el mercado y por el otro permita un sano desarrollo de acuerdo a bases técnicas y financieras más acordes con la situación actual.

Las personas responsables por la elaboración de la nota técnica de un producto son los actuarios y es importante que utilicen información estadística basada en la experiencia como una herramienta para ajustar anualmente sus métodos para tarificar.

Así mismo, los actuarios deben realizar auditorías acerca del manejo y del análisis de la experiencia siniestral para medir índices de morbilidad, desviaciones en costos de siniestros e índices inflacionarios para garantizar que los productos generen ganancias a la compañía de seguros y al mismo tiempo cumplan con las necesidades cambiantes de los consumidores.

Además, el progreso de la medicina lleva a la hiperinflación en el precio del cuidado de la salud razón por la cual el seguro de gastos médicos mayores no puede ofrecer un producto a un precio garantizado.

Es importante el tener presente que las compañías de seguros una vez pronosticados los índices inflacionarios esperados incrementen sus primas por lo menos una vez al año y que realicen comparativos de sus productos para saber cuáles son las ventajas y desventajas además de comprobar si se han logrado los objetivos de los mismos.

Con este trabajo queda actualizada la nota técnica del seguro de gastos médicos mayores grupo y colectivo de "La Propia Compañía de Seguros". Esta compañía dejó pasar dos años para realizar el análisis de incremento en costos así como la actualización de coberturas y la consecuencia fue que en el segundo año de vigencia de la tarifa no se logró el margen de utilidad requerido.

Sin embargo con esta actualización, el producto es competitivo en costos y condiciones y se espera para el año 2004 y 2005 un incremento en ventas entre un 10 y 20% además lograr un 20% de las primas como margen para cubrir gastos administrativos, de adquisición y utilidad.

Se recomienda que “La Propia Compañía de Seguros” realice un análisis como el realizado en éste trabajo antes de finalizar el 2004 para comprobar que se consiguieron los objetivos y para ver si la tarifa requiere ser incrementada nuevamente ó las condiciones y coberturas del producto deben ser modificadas dependiendo de las necesidades de los clientes y los avances en la tecnología en cuestiones de salud.

ANEXOS

	PAG.
I Comparativo de tarifas antes del incremento.	70
II Comparativo de tarifas después del incremento.	73
III Comparativo de principales gastos cubiertos.	76
IV Análisis de cartera del primer período.	80
V Análisis de cartera del segundo período.	87

ANEXO I
COMPARATIVO DE TARIFAS ANTES DEL
INCREMENTO

Anexo I
Comparativo de Tarifas
Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo

Suma Asegurada	\$1,000,000 MXP	400 SMGM	\$1,000,000 MXP	\$1,000,000 MXP	1,000 SMGM	1,000 SMGM	
Deducible	\$2,000 MXP	2 SMGM	\$2,000 MXP	\$2,000 MXP	1.5 SMGM	1.5 SMGM	
Coaseguro	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
Fecha de Actualización	Octubre 2000	Marzo 2003	Enero 2003	Abril 2003	Enero 2003	Mayo 2003	
	"La Propia Compañía de Seguros"						
	Cin. A		Cin. B		Cin. C		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujer	Hombre	Mujer	
0 a 4	1,333.76	1,333.76	3,040.04	3,040.04	2,337.04	2,337.04	
5 a 9	1,333.76	1,333.76	2,968.35	2,968.35	1,972.92	1,972.92	1,801.72
10 a 14	1,333.76	1,333.76	2,968.35	2,968.35	3,486.11	3,486.11	1,512.41
15 a 19	1,333.76	1,333.76	3,163.05	3,163.05	3,486.11	3,486.11	1,686.00
20 a 24	1,676.40	2,376.66	3,888.02	5,128.21	2,654.32	2,654.32	1,753.43
25 a 29	1,982.19	2,839.06	4,508.11	6,311.97	2,699.78	3,027.97	1,753.43
30 a 34	2,345.70	3,288.00	5,184.47	7,157.63	3,027.97	3,924.67	3,063.11
35 a 39	2,755.38	4,046.22	6,276.29	8,252.47	3,625.54	4,554.40	3,352.43
40 a 44	3,285.88	4,832.53	7,438.57	9,414.40	3,728.00	4,258.85	3,988.91
45 a 49	3,889.36	5,776.95	8,949.59	10,693.10	4,218.05	4,977.70	4,683.25
50 a 54	4,833.90	6,903.72	11,130.40	12,060.37	5,212.37	6,270.49	5,632.01
55 a 59	6,106.70	8,255.51	14,937.58	14,939.14	6,938.15	8,111.49	7,643.79
60 a 64	8,068.87	9,867.75	19,726.20	18,229.91	9,631.00	12,827.97	8,409.57
					13,661.19	16,887.71	
					18,810.52	19,822.40	
					15,192.46	18,740.71	
					12,051.22	14,946.28	
					6,534.84	8,583.16	
					4,355.07	6,523.27	
					5,481.75	7,643.79	
					8,409.57	10,400.03	

Diferencias porcentuales de las Tarifas de "La Propia Compañía de Seguros" vs Competencia

Edad	Cin. A		Cin. B		Cin. C		Cin. D		Cin. E	
	Hombres	Mujeres								
0 a 4	-56%	-56%	-62%	-62%	-43%	-43%	-40%	-40%	-26%	-26%
5 a 9	-55%	-55%	-62%	-62%	-32%	-32%	-40%	-40%	-14%	-12%
10 a 14	-55%	-55%	-62%	-62%	-49%	-49%	-40%	-40%	-22%	-21%
15 a 19	-60%	-60%	-62%	-62%	-61%	-61%	-40%	-40%	-25%	-24%
20 a 24	-57%	-54%	-63%	-60%	-45%	-45%	-31%	-31%	-13%	-22%
25 a 29	-56%	-55%	-61%	-59%	-41%	-38%	-44%	-44%	-6%	-15%
30 a 34	-55%	-54%	-59%	-59%	-37%	-38%	-45%	-45%	-2%	-18%
35 a 39	-56%	-51%	-59%	-57%	-41%	-42%	-46%	-46%	-5%	-14%
40 a 44	-56%	-49%	-60%	-57%	-40%	-42%	-46%	-46%	-7%	-14%
45 a 49	-57%	-46%	-62%	-56%	-44%	-44%	-51%	-40%	-9%	-11%
50 a 54	-57%	-43%	-63%	-56%	-49%	-46%	-43%	-43%	-12%	-10%
55 a 59	-59%	-42%	-65%	-57%	-55%	-51%	-50%	-47%	-7%	-4%
60 a 64	-59%	-41%	-67%	-59%	-57%	-50%	-47%	-47%	-4%	-5%
PROMEDIO	-57%	-46%	-62%	-59%	-45%	-44%	-45%	-37%	-12%	-15%

*Anexo I
Comparativo de Tarifas
Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo*

Suma Asegurada	\$1,000,000 MXP		\$1,000,000 MXP		\$1,000,000 MXP		1,000 SMGM		1,000 SMGM	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Deducible	1,533.82	1,533.82	3,180.84	3,602.78	2,440.10	2,440.10	3,602.27	3,602.27	2,758.88	2,758.88
Coaseguro	1,533.82	1,533.82	3,105.04	3,602.78	2,054.79	2,054.79	3,602.27	3,602.27	2,758.88	2,758.88
Fecha de Actualización	Octubre 2000	10%	Marzo 2003	10%	Abril 2003	10%	Enero 2003	10%	Enero 2003	10%
	"La Propia Compañía de Seguros"		Cl. B		Cl. C		Cl. D		Cl. E	
0 a 4	1,533.82	1,533.82	3,180.84	3,602.78	2,440.10	2,440.10	3,602.27	3,602.27	2,758.88	2,758.88
5 a 9	1,533.82	1,533.82	3,105.04	3,602.78	2,054.79	2,054.79	3,602.27	3,602.27	2,758.88	2,758.88
10 a 14	1,533.82	1,533.82	3,105.04	3,602.78	2,754.69	2,754.69	3,602.27	3,602.27	2,758.88	2,758.88
15 a 19	1,533.82	1,533.82	3,522.30	3,602.78	2,823.95	3,574.35	3,602.27	3,602.27	2,758.88	2,758.88
20 a 24	1,927.86	2,733.16	4,077.27	5,388.33	6,140.56	4,138.59	4,953.34	6,178.07	3,375.57	5,561.03
25 a 29	2,279.52	3,264.92	4,732.80	6,639.73	5,215.21	7,206.41	6,886.95	8,832.27	6,886.95	6,188.54
30 a 34	2,697.55	3,781.20	5,447.80	7,533.72	5,965.65	8,437.00	7,512.81	10,257.60	4,197.82	6,967.52
35 a 39	3,191.69	4,653.16	6,602.02	8,691.12	7,019.57	9,883.96	8,992.08	10,991.05	4,998.43	7,984.51
40 a 44	3,776.75	5,557.41	7,830.71	9,919.44	8,511.58	11,627.36	9,309.66	11,627.97	6,047.89	9,261.17
45 a 49	4,472.75	6,643.49	9,428.08	11,271.21	10,650.80	13,791.36	10,687.03	12,348.86	7,497.65	10,743.39
50 a 54	5,568.99	7,939.27	11,733.50	12,716.61	13,767.98	16,662.26	12,982.06	16,861.49	9,391.00	12,482.27
55 a 59	7,022.71	9,493.84	15,758.24	15,125.60	18,394.84	20,228.83	14,423.34	15,654.58	11,792.84	14,519.26
60 a 64	9,276.74	11,347.91	20,920.49	19,238.70	25,327.40	25,327.40	21,200.63	22,579.53	17,873.19	17,873.19

Diferencias porcentuales de las Tarifas de "La Propia Compañía de Seguros" vs Competencia

Edad	Cl. B		Cl. C		Cl. D		Cl. E	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 a 4	-51.8%	-51.8%	-57.4%	-37.1%	-57.4%	-57.4%	-44.4%	-44.4%
5 a 9	-50.6%	-50.6%	-57.4%	-25.4%	-57.4%	-57.4%	-44.4%	-44.4%
10 a 14	-50.6%	-50.6%	-57.4%	-44.3%	-57.4%	-57.4%	-44.4%	-44.4%
15 a 19	-56.5%	-56.5%	-57.4%	-45.7%	-57.4%	-57.4%	-44.4%	-44.4%
20 a 24	-52.7%	-49.3%	-58.5%	-34.0%	-61.1%	-55.8%	-42.9%	-50.9%
25 a 29	-51.8%	-50.8%	-54.7%	-35.3%	-52.8%	-52.6%	-37.7%	-47.2%
30 a 34	-50.5%	-48.8%	-54.8%	-32.1%	-47.4%	-63.1%	-35.7%	-45.7%
35 a 39	-51.7%	-46.5%	-54.5%	-35.6%	-46.7%	-57.7%	-36.1%	-41.7%
40 a 44	-52.6%	-44.0%	-52.9%	-36.3%	-50.5%	-52.2%	-37.5%	-40.0%
45 a 49	-52.6%	-41.1%	-51.8%	-38.8%	-48.5%	-46.2%	-40.3%	-38.2%
50 a 54	-52.6%	-37.6%	-52.1%	-41.4%	-56.8%	-52.9%	-40.8%	-36.4%
55 a 59	-54.4%	-37.2%	-53.1%	-46.8%	-55.1%	-48.9%	-40.4%	-34.6%
60 a 64	-54.4%	-41.0%	-53.4%	-45.8%	-56.2%	-49.7%	-46.1%	-36.5%
PROMEDIO	-52.5%	-46.7%	-57.8%	-39.7%	-54.2%	-54.5%	-41.3%	-42.2%

ANEXO II
COMPARATIVO DE TARIFAS DESPUES DEL
INCREMENTO

*Anexo II
Comparativo de Tarifas
Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo*

Suma Asegurada	\$1,000,000 MXP		400 SMGM		\$1,000,000 MXP		1,000 SMGM		\$1,000,000 MXP		1,000 SMGM		1,000 SMGM	
	Huérts	Méjrs	Huérts	Méjrs	Huérts	Méjrs	Huérts	Méjrs	Huérts	Méjrs	Huérts	Méjrs	Huérts	Méjrs
Deducible	2,172.39	2,172.39	3,180.84	3,602.78	3,602.78	2,440.10	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27
Coaseguro	2,172.39	2,172.39	3,105.04	3,105.04	3,602.78	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79
Fecha de Actualización	Por Definir	Por Definir	Marzo 2003	Marzo 2003	Enero 2003	Abril 2003	Enero 2003	Enero 2003	Enero 2003	Enero 2003	Enero 2003	Enero 2003	Enero 2003	Enero 2003
	"La Propia Compañía de Seguros"		CL.A		CL.B		CL.C		CL.D		CL.E		CL.F	
0 a 4	2,172.39	2,172.39	3,180.84	3,602.78	3,602.78	2,440.10	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27	3,602.27
5 a 9	2,172.39	2,172.39	3,105.04	3,105.04	3,602.78	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79
10 a 14	2,172.39	2,172.39	3,105.04	3,105.04	3,602.78	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79	2,054.79
15 a 19	2,172.39	2,172.39	3,522.30	3,522.30	3,602.78	2,823.95	2,823.95	2,823.95	2,823.95	2,823.95	2,823.95	2,823.95	2,823.95	2,823.95
20 a 24	2,730.48	3,871.04	4,077.27	5,388.33	4,680.69	3,181.83	4,138.59	4,953.34	6,178.07	3,375.57	3,375.57	3,375.57	3,375.57	3,375.57
25 a 29	3,238.54	4,624.19	4,732.80	6,938.73	5,215.21	7,206.41	3,525.29	4,786.52	6,886.95	4,197.82	4,197.82	4,197.82	4,197.82	4,197.82
30 a 34	3,820.62	5,355.41	5,417.80	7,633.72	5,965.65	8,437.00	3,912.02	5,128.81	10,257.60	4,988.43	4,988.43	4,988.43	4,988.43	4,988.43
35 a 39	4,520.47	6,990.39	6,602.02	8,691.12	7,019.57	9,883.96	4,858.69	7,350.86	15,991.05	6,047.89	6,047.89	6,047.89	6,047.89	6,047.89
40 a 44	5,351.95	7,871.10	7,630.71	9,919.44	8,511.58	11,627.74	5,800.66	8,716.89	18,348.86	7,487.65	7,487.65	7,487.65	7,487.65	7,487.65
45 a 49	6,344.88	9,409.35	9,428.08	11,271.21	10,650.80	13,791.36	7,303.01	10,667.03	22,348.86	9,391.00	9,391.00	9,391.00	9,391.00	9,391.00
50 a 54	7,873.34	11,244.60	11,733.50	12,716.61	13,787.98	16,562.26	9,946.94	13,541.62	28,861.49	11,792.84	11,792.84	11,792.84	11,792.84	11,792.84
55 a 59	9,946.44	13,448.37	15,758.24	15,125.60	18,394.84	20,229.83	14,423.34	17,837.64	37,432.65	15,654.68	15,654.68	15,654.68	15,654.68	15,654.68
60 a 64	13,141.72	16,072.34	20,820.49	19,238.70	25,327.40	25,327.40	19,872.36	20,943.13	47,979.53	17,873.19	17,873.19	17,873.19	17,873.19	17,873.19

Diferencias porcentuales de las Tarifas de "La Propia Compañía de Seguros" vs Competencia

EDAD	CL.A		CL.B		CL.C		CL.D		CL.E		CL.F	
	Huérts	Méjrs										
0 a 4	-31.7%	-31.7%	-39.7%	-39.7%	-11.0%	-11.0%	-39.7%	-39.7%	-21.3%	-21.3%	-21.3%	-21.3%
5 a 9	-30.0%	-30.0%	-39.7%	-39.7%	5.7%	5.7%	-39.7%	-39.7%	-21.3%	-21.3%	-21.3%	-21.3%
10 a 14	-30.0%	-30.0%	-39.7%	-39.7%	-21.1%	-21.1%	-39.7%	-39.7%	-21.3%	-21.3%	-21.3%	-21.3%
15 a 19	-38.3%	-38.3%	-39.7%	-39.7%	-23.1%	-23.1%	-39.7%	-39.7%	-21.3%	-21.3%	-21.3%	-21.3%
20 a 24	-33.0%	-28.2%	-41.7%	-37.0%	-6.5%	-6.5%	-44.9%	-37.3%	-19.1%	-30.4%	-19.1%	-30.4%
25 a 29	-31.8%	-30.4%	-38.1%	-35.8%	-8.4%	-3.4%	-33.2%	-32.9%	-11.7%	-25.3%	-11.7%	-25.3%
30 a 34	-29.8%	-28.9%	-36.0%	-36.5%	-2.3%	-3.9%	-25.5%	-47.8%	-9.0%	-23.1%	-9.0%	-23.1%
35 a 39	-31.5%	-24.2%	-35.6%	-33.3%	-8.9%	-10.3%	-24.6%	-40.0%	-8.8%	-17.5%	-8.8%	-17.5%
40 a 44	-20.6%	-20.6%	-37.1%	-32.3%	-9.7%	-9.7%	-28.9%	-40.0%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-15.0%
45 a 49	-32.8%	-16.5%	-40.5%	-31.8%	-13.3%	-11.8%	-27.0%	-23.8%	-12.4%	-12.4%	-12.4%	-12.4%
50 a 54	-32.9%	-11.6%	-42.8%	-32.1%	-20.8%	-17.0%	-38.9%	-33.3%	-9.9%	-9.9%	-9.9%	-9.9%
55 a 59	-36.9%	-11.1%	-45.9%	-33.5%	-31.0%	-24.6%	-36.5%	-27.1%	-15.7%	-15.7%	-15.7%	-15.7%
60 a 64	-36.9%	-16.5%	-48.1%	-36.5%	-33.9%	-23.3%	-38.0%	-28.8%	-26.5%	-26.5%	-26.5%	-26.5%
PROMEDIO	-32.9%	-24.5%	-40.4%	-36.9%	-14.6%	-13.5%	-35.2%	-35.5%	-16.9%	-16.9%	-16.9%	-16.9%

Anexo II
Comparativo de Tarifas
Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo

Edad	\$1,000,000 MXP		400 SMGM		\$1,000,000 MXP		\$1,000,000 MXP		1,000 SMGM		1,000 SMGM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 a 4	1,609.18	1,609.18	3,040.04	3,040.04	3,486.11	3,486.11	2,337.04	2,337.04	2,238.54	2,238.54	1,801.72	1,801.72
5 a 9	1,609.18	1,609.18	2,968.35	2,968.35	3,486.11	3,486.11	1,972.92	1,972.92	2,238.54	2,238.54	1,547.13	1,512.41
10 a 14	1,609.18	1,609.18	2,968.35	2,968.35	3,486.11	3,486.11	2,634.32	2,634.32	2,238.54	2,238.54	1,720.71	1,686.00
15 a 19	1,609.18	1,609.18	3,363.05	3,363.05	3,486.11	3,486.11	3,408.90	3,408.90	2,238.54	2,238.54	1,790.15	1,755.43
20 a 24	2,022.58	2,867.44	3,888.02	5,128.21	4,515.04	5,908.53	3,037.97	3,942.11	3,024.67	3,453.02	1,917.45	3,063.11
25 a 29	2,391.51	3,425.32	4,508.11	6,311.97	5,025.25	6,925.94	3,362.54	4,554.40	3,549.85	4,124.27	2,102.60	3,352.43
30 a 34	2,830.09	3,866.97	5,184.47	7,157.63	5,741.58	8,100.60	3,728.00	5,296.26	4,258.85	3,711.59	2,403.49	3,988.91
35 a 39	3,346.50	4,881.77	6,276.29	8,252.47	6,747.59	9,481.78	4,718.05	6,977.70	5,186.12	6,231.56	2,935.82	4,683.25
40 a 44	3,964.41	5,830.44	7,438.57	9,414.40	8,171.77	11,146.29	5,521.27	8,270.49	6,379.27	7,761.15	3,526.01	5,632.19
45 a 49	4,692.51	6,969.89	8,949.59	10,693.10	10,213.77	13,211.57	6,938.15	10,111.49	7,889.16	9,679.70	4,235.07	6,523.27
50 a 54	5,832.10	8,329.33	11,130.40	12,060.37	13,189.25	15,856.52	9,431.00	12,827.97	9,774.89	12,051.22	5,481.75	7,645.79
55 a 59	7,367.73	9,960.27	14,937.58	14,339.14	17,605.80	19,357.38	13,661.19	16,887.71	12,102.10	14,946.28	6,534.84	8,583.16
60 a 64	9,734.61	11,905.43	19,726.20	18,229.91	24,223.25	24,223.25	18,810.52	19,822.40	15,192.46	18,740.71	8,409.57	10,400.03

Diferencias porcentuales de las Tarifas de "La Propia Compañía de Seguros" vs Competencia

Edad	Cia. A		Cia. B		Cia. C		Cia. D		Cia. E	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 a 4	-47%	-47%	-54%	-54%	-31%	-31%	-28%	-28%	-11%	-11%
5 a 9	-46%	-46%	-54%	-54%	-18%	-18%	-28%	-28%	4%	6%
10 a 14	-46%	-46%	-54%	-54%	-39%	-39%	-28%	-28%	-6%	-5%
15 a 19	-52%	-52%	-54%	-54%	-40%	-53%	-28%	-28%	-10%	-8%
20 a 24	-45%	-44%	-55%	-51%	-33%	-27%	-33%	-17%	5%	-6%
25 a 29	-47%	-46%	-52%	-51%	-29%	-25%	-33%	-17%	14%	2%
30 a 34	-45%	-45%	-51%	-51%	-24%	-25%	-34%	7%	18%	-1%
35 a 39	-47%	-41%	-50%	-49%	-29%	-30%	-35%	-22%	14%	4%
40 a 44	-47%	-38%	-51%	-48%	-28%	-30%	-38%	-22%	12%	4%
45 a 49	-48%	-35%	-54%	-47%	-32%	-31%	-40%	-28%	10%	7%
50 a 54	-48%	-31%	-56%	-47%	-38%	-31%	-40%	-31%	6%	9%
55 a 59	-51%	-31%	-58%	-46%	-46%	-41%	-39%	-33%	13%	16%
60 a 64	-51%	-35%	-60%	-51%	-48%	-46%	-36%	-36%	16%	14%
PROMEDIO	-48%	-41%	-54%	-51%	-34%	-33%	-34%	-24%	7%	2%

ANEXO III
COMPARATIVO DE PRINCIPALES GASTOS
CUBIERTOS

Anexo III

Comparativo de Principales Gastos Cubiertos por Condiciones Generales
Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo

Coberturas	"La Propia Compañía de Seguros"	Cla. A	Cla. B	Cla. C	Cla. D	Cla. E
Ambulancia aérea	Cubierta con costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta con costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta con costo adicional.
Ambulancia terrestre	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta con costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.	Cubierta sin costo adicional.
Padecimientos Congénitos	Únicamente de los nacidos en la vigencia de la póliza.	Nacidos durante la vigencia; los no nacidos en la vigencia; cubiertos después de la edad de 10 años.	Nacidos durante la vigencia y los nacidos dentro de la vigencia de la póliza siempre y cuando no se hayan presentado gastos ni síntomas antes de la fecha de inicio de vigencia.	Padecimientos congénitos para los nacidos dentro de la vigencia de la póliza.	Únicamente de los nacidos en la vigencia de la póliza.	Únicamente de los nacidos en la vigencia de la póliza.
Queratotomía	Excluida	Cubierta con coaseguro del 50% y deducible de la póliza.	Cubierta con coaseguro del 50% y deducible de la póliza.	Excluida.	Excluida. Puede cubrirse mediante endoso con costo adicional.	Cubierta hasta 10 smgm con coaseguro del 50% y sin deducible.
Cirugía de nariz	Cubierta con deducible y coaseguro de la póliza. Periodo de espera 1 año.	Cubierta con deducible de la póliza y coaseguro del 50%. Sin periodo de espera de 2 años.	Cubierta con deducible de la póliza y coaseguro del 50%. Sin periodo de espera.	Excluida.	Cubierta con deducible y coaseguro de la póliza. Periodo de espera 1 año.	Cubierta hasta 10 smgm con deducible y coaseguro de la póliza. Sin periodo de espera.
Deportes peligrosos	Cubiertos únicamente si son amateur.	Cubiertos únicamente si son amateur.	Cubiertos únicamente si son amateur.	Cubiertos únicamente si son amateur.	Cubiertos únicamente si son amateur.	Cubiertos únicamente si son amateur.
Parto Normal	Hasta \$15,000 sin deducible y coaseguro. No aplica periodo de espera.	Excluido. Para cubrirlo hay que pagar adicional por mujer asegurada.	Hasta 10 smgm sin deducible y espera de 10 meses.	Excluido	Excluido. Para cubrirlo hay que pagar adicional por mujer asegurada y es hasta suma asegurada de \$15,000 con periodo de espera de 12 meses.	Excluido. Para cubrirlo hay que incrementar las tarifas de toda la población y con suma asegurada de 10 smgm sin deducible y coaseguro y sin periodo de espera.
Ceárea	Hasta \$15,000 sin deducible y coaseguro. No aplica periodo de espera.	Hasta 10 smgm sin deducible y coaseguro. No aplica periodo de espera.	Hasta 10 smgm sin deducible y coaseguro. Aplica periodo de espera de 10 meses.	Hasta 10 smgm sin deducible y coaseguro. Aplica periodo de espera de 10 meses.	Excluido. Para cubrirlo hay que pagar adicional por mujer asegurada de \$15,000 con periodo de espera de 12 meses.	Cubierta como enfermedad aplicando coaseguro de la póliza. No aplica deducible, coaseguro y periodo de espera.

Anexo III

Comparativo de Principales Gastos Cubiertos por Condiciones Generales
Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo

Coberturas	"La Propia Compañía de Seguros"	Cía. A	Cía. B	Cía. C	Cía. D	Cía. E
Emergencia en el Extranjero	Cubierta con costo adicional.	Cubierta con costo adicional.	Cubierta con costo adicional.	Cubierta con costo adicional.	Cubierta con costo adicional.	Cubierta con costo adicional.
Preestabilidad	Excluida. Puede cubrirse mediante endoso con costo adicional.	Excluida. Puede cubrirse mediante endoso con costo adicional.	Cubierta con periodo de espera de 2 años.	Excluida. Puede cubrirse mediante endoso con costo adicional.	Excluida. Puede cubrirse mediante endoso con costo adicional.	Cubierta con periodo de espera de 2 años. Interrumpidos con la Compañía.
Cobertura vitalicia	Excluida	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Edad de cancelación	80 años	70 años	70 años	70 años	70 años	70 años
Xifofia, lordosis y escoliosis	Cubiertos con periodo de espera de 1 año.	Cubiertos con periodo de espera de 3 años.	Cubiertos sin periodo de espera.	Cubiertos con periodo de espera de 1 año.	Cubiertos con periodo de espera de 1 año.	Cubiertos sin periodo de espera.
Litiasis renal	Cubiertos con periodo de espera de 1 año	Cubierta sin periodo de espera	Cubierta sin periodo de espera	Cubiertos con periodo de espera de 1 año	Cubiertos con periodo de espera de 1 año.	Cubierta sin periodo de espera.
Padecimientos Ginecológicos y glándulas mamarias	Cubiertos con periodo de espera de 2 años.	Cubierta sin periodo de espera.	Cubierta sin periodo de espera.	Cubierta con periodo de espera de 1 año.	Cubierta con periodo de espera de 1 año.	Cubierta con periodo de espera de 1 año.
Hernias	Cubiertos con periodo de espera de 1 año.	Cubierta sin periodo de espera.	Cubierta sin periodo de espera.	Cubierta con periodo de espera de 1 año.	Cubierta con periodo de espera de 1 año.	Cubierta sin periodo de espera.
Daño Psiquiátrico	Excluido	Cubierta a consecuencia de asalto, violación o secuestro.	Cubierta a consecuencia de asalto, violación o secuestro.	Cubierta mediante endoso con costo adicional.	Excluido.	Cubierta a consecuencia de asalto, violación o secuestro.

Anexo III
Comparativo de Principales Gastos Cubiertos por Condiciones Generales
Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo

CoBERTuras	Cía. A	Cía. B	Cía. C	Cía. D	Cía. E
Partos Prematuros	Excluido. Amparados aplicando deducible y conaseguro de la póliza.	Excluido.	Excluido.	Excluido.	Cubierta como complicación del embarazo.
SIDA	Excluido. Puede cubrirse mediante endoso con costo adicional y periodo de espera de 5 años.	Cubierto con periodo de espera de 2 años, siempre y cuando no sea preexistente.	Cubierto con periodo de espera de 4 años.	Excluido.	Cubierto con periodo de espera de 5 años ininterrumpidos con la Compañía.
Eliminación del deducible y conaseguro por atención en RED.	Se eliminan hasta \$2,000 el deducible y 10% de conaseguro.	Se eliminan hasta 2 smgm el deducible y se elimina el conaseguro.	Se eliminan hasta \$1,000 el deducible y 10% de conaseguro.	No hay eliminación.	Se eliminan hasta 1 smgm el deducible y 10% de conaseguro.
Transplante de Órganos	Cubiertos los gastos del receptor y del donador. Aplica deducible y conaseguro.	Únicamente se cubren los gastos del receptor.	Únicamente se cubren los gastos del receptor.	Únicamente se cubren los gastos del receptor.	Únicamente se cubren los gastos del receptor.
Accidentes	Sin deducible ni conaseguro.	Aplica deducible y conaseguro de la póliza.	Aplica el 50% del conaseguro y sin deducible.	Aplica deducible y conaseguro de la póliza.	Sin deducible ni conaseguro.
Complicaciones del embarazo	Como enfermedad aplicando deducible y conaseguro.	Como enfermedad aplicando deducible y conaseguro. periodo de espera de 10 meses.	Cubierta hasta 5 smgm y sólo operan vía reembolso.	Como enfermedad aplicando deducible y conaseguro. periodo de espera de 10 meses.	Como enfermedad aplicando deducible y conaseguro.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO IV
ANALISIS DE CARTERA DE PRIMER PERIODO

Anexo IV
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Primer Año : 2000-2001

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Colectivo	1	15.0%	1,678.80	17-Feb-01	17-Feb-02	365	365	11,192	11,192	-	-
Colectivo	2	20.0%	889.54	1-Mar-01	1-Mar-02	365	365	4,448	4,448	-	-
Colectivo	3	20.0%	9,540.87	1-Jun-01	1-Jun-02	365	365	47,704	47,704	-	-
Colectivo	4	20.0%	1,971.74	23-Feb-01	23-Feb-02	365	365	9,859	9,859	-	-
Colectivo	5	20.0%	19,129.43	1-Jun-01	1-Jun-02	365	365	95,647	95,647	16,182	16,182
Colectivo	6	20.0%	10,925.53	1-Jun-01	1-Jun-02	365	365	54,628	54,628	10,606	10,606
Colectivo	7	20.0%	19,563.12	14-Jun-01	14-Jun-02	365	365	97,816	97,816	21,808	21,808
Colectivo	8	20.0%	19,316.77	17-Jun-01	17-Jun-02	365	365	96,584	96,584	131,513	131,513
Colectivo	9	15.0%	12,084.47	31-Dic-00	31-Dic-01	365	365	80,563	80,563	-	-
Colectivo	10	20.0%	10,053.96	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	50,270	50,270	18,029	18,029
Colectivo	11	20.0%	13,550.77	1-Jun-01	1-Jun-02	365	365	67,754	67,754	-	-
Colectivo	12	20.0%	21,843.06	14-Jun-01	14-Jun-02	365	365	109,215	109,215	155,972	155,972
Colectivo	13	9.5%	2,709.85	15-Jun-01	15-Jun-02	365	365	28,525	28,525	12,760	12,760
Colectivo	14	20.0%	27,666.15	1-Oct-00	1-Oct-01	365	365	138,331	138,331	-	-
Colectivo	15	20.0%	62,319.97	24-Jul-01	24-Jul-02	365	365	311,600	311,600	47,996	47,996
Colectivo	16	20.0%	14,614.10	1-Sep-01	1-Sep-02	365	365	73,070	73,070	23,490	23,490
Colectivo	17	20.0%	11,975.71	25-Sep-01	25-Sep-02	365	365	59,878	59,878	-	-
Colectivo	18	20.0%	12,698.01	1-Dic-00	1-Dic-01	365	365	63,490	63,490	-	-
Colectivo	19	20.0%	9,688.45	1-Abr-01	1-Abr-02	365	365	48,442	48,442	20,922	20,922
Colectivo	20	20.0%	7,653.76	27-Jul-01	27-Jul-02	365	365	38,269	38,269	20,872	20,872
Colectivo	21	14.5%	22,492.23	1-Ago-01	1-Ago-02	365	365	155,119	155,119	134,843	134,843
Colectivo	22	20.0%	11,478.42	27-Ago-01	27-Ago-02	365	365	57,392	57,392	7,378	7,378
Colectivo	23	20.0%	13,879.67	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	69,398	69,398	30,986	30,986
Colectivo	24	20.0%	6,089.77	5-Ene-01	5-Ene-02	365	365	30,449	30,449	-	-
Colectivo	25	20.0%	11,366.66	1-Mar-01	1-Mar-02	365	365	56,833	56,833	10,371	10,371
Colectivo	26	20.0%	10,969.91	25-Abr-01	25-Abr-02	365	365	54,849	54,849	-	-
Colectivo	27	20.0%	10,554.26	18-May-01	18-May-02	365	365	52,771	52,771	-	-
Colectivo	28	20.0%	36,796.35	7-Ago-01	7-Ago-02	365	365	183,982	183,982	86,113	86,113

Anexo IV
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Primer Año : 2000-2001

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Colectivo	29	20.0%	11,298.02	1-Oct-00	1-Oct-01	365	365	56,490	56,490	215,532	215,532
Colectivo	30	20.0%	5,470.29	1-Oct-00	1-Oct-01	365	365	27,351	27,351	60,629	60,629
Colectivo	31	20.0%	10,184.53	25-Oct-00	25-Oct-01	365	365	50,923	50,923	-	-
Colectivo	32	20.0%	11,910.15	10-Dic-00	10-Dic-01	365	365	59,551	59,551	11,445	11,445
Colectivo	33	20.0%	33,051.77	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	165,259	165,259	201,998	201,998
Colectivo	34	20.0%	12,339.22	3-Ene-01	3-Ene-02	365	365	61,696	61,696	26,248	26,248
Colectivo	35	20.0%	10,913.59	19-Feb-01	19-Feb-02	365	365	54,568	54,568	-	-
Colectivo	36	15.0%	9,545.61	26-Jun-01	26-Jun-02	365	365	63,637	63,637	81,768	81,768
Colectivo	37	20.0%	13,986.36	6-Jul-01	6-Jul-02	365	365	69,932	69,932	9,935	9,935
Colectivo	38	20.0%	15,425.69	9-Jul-01	9-Jul-02	365	365	77,128	77,128	-	-
Colectivo	39	15.0%	30,678.43	13-Ago-01	13-Ago-02	365	365	204,523	204,523	11,982	11,982
Colectivo	40	20.0%	10,680.92	21-Ago-01	21-Ago-02	365	365	53,405	53,405	-	-
Colectivo	41	20.0%	10,712.04	29-Oct-00	29-Oct-01	365	365	53,560	53,560	55,450	55,450
Colectivo	42	20.0%	15,797.27	17-Nov-00	17-Nov-01	365	365	78,986	78,986	97,321	97,321
Colectivo	43	20.0%	24,009.73	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	120,049	120,049	314,493	314,493
Colectivo	44	15.0%	18,653.53	1-Feb-01	1-Feb-02	365	365	124,357	124,357	30,139	30,139
Colectivo	45	20.0%	7,797.06	1-Feb-01	1-Feb-02	365	365	38,985	38,985	35,949	35,949
Colectivo	46	20.0%	9,645.46	20-Feb-01	20-Feb-02	365	365	48,227	48,227	-	-
Colectivo	47	20.0%	8,307.43	5-Mar-01	5-Mar-02	365	365	41,537	41,537	-	-
Colectivo	48	20.0%	10,890.71	15-Jun-01	15-Jun-02	365	365	54,453	54,453	-	-
Colectivo	49	20.0%	30,748.63	4-Jul-01	4-Jul-02	365	365	153,743	153,743	44,180	44,180
Colectivo	50	20.0%	47,707.93	30-Ago-01	30-Ago-02	365	365	238,539	238,539	118,351	118,351
Colectivo	51	20.0%	14,503.60	1-Sep-01	1-Sep-02	365	365	72,518	72,518	110,248	110,248
Colectivo	52	20.0%	10,399.35	14-Sep-01	14-Sep-02	365	365	51,997	51,997	-	-
Colectivo	53	20.0%	9,836.76	10-Nov-00	10-Nov-01	365	365	49,184	49,184	5,418	5,418
Colectivo	54	20.0%	33,164.56	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	165,823	165,823	-	-
Colectivo	55	20.0%	23,479.71	10-Mar-01	10-Mar-02	365	365	117,398	117,398	67,298	67,298
Colectivo	56	20.0%	8,529.35	23-May-01	23-May-02	365	365	42,647	42,647	37,004	37,004

Anexo IV
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Primer Año : 2000-2001

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Colectivo	57	20.0%	44,578.67	1-Jul-01	1-Jul-02	365	365	222,893	222,893	90,790	90,790
Colectivo	58	20.0%	19,359.00	10-Ago-01	10-Ago-02	365	365	96,795	96,795	63,447	63,447
Colectivo	59	20.0%	22,349.30	1-Dic-00	1-Dic-01	365	365	111,746	111,746	73,614	73,614
Colectivo	60	16.5%	27,697.11	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	167,861	167,861	220,538	220,538
Colectivo	61	20.0%	14,196.30	19-Ene-01	19-Ene-02	365	365	70,981	70,981	-	-
Colectivo	62	20.0%	7,420.56	1-May-01	1-May-02	365	365	37,103	37,103	-	-
Colectivo	63	3.5%	3,960.63	1-Ago-01	1-Ago-02	365	365	113,161	113,161	81,233	81,233
Colectivo	64	20.0%	30,211.59	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	151,058	151,058	21,860	21,860
Colectivo	65	20.0%	16,824.94	22-Abr-01	22-Abr-02	365	365	84,125	84,125	33,796	33,796
Colectivo	66	20.0%	8,585.33	7-Jun-01	7-Jun-02	365	365	42,927	42,927	-	-
Colectivo	67	20.0%	18,895.51	1-Jul-01	1-Jul-02	365	365	94,477	94,477	14,639	14,639
Colectivo	68	20.0%	20,384.44	3-Ago-01	3-Ago-02	365	365	101,922	101,922	12,504	12,504
Colectivo	69	20.0%	12,113.91	7-Mar-01	7-Mar-02	365	365	60,570	60,570	-	-
Colectivo	70	20.0%	13,549.32	14-Mar-01	14-Mar-02	365	365	67,747	67,747	20,424	20,424
Colectivo	71	20.0%	23,146.56	28-Mar-01	28-Mar-02	365	365	115,733	115,733	163,339	163,339
Colectivo	72	20.0%	20,965.92	1-Nov-00	1-Nov-01	365	365	104,829	104,829	69,930	69,930
Colectivo	73	9.0%	17,583.74	15-Ene-01	15-Ene-02	365	365	195,375	195,375	58,284	58,284
Colectivo	74	10.0%	18,521.77	14-Mar-01	14-Mar-02	365	365	185,218	185,218	272,675	272,675
Colectivo	75	20.0%	19,891.94	15-Mar-01	15-Mar-02	365	365	99,460	99,460	25,905	25,905
Colectivo	76	20.0%	36,389.60	26-Mar-01	26-Mar-02	365	365	181,948	181,948	137,125	137,125
Colectivo	77	20.0%	18,499.18	1-Jun-01	1-Jun-02	365	365	92,496	92,496	16,082	16,082
Colectivo	78	20.0%	37,293.65	15-Ago-01	15-Ago-02	365	365	186,468	186,468	113,983	113,983
Colectivo	79	20.0%	41,360.03	31-Dic-00	31-Dic-01	365	365	206,800	206,800	15,640	15,640
Colectivo	80	20.0%	27,352.03	17-Jun-01	17-Jun-02	365	365	136,760	136,760	91,822	91,822
Colectivo	81	0.0%	-	1-Ago-01	1-Ago-02	365	365	98,233	98,233	117,326	117,326
Colectivo	82	20.0%	36,337.68	24-Ago-01	24-Ago-02	365	365	181,688	181,688	12,101	12,101
Colectivo	83	20.0%	25,588.41	15-Sep-01	15-Sep-02	365	365	127,942	127,942	-	-
Colectivo	84	20.0%	12,775.51	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	63,877	63,877	45,268	45,268

Anexo IV
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Primer Año : 2000-2001

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Sinistralidad	Costo Neto de Sinistralidad Anual
Colectivo	85	20.0%	26,983.18	31-Ene-01	31-Ene-02	365	365	134,916	134,916	47,654	47,654
Colectivo	86	20.0%	25,456.24	16-Mar-01	16-Mar-02	365	365	127,281	127,281	53,024	53,024
Colectivo	87	20.0%	19,576.59	15-Ago-01	15-Ago-02	365	365	97,883	97,883	35,514	35,514
Colectivo	88	20.0%	39,659.73	1-May-01	1-May-02	365	365	198,298	198,298	21,815	21,815
Colectivo	89	20.0%	23,231.76	15-Nov-00	15-Nov-01	365	365	116,159	116,159	-	-
Colectivo	90	20.0%	41,044.65	31-Ene-01	31-Ene-02	365	365	205,223	205,223	13,762	13,762
Colectivo	91	9.5%	15,195.95	15-Jun-01	15-Jun-02	365	365	159,957	159,957	62,243	62,243
Colectivo	92	15.0%	32,064.74	12-Nov-00	12-Nov-01	365	365	213,765	213,765	55,501	55,501
Colectivo	93	15.0%	22,390.22	6-Dic-00	6-Dic-01	365	365	149,268	149,268	11,962	11,962
Colectivo	94	20.0%	21,293.05	1-Sep-01	1-Sep-02	365	365	106,465	106,465	103,090	103,090
Colectivo	95	20.0%	50,308.29	18-Sep-01	18-Sep-02	365	365	251,541	251,541	134,008	134,008
Colectivo	96	20.0%	18,907.68	20-Sep-01	20-Sep-02	365	365	94,538	94,538	159,524	159,524
Colectivo	97	20.0%	12,045.10	6-Nov-00	6-Nov-01	365	365	60,225	60,225	-	-
Colectivo	98	20.0%	46,267.44	31-Dic-00	31-Dic-01	365	365	231,337	231,337	82,505	82,505
Colectivo	99	20.0%	47,767.62	20-Mar-01	20-Mar-02	365	365	238,838	238,838	159,021	159,021
Colectivo	100	20.0%	26,254.45	9-Jun-01	9-Jun-02	365	365	131,272	131,272	168,189	168,189
Colectivo	101	20.0%	9,038.98	1-Sep-01	1-Sep-02	365	365	45,195	45,195	-	-
Colectivo	102	20.0%	11,384.67	14-Mar-01	14-Mar-02	365	365	56,923	56,923	67,877	67,877
Colectivo	103	20.0%	40,651.56	23-Ene-01	23-Ene-02	365	365	203,258	203,258	123,174	123,174
Colectivo	104	20.0%	38,022.43	15-Jun-01	15-Jun-02	365	365	190,112	190,112	302,336	302,336
Colectivo	105	20.0%	25,974.01	1-Jul-01	1-Jul-02	365	365	129,870	129,870	60,148	60,148
Grupo	106	20.0%	23,723.48	15-Jun-01	15-Jun-02	365	365	118,617	118,617	38,446	38,446
Grupo	107	20.0%	5,355.50	5-Dic-00	5-Dic-01	365	365	26,778	26,778	-	-
Grupo	108	15.0%	42,629.48	1-Feb-01	1-Feb-02	365	365	284,197	284,197	249,949	249,949
Grupo	109	20.0%	27,549.84	1-Feb-01	1-Feb-02	365	365	137,749	137,749	23,195	23,195
Grupo	110	20.0%	35,388.37	20-Feb-01	20-Feb-02	365	365	176,942	176,942	390,387	390,387
Grupo	111	20.0%	89,253.18	1-May-01	1-May-02	365	365	446,266	446,266	16,695	16,695
Grupo	112	20.0%	23,132.91	1-Jun-01	1-Jun-02	365	365	115,665	115,665	32,067	32,067

Anexo IV
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Primer Año : 2000-2001

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Grupo	113	20.0%	31,306.49	20-Jul-01	20-Jul-02	365	365	156,532	156,532	60,694	60,694
Grupo	114	10.0%	27,095.02	1-Feb-01	1-Feb-02	365	365	270,950	270,950	134,337	134,337
Grupo	115	20.0%	37,019.63	11-Ago-01	11-Ago-02	365	365	185,098	185,098	86,402	86,402
Grupo	116	20.0%	32,920.16	17-Feb-01	17-Feb-02	365	365	164,601	164,601	106,576	106,576
Grupo	117	20.0%	13,012.08	1-Mar-01	1-Mar-02	365	365	65,060	65,060	15,254	15,254
Grupo	118	20.0%	32,708.64	1-May-01	1-May-02	365	365	163,543	163,543	33,036	33,036
Grupo	119	20.0%	19,264.90	8-May-01	8-May-02	365	365	96,325	96,325	5,900	5,900
Grupo	120	15.0%	8,910.16	3-Mar-01	3-Mar-02	365	365	59,401	59,401	-	-
Grupo	121	15.0%	41,521.02	15-Ene-01	15-Ene-02	365	365	276,807	276,807	66,793	66,793
Grupo	122	20.0%	87,456.55	29-May-01	29-May-02	365	365	437,283	437,283	541,599	541,599
Grupo	123	20.0%	24,808.11	4-Jul-01	4-Jul-02	365	365	124,041	124,041	79,693	79,693
Grupo	124	15.0%	30,821.31	31-Dic-00	31-Dic-01	365	365	205,475	205,475	280,104	280,104
Grupo	125	20.0%	55,005.69	28-Ene-01	28-Ene-02	365	365	275,028	275,028	151,849	151,849
Grupo	126	20.0%	42,801.05	17-Jul-01	17-Jul-02	365	365	214,005	214,005	11,660	11,660
Grupo	127	20.0%	53,347.17	30-Ago-01	30-Ago-02	365	365	266,736	266,736	178,228	178,228
Grupo	128	20.0%	9,500.38	1-Mar-01	1-Mar-02	365	365	47,502	47,502	274,228	274,228
Grupo	129	20.0%	56,960.92	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	284,805	284,805	81,800	81,800
Grupo	130	20.0%	33,082.19	12-Abr-01	12-Abr-02	365	365	165,411	165,411	61,196	61,196
Grupo	131	12.0%	11,961.03	17-Abr-01	17-Abr-02	365	365	99,675	99,675	13,195	13,195
Grupo	132	20.0%	25,606.68	1-Jul-01	1-Jul-02	365	365	128,033	128,033	125,033	125,033
Grupo	133	20.0%	55,361.27	30-Jun-01	30-Jun-02	365	365	276,806	276,806	401,404	401,404
Grupo	134	20.0%	81,641.58	12-Mar-01	12-Mar-02	365	365	408,208	408,208	93,583	93,583
Grupo	135	10.0%	33,821.76	30-Jun-01	30-Jun-02	365	365	338,218	338,218	152,038	152,038
Grupo	136	20.0%	47,744.37	1-Jul-01	1-Jul-02	365	365	238,722	238,722	274,338	274,338
Grupo	137	20.0%	16,431.05	15-Feb-01	15-Feb-02	365	365	82,155	82,155	-	-
Grupo	138	20.0%	49,350.35	1-Ago-01	1-Ago-02	365	365	246,752	246,752	81,311	81,311
Grupo	139	20.0%	72,425.69	31-Dic-00	31-Dic-01	365	365	362,128	362,128	41,082	41,082
Grupo	140	15.0%	35,993.80	28-Abr-01	28-Abr-02	365	365	239,959	239,959	224,857	224,857

Anexo IV
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Primer Año : 2000-2001

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Grupo	141	20.0%	76,204.43	24-Jul-01	24-Jul-02	365	365	381,022	381,022	119,264	119,264
Grupo	142	20.0%	20,432.76	28-Jun-01	28-Jun-02	365	365	102,164	102,164	29,570	29,570
Grupo	143	20.0%	50,591.38	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	252,957	252,957	106,913	106,913
Grupo	144	20.0%	48,887.28	1-Sep-01	1-Sep-02	365	365	244,436	244,436	656,938	656,938
Grupo	145	20.0%	61,476.81	16-Nov-00	16-Nov-01	365	365	307,384	307,384	107,139	107,139
Grupo	146	20.0%	88,478.08	15-Oct-00	15-Oct-01	365	365	442,390	442,390	257,991	257,991
Grupo	147	20.0%	38,755.34	1-Ene-01	1-Ene-02	365	365	193,777	193,777	197,974	197,974
Grupo	148	20.0%	59,692.08	2-Jul-01	2-Jul-02	365	365	298,460	298,460	33,167	33,167
Grupo	149	20.0%	31,694.28	1-Oct-00	1-Oct-01	365	365	158,471	158,471	59,305	59,305
Grupo	150	20.0%	41,413.70	1-Nov-00	1-Nov-01	365	365	207,069	207,069	44,660	44,660
Grupo	151	20.0%	85,348.00	10-Feb-01	10-Feb-02	365	365	426,740	426,740	50,036	50,036
Grupo	152	20.0%	71,520.73	1-Nov-00	1-Nov-01	365	365	357,604	357,604	983,587	983,587
Grupo	153	18.0%	110,343.91	1-Abr-01	1-Abr-02	365	365	613,022	613,022	220,758	220,758
Grupo	154	15.0%	41,152.98	31-Dic-00	31-Dic-01	365	365	274,353	274,353	93,623	93,623
Grupo	155	20.0%	43,566.65	25-Feb-01	25-Feb-02	365	365	217,833	217,833	57,178	57,178
Grupo	156	15.0%	78,888.53	5-Ene-01	5-Ene-02	365	365	525,924	525,924	351,002	351,002
Grupo	157	10.0%	41,124.24	13-Mar-01	13-Mar-02	365	365	411,242	411,242	284,080	284,080
TOTAL			4,367,003					23,687,379	23,687,379	13,699,017	13,699,017

ANEXO V
ANALISIS DE CARTERA DE SEGUNDO PERIODO

Anexo V
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Segundo Año : 2001-2002

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Colectivo	1	20.0%	1,743	17-Feb-02	17-Feb-03	365	365	8,713	8,713	1,852	2,223
Colectivo	2	20.0%	11,259	1-Jun-02	1-Jun-03	365	303	56,293	46,731	-	-
Colectivo	3	16.5%	20,236	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	122,645	122,645	100,922	121,107
Colectivo	4	20.0%	18,451	14-Jun-02	14-Jun-03	365	290	92,254	73,297	69,263	104,611
Colectivo	5	20.0%	3,253	23-Feb-02	23-Feb-03	365	365	16,263	16,263	-	-
Colectivo	6	20.0%	15,327	25-Jul-02	25-Jul-03	365	249	76,637	52,281	63,846	112,307
Colectivo	7	20.0%	26,874	14-Jun-02	14-Jun-03	365	290	134,368	106,758	20,425	30,848
Colectivo	8	15.0%	16,541	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	110,275	110,275	-	-
Colectivo	9	15.0%	9,603	1-May-02	1-May-03	365	334	64,018	58,581	8,140	10,675
Colectivo	10	20.0%	9,157	7-Mar-02	7-Mar-03	365	365	45,785	45,785	-	-
Colectivo	11	20.0%	75,564	24-Jul-02	24-Jul-03	365	250	377,821	258,782	7,375	12,922
Colectivo	12	20.0%	17,762	1-Jun-02	1-Jun-03	365	303	88,809	73,723	-	-
Colectivo	13	20.0%	13,275	1-Nov-01	1-Nov-02	365	365	66,377	66,377	53,194	63,832
Colectivo	14	20.0%	23,520	27-Ago-02	27-Ago-03	365	216	117,600	69,594	-	-
Colectivo	15	14.5%	24,644	1-Ago-02	1-Ago-03	365	242	169,958	112,684	76,311	138,116
Colectivo	16	20.0%	3,501	25-Oct-01	25-Oct-02	365	365	17,506	17,506	-	-
Colectivo	17	20.0%	9,428	10-Nov-01	10-Nov-02	365	365	47,141	47,141	29,736	35,683
Colectivo	18	20.0%	12,224	1-Dic-01	1-Dic-02	365	365	61,119	61,119	138,983	166,780
Colectivo	19	20.0%	38,869	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	194,345	194,345	107,608	129,130
Colectivo	20	20.0%	9,569	19-Feb-02	19-Feb-03	365	365	47,843	47,843	-	-
Colectivo	21	20.0%	12,200	21-Ago-02	21-Ago-03	365	222	60,998	37,100	3,346	6,601
Colectivo	22	20.0%	7,901	6-Jul-02	6-Jul-03	365	268	39,504	29,006	33,890	55,387
Colectivo	23	20.0%	7,746	15-Jun-02	15-Jun-03	365	289	38,728	30,664	17,966	27,228
Colectivo	24	20.0%	8,118	23-May-02	23-May-03	365	312	40,589	34,695	-	-
Colectivo	25	15.0%	11,580	1-May-02	1-May-03	365	334	77,198	70,642	-	-
Colectivo	26	20.0%	5,263	1-Oct-01	1-Oct-02	365	365	26,315	26,315	37,132	44,558
Colectivo	27	20.0%	50,459	1-Nov-01	1-Nov-02	365	365	252,293	252,293	267,938	321,526
Colectivo	28	20.0%	20,507	28-Nov-01	28-Nov-02	365	365	102,536	102,536	6,972	8,366
Colectivo	29	20.0%	5,684	3-Ene-02	3-Ene-03	365	365	28,420	28,420	-	-
Colectivo	30	15.0%	66,063	5-Ene-02	5-Ene-03	365	365	440,422	440,421	270,065	324,078
Colectivo	31	20.0%	14,106	1-Mar-02	1-Mar-03	365	365	70,528	70,528	-	-
Colectivo	32	20.0%	12,457	9-Ago-02	9-Ago-03	365	234	62,287	39,932	-	-
Colectivo	33	20.0%	34,084	7-Ago-02	7-Ago-03	365	236	170,418	110,188	-	-

Anexo V
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Segundo Año : 2001-2002

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Colectivo	34	20.0%	5,245	10-Jul-02	10-Jul-03	365	264	26,226	18,969	22,255	36,923
Colectivo	35	20.0%	4,460	9-Jul-02	9-Jul-03	365	265	22,302	16,192	-	-
Colectivo	36	20.0%	8,344	1-Abr-02	1-Abr-03	365	364	41,720	41,606	-	-
Colectivo	37	20.0%	6,895	25-Feb-02	25-Feb-03	365	365	34,473	34,473	-	-
Colectivo	38	20.0%	8,872	5-Mar-02	5-Mar-03	365	365	44,362	44,362	-	-
Colectivo	39	20.0%	29,411	20-Mar-02	20-Mar-03	365	365	147,057	147,057	108,351	130,021
Colectivo	40	20.0%	11,913	14-Sep-02	14-Sep-03	365	198	59,565	32,312	-	-
Colectivo	41	20.0%	54,136	30-Ago-02	30-Ago-03	365	213	270,681	157,959	36,471	74,996
Colectivo	42	20.0%	8,753	4-Abr-02	4-Abr-03	365	361	43,763	43,283	1,390	1,686
Colectivo	43	20.0%	14,494	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	72,471	72,471	11,917	14,301
Colectivo	44	20.0%	20,831	15-Ago-02	15-Ago-03	365	228	104,153	65,060	12,890	24,762
Colectivo	45	20.0%	39,375	4-Jul-02	4-Jul-03	365	270	196,875	145,634	-	-
Colectivo	46	20.0%	17,440	29-May-02	29-May-03	365	306	87,202	73,106	74,814	107,087
Colectivo	47	20.0%	11,753	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	58,765	58,765	12,796	15,355
Colectivo	48	20.0%	26,319	10-Mar-02	10-Mar-03	365	365	131,596	131,596	157,702	189,242
Colectivo	49	0.0%	-	1-Ago-02	1-Ago-03	365	242	111,670	74,039	6,779	12,269
Colectivo	50	20.0%	51,480	1-Jul-02	1-Jul-03	365	273	257,398	192,520	57,780	92,702
Colectivo	51	20.0%	29,698	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	148,490	148,490	47,848	57,417
Colectivo	52	20.0%	12,535	1-Jul-02	1-Jul-03	365	273	62,674	46,877	12,890	20,680
Colectivo	53	20.0%	27,632	6-Jun-02	6-Jun-03	365	298	138,158	112,797	25,955	38,149
Colectivo	54	20.0%	13,146	17-May-02	17-May-03	365	318	65,730	57,266	-	-
Colectivo	55	20.0%	13,860	6-Nov-01	6-Nov-02	365	365	69,300	69,300	17,175	20,610
Colectivo	56	15.0%	26,573	12-Nov-01	12-Nov-02	365	365	177,152	177,152	57,311	68,774
Colectivo	57	20.0%	13,187	3-Ago-02	3-Ago-03	365	240	65,936	43,355	88,469	161,456
Colectivo	58	20.0%	32,938	29-Jul-02	29-Jul-03	365	245	164,688	110,544	-	-
Colectivo	59	20.0%	18,958	1-Jun-02	1-Jun-03	365	303	94,790	78,689	-	-
Colectivo	60	20.0%	11,099	1-May-02	1-May-03	365	334	55,497	50,783	-	-
Colectivo	61	20.0%	34,452	15-Feb-02	15-Feb-03	365	365	172,262	172,262	175,564	210,676
Colectivo	62	20.0%	59,704	4-Mar-02	4-Mar-03	365	365	298,519	298,519	43,374	52,049
Colectivo	63	20.0%	30,622	28-Mar-02	28-Mar-03	365	365	153,109	153,109	44,473	53,367
Colectivo	64	20.0%	61,407	24-Ago-02	24-Ago-03	365	219	307,033	184,220	93,841	187,682
Colectivo	65	20.0%	34,023	16-May-02	16-May-03	365	319	170,115	148,676	43,518	59,753
Colectivo	66	15.0%	28,700	1-May-02	1-May-03	365	334	191,333	175,083	4,315	5,658

Anexo V
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Segundo Año : 2001-2002

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Colectivo	67	20.0%	45,105	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	225,527	225,527	69,177	83,012
Colectivo	68	15.0%	16,893	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	112,621	112,621	60,375	72,450
Colectivo	69	10.0%	15,961	14-Mar-02	14-Mar-03	365	365	159,614	159,614	61,950	74,340
Colectivo	70	20.0%	34,940	19-Jun-02	19-Jun-03	365	285	174,701	136,410	52,261	80,316
Colectivo	71	20.0%	15,028	1-Oct-01	1-Oct-02	365	365	75,141	75,141	485,085	582,102
Colectivo	72	20.0%	25,840	1-Oct-01	1-Oct-02	365	365	129,202	129,202	47,358	56,830
Colectivo	73	20.0%	31,032	19-Dic-01	19-Dic-02	365	365	155,161	155,161	81,220	97,463
Colectivo	74	20.0%	45,412	26-Mar-02	26-Mar-03	365	365	227,059	227,059	404,489	485,387
Colectivo	75	20.0%	36,138	15-Sep-02	15-Sep-03	365	197	180,689	97,523	54,565	121,318
Colectivo	76	20.0%	25,612	15-Nov-01	15-Nov-02	365	365	128,061	128,061	48,444	58,133
Colectivo	77	20.0%	24,418	15-Ago-02	15-Ago-03	365	228	122,088	76,263	13,176	25,312
Colectivo	78	20.0%	7,218	26-Abr-02	26-Abr-03	365	339	36,088	33,517	-	-
Colectivo	79	20.0%	33,553	21-Dic-01	21-Dic-02	365	365	167,763	167,763	27,649	33,178
Colectivo	80	20.0%	54,560	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	272,800	272,800	22,131	26,557
Colectivo	81	20.0%	34,906	31-Ene-02	31-Ene-03	365	365	174,532	174,532	18,037	21,644
Colectivo	82	20.0%	24,924	1-Sep-02	1-Sep-03	365	211	124,620	72,040	-	-
Colectivo	83	20.0%	21,063	31-Jul-02	31-Jul-03	365	243	105,313	70,113	4,717	8,502
Colectivo	84	20.0%	95,364	19-Jul-02	19-Jul-03	365	255	476,821	333,121	220,628	378,961
Colectivo	85	20.0%	41,570	15-Jun-02	15-Jun-03	365	289	207,849	164,571	383,461	581,162
Colectivo	86	20.0%	13,709	1-Abr-02	1-Abr-03	365	364	68,544	68,356	-	-
Colectivo	87	20.0%	51,033	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	255,163	255,163	1,008,860	1,210,632
Colectivo	88	20.0%	45,684	23-Ene-02	23-Ene-03	365	365	228,421	228,421	80,214	96,257
Colectivo	89	20.0%	22,987	16-Mar-02	16-Mar-03	365	365	114,935	114,935	101,470	121,764
Colectivo	90	20.0%	33,339	20-Jul-02	20-Jul-03	365	254	166,696	116,002	43,059	74,250
Colectivo	91	9.5%	18,127	15-Jun-02	15-Jun-03	365	289	190,809	151,079	52,013	78,830
Colectivo	92	15.0%	24,015	6-Dic-01	6-Dic-02	365	365	160,100	160,100	204,197	245,037
Colectivo	93	20.0%	10,780	10-Ene-02	10-Ene-03	365	365	53,898	53,898	5,583	6,699
Colectivo	94	20.0%	55,955	1-May-02	1-May-03	365	334	279,776	256,014	164,496	215,716
Colectivo	95	20.0%	20,632	12-Abr-02	31-Dic-02	263	263	103,160	103,160	52,650	63,179
Colectivo	96	20.0%	13,605	10-Jun-02	10-Jun-03	365	294	68,027	54,794	28,296	42,155
Colectivo	97	15.0%	39,812	1-Feb-02	1-Feb-03	365	365	265,415	265,415	223,816	268,579
Grupo	98	10.0%	27,551	1-Feb-02	1-Feb-03	365	365	275,507	275,507	96,589	115,907
Grupo	99	20.0%	25,929	8-May-02	8-May-03	365	327	129,645	116,147	57,640	77,206

Anexo V
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Segundo Año : 2001-2002

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Grupo	100	20.0%	27,163	17-Feb-02	17-Feb-03	365	365	135,816	135,816	174,744	209,693
Grupo	101	20.0%	20,945	20-Sep-02	20-Sep-03	365	192	104,725	55,088	-	-
Grupo	102	20.0%	25,836	1-Jul-02	1-Jul-03	365	273	129,182	96,621	31,991	51,327
Grupo	103	15.0%	21,309	30-Nov-01	30-Nov-02	365	365	142,060	142,060	21,209	25,451
Grupo	104	15.0%	36,270	1-Jun-02	1-Jun-03	365	303	241,797	200,725	56,152	81,171
Grupo	105	15.0%	35,654	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	237,696	237,696	314,769	377,723
Grupo	106	20.0%	36,311	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	181,554	181,554	2,190	2,628
Grupo	107	20.0%	78,951	31-Ene-02	31-Ene-03	365	365	394,753	394,753	304,530	365,436
Grupo	108	20.0%	54,695	29-Jun-02	29-Jun-03	365	275	273,474	206,042	16,829	26,804
Grupo	109	15.0%	45,563	15-Ene-02	15-Ene-03	365	365	303,756	303,756	88,440	106,128
Grupo	110	20.0%	27,246	1-Jul-02	1-Jul-03	365	273	136,228	101,891	3,465	5,559
Grupo	111	20.0%	108,964	29-May-02	29-May-03	365	306	544,818	456,751	245,148	350,899
Grupo	112	20.0%	24,987	14-Mar-02	14-Mar-03	365	365	124,935	124,935	89,630	107,556
Grupo	113	20.0%	140,101	1-May-02	1-May-03	365	334	700,505	641,010	102,436	134,332
Grupo	114	20.0%	12,667	1-Ago-02	1-Ago-03	365	242	63,333	41,991	-	-
Grupo	115	20.0%	68,951	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	344,756	344,756	120,413	144,496
Grupo	116	20.0%	16,625	1-Mar-02	1-Mar-03	365	365	83,127	83,127	5,424	6,508
Grupo	117	20.0%	52,076	17-Jul-02	17-Jul-03	365	257	260,379	183,335	-	-
Grupo	118	10.0%	40,544	30-Jun-02	30-Jun-03	365	274	405,439	304,357	97,965	156,602
Grupo	119	20.0%	50,412	1-Jun-02	1-Jun-03	365	303	252,059	209,243	42,406	61,300
Grupo	120	17.5%	76,650	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	438,001	438,001	38,984	46,780
Grupo	121	20.0%	34,469	4-Jul-02	4-Jul-03	365	270	172,344	127,487	85,266	138,320
Grupo	122	20.0%	20,068	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	100,340	100,340	16,437	19,725
Grupo	123	20.0%	54,731	1-Jul-02	1-Jul-03	365	273	273,653	204,678	133,665	214,452
Grupo	124	20.0%	105,659	21-May-02	21-May-03	365	314	528,294	454,478	108,336	151,118
Grupo	125	20.0%	26,223	25-Ago-02	25-Ago-03	365	218	131,113	78,308	86,380	173,552
Grupo	126	20.0%	33,760	17-Abr-02	17-Abr-03	365	348	168,799	160,937	79,305	99,815
Grupo	127	20.0%	90,729	1-Abr-02	1-Abr-03	365	364	453,647	452,404	195,451	235,185
Grupo	128	20.0%	65,709	1-Ago-02	1-Ago-03	365	242	328,544	217,829	54,669	98,946
Grupo	129	20.0%	43,006	28-Ene-02	28-Ene-03	365	365	215,029	215,029	231,234	277,480
Grupo	130	20.0%	45,737	1-Feb-02	1-Feb-03	365	365	228,683	228,683	478,565	574,277
Grupo	131	20.0%	86,785	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	433,923	433,923	156,037	187,245
Grupo	132	20.0%	26,707	28-Jun-02	28-Jun-03	365	276	133,533	100,973	51,193	81,240

Anexo V
Análisis de Cartera de Tarifa de Línea
Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo
Segundo Año : 2001-2002

Ramo	Póliza	Comisión Agente	Monto Comisión Agente	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Días Vig.	Días Dev. al 31/03/03	Prima Neta Emitida	Prima Devengada	Costo Neto de Siniestralidad	Costo Neto de Siniestralidad Anual
Grupo	133	20.0%	46,075	15-Mar-02	15-Mar-03	365	365	230,377	230,377	127,675	153,209
Grupo	134	15.0%	37,252	1-May-02	1-May-03	365	334	248,347	227,255	118,965	156,008
Grupo	135	20.0%	47,426	25-Jul-02	25-Jul-03	365	249	237,131	161,769	-	-
Grupo	136	10.0%	47,367	15-Oct-01	15-Oct-02	365	365	473,667	473,667	266,250	319,500
Grupo	137	20.0%	95,856	16-Nov-01	16-Nov-02	365	365	479,278	479,278	217,264	260,717
Grupo	138	20.0%	26,087	15-Feb-02	15-Feb-03	365	365	130,437	130,437	69,243	83,092
Grupo	139	20.0%	71,725	17-Ago-02	17-Ago-03	365	226	358,625	222,053	172,099	333,536
Grupo	140	20.0%	40,377	1-Ene-02	1-Ene-03	365	365	201,883	201,883	55,471	66,566
Grupo	141	20.0%	96,937	30-Sep-02	30-Sep-03	365	182	484,683	241,678	99,504	239,467
Grupo	142	20.0%	74,831	2-Jul-02	2-Jul-03	365	272	374,153	278,821	57,487	92,572
Grupo	143	15.0%	24,082	22-Nov-01	22-Nov-02	365	365	160,545	160,545	137,794	165,353
Grupo	144	15.0%	25,926	31-Dic-01	31-Dic-02	365	365	172,841	172,841	126,324	151,589
Grupo	145	20.0%	113,139	1-Nov-01	1-Nov-02	365	365	565,696	565,696	299,590	359,508
Grupo	146	20.0%	55,453	25-Feb-02	25-Feb-03	365	365	277,266	277,266	32,502	39,002
Grupo	147	20.0%	87,078	1-Nov-01	1-Nov-02	365	365	435,390	435,390	22,843	27,411
TOTAL			4,943,026					26,483,435	23,187,278	11,882,715	15,713,747

BIBLIOGRAFIA

Introductory Statistics with Applications in General Insurance

I.B. Hussack, J.H. Pollard. Cambridge University. Capítulos 2,3,4 y 6.

Individual Health Insurance.

O'Grady, Society of Actuaries. Capítulos 2, 4, 6 y 7.

Group Insurance.

Willilam F. Bluhm, ACTEX – Mad River Books. Capítulos: 7,18 y 21.

Actuarial Issues in the Fee-For-Service/Prepaid Medical Group.

Sutton & Sorbo, ACTEX- Mad Rivers Books. Capítulos 6, 7 y 10.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Agenda de Seguros y Fianzas 2003. Ediciones Fiscales ISEF. Apartado I. Pág. 1-7.

Reglamento del Seguro de Grupo

Agenda de Seguros y Fianzas 2003. Ediciones Fiscales ISEF. Apartado V. Pág. 1-7.

Colección de Circulares en Materia de Seguros y Fianzas.

Academia Mexicana de Derecho Financiero, A.C. Editorial Fiscal y Laboral, Volumen I. Pág.147-153 y 171.

Nota Técnica Referencial para el Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo.

Comité de Gastos Médicos Mayores. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Abril 2000.

Estimación de los Niveles de Precios en los Servicios de Salud 2001, 2002 y 2003.

Dirección de Personas. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

Comparativo del Estado de Resultados de Compañías Aseguradoras

Dirección de Personas. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. Junio 2000

Clausulados y Condiciones Generales de Productos de Aseguradoras.

Productos de aseguradoras vigentes al 2003.

EstadisticAMIS 4to. trimestre 2002 y 2003

Revista publicada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C