



BOLETÍN ESPECIAL

LA ANATOMÍA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Guía técnica y práctica para comprender, conservar y optimizar tu póliza de salud

Edición Especial | Año I, Volumen I | Septiembre 2026

Una publicación especializada para el sector asegurador, sus profesionales y asegurados.

INDICE

EDITORIAL DE APERTURA

La Encrucijada de la Salud Financiera y la Atención Médica Pág. 3

SECCIÓN 1: TEMA COYUNTURAL DURANTE SEPTIEMBRE DE 2026 EN EL SECTOR ASEGURADOR MEXICANO. Pág. 4

Crisis de asequibilidad en el Seguro de Gastos Médicos Mayores

SECCIÓN 2: TEMA CENTRAL – CLARIDAD CONTRACTUAL Pág. 7

Deducible, Coaseguro y Topes: La Fórmula Real de tu Participación

SECCIÓN 3: OPERACIÓN Y DERECHOS Pág. 9

Del Diagnóstico al Dictamen: Buenas Prácticas en la Gestión del Siniestro

SECCIÓN 4: DERECHO DE SEGUROS Y ANÁLISIS TÉCNICO Pág. 11

Antigüedad, Preexistencias y Tiempos de Espera: Conceptos que Protegen tu Cobertura

SECCIÓN 5: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS Pág. 13

Sostenibilidad Financiera en Adultos Mayores y la Evolución hacia las ISES

SECCIÓN 6: EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO Pág. 15.

Dinámica Operativa, Penetración Real y el Enigma Fiscal de 2026

SECCIÓN 7: IMPACTO DE LA INFLACIÓN MÉDICA EN LOS SEGUROS DE GMM Pág. 27

SECCIÓN 8: LA PORTABILIDAD DE SEGUROS DE GMM Pág. 30

SECCIÓN 9: LO QUE DEBES TENER PRESENTE SI TIENES CONTRATADO UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. Pág. 33

SECCIÓN 10: SEGUROS DE SALUD VS. SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. Pág. 37

SECCIÓN 11: COMPORTAMIENTO DE LA SINIESTRALIDAD EN LOS SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Pág. 43

SECCIÓN 12: DECÁLOGO DE ACCIÓN PARA EL ASEGURADO. PAG. 45

SECCIÓN 13.- INFOGRAFÍAS: 46

CONCLUSIÓN EDITORIAL. 55

PIE DE PÁGINA Y CIERRE EDITORIAL Pág. 56

EDITORIAL DE APERTURA

La Encrucijada de la Salud Financiera y la Atención Médica

En un entorno económico donde los avances en la medicina, el costo de los medicamentos de última generación y la tecnología hospitalaria avanzan a un ritmo acelerado, el **Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM)** se consolida como un pilar imprescindible para la preservación del patrimonio familiar.

Sin embargo, el sector enfrenta un desafío sin precedentes: la **inflación médica**, un fenómeno estructural que año con año incrementa los costos de atención muy por encima del índice general de precios. Esta realidad obliga a reevaluar las estrategias de cobertura, pues un incremento en los costos de hospitalización repercute directamente en las primas, los deducibles y las participaciones que asume el asegurado.

Frente a este escenario, la mejor herramienta de protección no radica únicamente en la contratación de una suma asegurada robusta, sino en la **comprensión profunda de las reglas del contrato**. Transitar de un asegurado pasivo a un **asegurado informado y responsable** es el único camino para garantizar la sostenibilidad financiera de la póliza a largo plazo y evitar sorpresas desagradables al momento de enfrentar una emergencia de salud.

Con esta edición especial, desde *Cultura del Contrato de Seguro* reafirmamos nuestro compromiso con la divulgación técnica y la claridad contractual. A través de las siguientes páginas, desglosaremos los conceptos clave, los procesos operativos y las mejores prácticas para asegurar que tu póliza cumpla con su propósito fundamental: ser un verdadero escudo protector ante la adversidad.

— **Dirección Editorial, Cultura del Contrato de Seguro**

SECCIÓN 1

TEMA COYUNTURAL DURANTE SEPTIEMBRE DE 2026 EN EL SECTOR ASEGURADOR MEXICANO.

El tema de importancia más crítico durante septiembre de 2026 en el sector asegurador mexicano es la **crisis de asequibilidad en el Seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM)** y la caída histórica en el número de asegurados.

Recientemente, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) dieron a conocer cifras alarmantes que encendieron los focos rojos en la industria y en el Poder Legislativo:

Key Data del Fenómeno (Reportes de Septiembre 2026)

- **Pérdida de asegurados:** En solo un año, la cartera del ramo de GMM perdió aproximadamente **un millón de riesgos asegurados**, afectando de manera desproporcionada a la clase media.
- **Caída en Utilidades:** La combinación de una inflación médica del **14.5%** y una siniestralidad acumulada desbordada redujo la utilidad técnica de este segmento en un **51.5%** para las aseguradoras.
- **Incrementos en Primas:** Se registraron aumentos de hasta **80% en el costo de renovación de pólizas** individuales y colectivas en los últimos 12 meses.

Causas y Consecuencias Clave

1. **Efecto Expulsión de la Clase Media:** El encarecimiento acelerado transformó una cobertura tradicionalmente aspiracional para la clase media en un servicio exclusivo de segmentos con ingresos muy altos.
2. **Uso de "Mecanismos de Contención":** Los asegurados que buscan mantener su protección han tenido que elevar deducibles, incrementar coaseguros o migrar a planes modulares con redes hospitalarias limitadas.
3. **Presión Legislativa:** A mediados de septiembre de 2026, legisladores en el Congreso comenzaron a presionar públicamente a la CNSF para impulsar **iniciativas de ley que regulen y fijen límites** a los incrementos en primas e insumos hospitalarios privados.

A largo plazo, la crisis de asequibilidad y la pérdida masiva de asegurados en el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) transformarán profundamente la estructura del sector asegurador en México.

De no frenarse la espiral de incrementos en primas e inflación médica, la industria enfrentará las siguientes consecuencias estructurales:

1. **Espiral de Antiselección y Degradación Técnica de la Cartera**

Al incrementarse desmedidamente las primas, los asegurados jóvenes, sanos o de menor riesgo son los primeros en cancelar sus pólizas. La cartera resultante queda compuesta predominantemente por asegurados de mayor edad o con padecimientos crónicos (quienes no pueden darse el lujo de perder la antigüedad). Esta concentración de alto riesgo dispara aún más la siniestralidad devengada, forzando nuevos aumentos de tarifas y alimentando un círculo vicioso de insostenibilidad financiera.

2. Canibalización del Segmento Individual y Contracción del Mercado

El seguro individual de GMM dejará de ser un producto masivo para la clase media y se consolidará como un bien suntuario accesible únicamente para el decil de ingresos más altos. Las aseguradoras se verán obligadas a virar hacia esquemas colectivos/empresariales o a desarrollar coberturas indemnizatorias y planes "de primer contacto" (catastróficos limitados, Quirúrgicos e ISES) para mitigar el desplome en el volumen de primas emitidas.

3. Cambio Dominante hacia Coaseguros y Redes Cerradas (Managed Care)

Para contener el costo medio por siniestro, el modelo tradicional de pago por servicio con libre elección de hospitales y médicos tenderá a desaparecer o quedar restringido a pólizas de altísima gama. A largo plazo prevalecerán:

- **Planes modulares cerrados:** Redes hospitalarias estrictamente negociadas con paquetes de diagnóstico y tratamiento cerrados.
- **Copagos y deducibles elevados:** Transferencia de un porcentaje mayor del costo inicial al asegurado para desincentivar la utilización innecesaria de servicios de salud.

4. Mayor Intervención Regulatoria y Presión Legislativa

La incapacidad del mercado para autoregular los costos de la medicina privada catalizará reformas legales en el Congreso de la Unión y la CNSF. A largo plazo, el sector enfrentará un marco normativo más rígido respecto a:

- Control o topes a la variación de primas por edad avanzada.
- Mayor transparencia y estandarización en la dictaminación de siniestros.
- Regulación conjunta entre la Secretaría de Salud y las autoridades financieras para auditar los precios e insumos de los grupos hospitalarios privados.

5. Saturación Adicional del Sistema de Salud Público

La salida masiva de asegurados del sector privado no elimina la demanda de atención médica de alta especialidad. Gran parte de la población que pierda su cobertura privada desplazará sus tratamientos hacia el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el

ISSSTE o el sistema de salud pública, incrementando la saturación, los tiempos de espera y el gasto del Estado en la atención de enfermedades crónico-degenerativas.



SECCIÓN 2

TEMA CENTRAL – CLARIDAD CONTRACTUAL

Deducible, Coaseguro y Topes: La Fórmula Real de tu Participación

Uno de los momentos de mayor fricción entre los asegurados y las instituciones de seguros ocurre al momento de liquidar la cuenta hospitalaria o el reembolso. Comprender cómo interactúan las tres variables fundamentales de participación monetaria en la póliza es clave para evitar sorpresas financieras y planificar adecuadamente la atención médica.

Los Tres Pilares de tu Coparticipación

1. Deducible (La Barrera de Entrada):

Es una cantidad fija estipulada en la carátula de tu póliza. Funciona como un "filtro": la aseguradora solo comenzará a responder si el costo total de los gastos médicos procedentes **supera** el monto del deducible. Si el gasto es menor, corre al 100% por cuenta del asegurado.

2. Coaseguro (La Corresponsabilidad Porcentual):

Una vez superado el deducible, la aseguradora absorbe la mayor parte del reclamo, pero el asegurado conserva un porcentaje de participación sobre la diferencia restante (comúnmente del 10%, 15% o 20%). Este mecanismo busca incentivar un uso racional de los servicios médicos.

3. Tope de Coaseguro (Tu Escudo Financiero):

Es la cifra máxima en pesos que el asegurado pagará por concepto de coaseguro, independientemente de qué tan elevada sea la factura hospitalaria. Es, en la práctica, la garantía de que un evento catastrófico no devastará el patrimonio familiar.

Ejemplo Práctico de Liquidación

Imaginemos un procedimiento quirúrgico y de hospitalización con las siguientes condiciones contractuales y de siniestro:

- **Póliza contratada:**
 - Deducible: **\$20,000 MXN**
 - Coaseguro: **10%**
 - Tope de Coaseguro: **\$45,000 MXN**

- **Monto total de gastos cubiertos y procedentes: \$600,000 MXN**

Desglose de Pago Paso a Paso:

- **Gasto médico cubierto:** \$600,000 MXN
- **(-) Deducible a cargo del asegurado:** \$20,000 MXN
- **(=) Base para el cálculo del coaseguro:** \$580,000 MXN

Cálculo del Coaseguro:

Coaseguro teórico (10% de \$580,000) = \$58,000 MXN

Como el coaseguro teórico (\$58,000) **supera** el Tope de Coaseguro pactado en la póliza (\$45,000), se aplica el tope.

Resumen de la Distribución del Pago:

Concepto	Monto a Cargo
Deducible	\$20,000 MXN
Coaseguro (Topado)	\$45,000 MXN
PAGO TOTAL DEL ASEGURADO	\$65,000 MXN
PAGO A CARGO DE LA ASEGURADORA	\$535,000 MXN

Nota para el Asegurado: Recuerda que los gastos no procedentes (por ejemplo, insumos o medicamentos no relacionados con la enfermedad diagnosticada) no entran en la suma para cubrir el deducible y deben ser absorbidos directamente por el paciente.

SECCIÓN 3

OPERACIÓN Y DERECHOS

Del Diagnóstico al Dictamen: Buenas Prácticas en la Gestión del Siniestro

La diferencia entre una experiencia ágil con la aseguradora y un proceso diferido o rechazado suele residir en la correcta gestión de los trámites iniciales. Una adecuada integración del expediente médico y administrativo desde el primer síntoma permite agilizar la dictaminación de la cobertura y evitar fricciones operativas.

Checklist de Integración para el Reclamo

Para garantizar que tu trámite de pago directo o reembolso avance sin contratiempos, verifica contar con los siguientes documentos fundamentales:

1. **Informe Médico Institucional:** Llenado y firmado de forma individual por cada médico tratante o especialista interviniente. Debe incluir diagnóstico definitivo, fecha de inicio de los síntomas, antecedentes y exploración física.
2. **Aviso de Siniestro:** Formulario de la aseguradora completado y firmado directamente por el asegurado afectado o el titular de la póliza.
3. **Comprobantes Fiscales (CFDI):** Facturas XML y PDF a nombre del titular de la póliza o del afectado, acompañadas de las notas de desglose de gastos hospitalarios y los tickets de farmacia con las recetas médicas correspondientes.
4. **Estudios de Laboratorio e Imagenología:** Copia de todos los reportes de interpretación diagnóstica que respalden el diagnóstico del médico tratante (rayos X, tomografías, resonancias, análisis de laboratorio).

Vías de Atención: Programación de Cirugía vs. Reembolso

Existen dos modalidades operativas para hacer valer la cobertura de tu póliza; comprender la diferencia te permitirá elegir la mejor opción según el tipo de evento:

Criterio	Programación de Cirugía / Pago Directo	Reembolso de Gastos
Cuándo aplica	Procedimientos electivos o no urgentes con al menos 5 a 10 días de anticipación.	Atención por urgencia médica o cuando se eligen médicos/hospitales fuera de red.

Criterio	Programación de Cirugía / Pago Directo	Reembolso de Gastos
Flujo del dinero	La aseguradora liquida directamente al hospital y a los médicos de convenio.	El asegurado desembolsa la totalidad de la cuenta y solicita la devolución posterior.
Ventaja principal	Reduce significativamente la necesidad de liquidez inmediata por parte del asegurado.	Mayor flexibilidad para elegir cualquier proveedor de salud o especialista.
Riesgo / Desvío	Diferencias en tabuladores si el médico cobrara honorarios por encima del convenio.	Aplicación de tabuladores de honorarios máximos o gastos no procedentes cubiertos.

Buenas Prácticas para Prevenir Fricciones

- **Alineación del Informe Médico:** Asegúrate de que el médico tratante especifique claramente que los síntomas iniciaron **después** de la fecha de alta de la póliza o del periodo de espera legal. Omisiones o vaguedades en las fechas pueden activar investigaciones por posible preexistencia.
- **Respetar el Nivel Hospitalario:** Ingresar a un hospital de un nivel superior al contratado en tu póliza suele conllevar penalizaciones contractuales, tales como un incremento en el coaseguro (por ejemplo, del 10% al 30%) o un aumento extraordinario en el deducible.
- **Revisión de Honorarios Médicos:** Antes de ingresar a una cirugía programada, confirma si el equipo quirúrgico acepta el tabulador de honorarios de tu aseguradora para evitar cubrir la diferencia de sus honorarios de tu propio bolsillo.

SECCIÓN 4:

DERECHO DE SEGUROS Y ANÁLISIS TÉCNICO

Antigüedad, Preexistencias y Tiempos de Espera: Conceptos que Protegen tu Cobertura

El marco regulatorio del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México busca equilibrar la buena fe contractual con la sostenibilidad financiera del fondo de asegurados. Tres conceptos interconectados determinan la viabilidad y alcance temporal de la cobertura frente a un reclamo médico: el reconocimiento de antigüedad, las afecciones preexistentes y los periodos de espera.

1. La Buena Fe Contractual y la Declaración de Preexistencias

El contrato de seguro se rige bajo el principio de **máxima buena fe** (*uberrimae fidei*). Al contratar una póliza, el proponente tiene la obligación legal de declarar en el cuestionario médico inicial, con absoluta precisión, todas las afecciones, intervenciones quirúrgicas, diagnósticos y tratamientos previos.

- **¿Qué se considera una preexistencia?**

Cualquier enfermedad o alteración de la salud que haya sido diagnosticada por un médico, cuyos síntomas manifiestos hayan sido evidentes, o por la cual se hayan realizado gastos médicos previos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

- **Consecuencia de la omisión o inexacta declaración:**

Omitir un padecimiento previo —sea intencional o por desconocimiento— autoriza a la aseguradora a la **rescisión del contrato** o al rechazo del siniestro basándose en la falta de cobertura de condiciones preexistentes no declaradas.

2. Periodos de Espera: Cobertura Diferida en el Tiempo

Los periodos de espera son plazos continuos e ininterrumpidos que deben transcurrir desde el inicio de la vigencia de la póliza para que ciertos padecimientos queden amparados por el seguro. Su objetivo técnico es prevenir la selección adversa (contratar el seguro con el único fin de atender una afección inminente).

Padecimientos Comunes Sujetos a Espera:

- **10 Meses:** Maternidad (parto, cesárea y complicaciones del embarazo). Requiere que la concepción ocurra dentro de la vigencia del seguro.

- **12 Meses:** Padecimientos de columna vertebral, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, litiasis (renal o vesicular) y afecciones ginecológicas comunes.
- **24 Meses:** Padecimientos de rodilla, nariz, seno paranasal, hemorroides, várices y padecimientos del aparato reproductor masculino.

Importante: Un padecimiento manifestado durante el periodo de espera no quedará cubierto ni durante dicho plazo ni después de que este venza, puesto que se convertirá automáticamente en una condición preexistente para la póliza.

3. Reconocimiento de Antigüedad y Continuidad de Cobertura

La antigüedad es el tiempo continuo que un asegurado ha permanecido cubierto de forma ininterrumpida, ya sea en la misma aseguradora o migrando entre distintas compañías del sector.

Pilares del Reconocimiento de Antigüedad:

1. **Continuidad Ininterrumpida:** Pagar y renovar la póliza sin lapsos al descubierto.
2. **Endoso / Carta de Antigüedad:** Emitida por la aseguradora anterior especificando vigencias del grupo o póliza.
3. **Eliminación de Tiempos de Espera:** Los años acumulados acreditan y reducen/eliminan los periodos de espera de la nueva póliza.

Mitos vs. Realidad sobre la Migración de Antigüedad:

Mito Frecuente	Realidad Jurídica y Operativa
"Al cambiarme de aseguradora, la nueva compañía debe cubrir los siniestros ya abiertos en la póliza anterior."	Falso. El reconocimiento de antigüedad elimina periodos de espera para <i>nuevas</i> enfermedades, pero no obliga a la nueva aseguradora a asumir padecimientos previamente diagnosticados o siniestros en curso.
"Tengo un lapso de tiempo indeterminado para presentar mi comprobante de antigüedad."	Falso. La solicitud de reconocimiento debe hacerse formalmente al momento de la contratación o dentro de los plazos contractuales (comúnmente dentro de los 30 días posteriores al inicio de vigencia).

SECCIÓN 5:

TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Sostenibilidad Financiera en Adultos Mayores y la Evolución hacia las ISES

El mercado de seguros de salud enfrenta dos transformaciones estructurales urgentes: la búsqueda de esquemas viables para conservar la protección en etapas avanzadas de la vida y la transición desde un modelo puramente indemnizatorio hacia la medicina preventiva.

1. La Encrucijada de las Primas en Adultos Mayores

A medida que el asegurado avanza en edad, la frecuencia y severidad de los reclamos médicos aumentan de forma exponencial. Esto genera incrementos pronunciados en las primas que, combinados con la inflación médica, pueden volver la póliza insostenible para personas en etapa de retiro.

Estrategias Contractuales para Mantener la Cobertura:

- **Ajuste Estructurado de Deducible:** Incrementar voluntariamente el monto del deducible conforme aumenta la edad permite reducir el costo de la prima anual, conservando la póliza como un respaldo exclusivo para eventos verdaderamente catastróficos.
- **Modificación de Redes Hospitalarias:** Ajustar el nivel de cobertura hospitalaria a un nivel medio o compacto ayuda a contener el costo de la prima sin sacrificar la atención en instituciones de alta calidad.
- **Eliminación de Coberturas Adicionales:** Cancelar endosos complementarios prescindibles (como coberturas internacionales o suma asegurada en el extranjero) optimiza el gasto en la póliza básica.

2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Frente al modelo tradicional de Gastos Médicos Mayores —orientado principalmente a pagar la cuenta hospitalaria cuando la enfermedad ya se manifestó—, las **Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)** operan bajo un enfoque preventivo e integral.

- **Enfoque Preventivo:** Integran consultas de primer nivel, revisiones periódicas (check-ups), seguimiento nutricional y estudios de laboratorio preventivos dentro del plan básico.

- **Gestión Activa del Riesgo:** Al detectar y controlar a tiempo padecimientos crónicos (como hipertensión o diabetes), se reduce drásticamente la probabilidad de derivar en complicaciones hospitalarias de alto costo.
- **Modelo Mixto:** Representan una alternativa atractiva para familias que buscan combinar atención médica primaria cotidiana con la protección patrimonial ante eventualidades mayores.



SECCIÓN 6:

EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO.

Dinámica Operativa, Penetración Real y el Enigma Fiscal de 2026

1. Comportamiento Reciente del Ramo (2025 – 2026)

El ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) e Accidentes y Enfermedades en México presenta un fenómeno técnico particular: **crecimiento continuo de la emisión de prima directa impulsado por la inflación médica, a la par de una contención y contracción en el volumen absoluto de pólizas individuales contratadas.**

Durante el primer semestre de 2026, la emisión de primas de la industria aseguradora en el sector de Accidentes y Enfermedades superó los 104,800 millones de pesos, lo que representa un incremento nominal cercano al 9% respecto al mismo periodo del año anterior. Sin embargo, esta expansión en prima no responde principalmente a la incorporación de nuevos asegurados, sino a las revisiones tarifarias y el ajuste técnico de precios.

Actualmente en México, el porcentaje de la población que cuenta con un **seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM)** se sitúa aproximadamente en el **10.5%**.

Factores Clave de Inflación y Siniestralidad

- **Inflación Médica Privada:** Mientras la inflación general se mantiene en rangos moderados, la inflación del sector salud privado en México corre a ritmos de entre dos y tres veces la inflación general, acumulando alzas superiores al 25% en los últimos cuatro años.
- **Costo Severo de Siniestros y Tecnología:** El encarecimiento de insumos de alta especialidad, procedimentación quirúrgica robótica y el incremento en la utilización del seguro por padecimientos crónico-degenerativos han presionado al alza la siniestralidad acumulada del sector.
- **Resistencia en el Negocio Colectivo vs. Caída en Individual:** El segmento corporativo/colectivo (prestación laboral superior) se mantiene como el ancla del ramo, representando cerca del 64% de las personas aseguradas. En contraste, el ramo individual experimenta una mayor rotación (*churn rate*) e interrupción de renovaciones debido al encarecimiento del producto, afectando severamente el segmento de adultos mayores.

2. Cobertura y Penetración Poblacional

A pesar de ser el segundo ramo de mayor relevancia dentro de la cartera de las aseguradoras en México, el seguro de Gastos Médicos Mayores continúa mostrando un déficit estructural de penetración respecto al tamaño total de la población.

Métrica Poblacional / Aseguramiento	Cifra Estimada (2026)
Población Total en México	~130.5 Millones
Personas con Seguro Privado de GMM	~13.4 - 14.0 Millones
Porcentaje de Penetración Real	10.2% - 10.7%
Distribución por Tipo de Cartera	Colectivo / Empresas: 64% Individual / Familiar: 36%
Población sin Cobertura Financiera en Salud Privada	89.3% - 89.8%

Análisis de la Brecha

El hecho de que apenas un décimo de la población cuente con un seguro privado de salud acentúa el problema del **gasto de bolsillo**. En México, cerca del 40% del gasto total en salud se realiza de manera directa por las familias al momento de recibir la atención. **La baja penetración del seguro individual se explica por la percepción de costo elevado, la falta de educación financiera y la rigidez de las estructuras tradicionales de deducible y coaseguro ante los ingresos medios del país.**

3. Impacto de las Disposiciones Fiscales en la Venta de Seguros

El marco fiscal sobre las primas de GMM en personas físicas se rige por el Artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR). Para evaluar si las medidas normativas o fiscales han frenado la venta de estas pólizas, es preciso distinguir entre el régimen del contribuyente individual y los ajustes operativos del sector:

A) Límites a las Deducciones Personales (Personas Físicas)

Las primas por seguros de gastos médicos continúan manteniéndose en el catálogo de deducciones personales (Uso de CFDI D07). No obstante, el principal freno fiscal no surge de una proscripción de la deducción, sino del **tope global a las deducciones personales** (el valor equivalente a 5 UMAs anuales o el 15% de los ingresos acumulables del contribuyente, lo que resulte menor).

Efecto Mercado: Dado el incremento en el costo de las pólizas individuales de GMM, en muchos casos la prima anual de una familia de 3 o 4 integrantes por sí sola consume o excede el límite máximo deducible permitido por la LISR. Al perder el incentivo fiscal sobre el tramo excedente de la prima, el valor percibido del deducible disminuye para los contribuyentes de ingresos medios y medios-altos, incentivando la reducción de sumas aseguradas o la migración a planes con mayor deducible técnico para abaratar la factura anual.

B) Criterios de Acreditamiento de IVA e Impacto Operativo

Uno de los puntos de mayor fricción normativa/fiscal para el sector asegurador proviene de las interpretaciones del Servicio de Administración Tributaria (SAT) respecto a la no acreditación o restricción del IVA pagado por las aseguradoras en la atención directa de siniestros (pago directo a proveedores hospitalarios y médicos).

- **Ajuste en Primas:** Al verse limitadas las aseguradoras para acreditar el IVA de los insumos y servicios médicos pagados durante los siniestros de sus asegurados, este gasto operativo no recuperable se traduce en un costo directo para la nota técnica del producto.
- **Transmisión de Costos:** Este ajuste regulatorio e interpretativo ha sido trasladado a la tarifa final de la prima directa, empujando alzas adicionales de precios en el mercado durante los ciclos de renovación.

¿Se ha reducido la venta derivado de este entorno fiscal y de costos?

- **En volumen de asegurados (Unidades):** Sí. Se observa una contracción en el crecimiento neto del número de vidas aseguradas dentro de las carteras individuales. El mercado de personas físicas registra cancelaciones y no renovaciones, concentradas en el rango de edades avanzadas y en clientes que cotizan de manera independiente.
- **En monto de prima emitida (Pesos):** No. La prima emitida global sigue aumentando en términos absolutos debido a la inflación del producto y al hecho de que las empresas (cartera colectiva) siguen reteniendo el seguro de gastos médicos como una herramienta crítica para el reclutamiento y retención de talento.

4. Recomendaciones e Implicaciones para el Sector Asegurador

1. **Modularidad y Productos Modulares:** Ante el tope a las deducciones y los costos elevados de las primas integrales, las aseguradoras deben acelerar el diseño de productos modulares (redes cerradas, coberturas indemnizatorias por diagnóstico crítico o coberturas deducibles bajo modelos copago/coaseguro topado) para evitar la pérdida masiva de la cartera individual.
2. **Estrategia en Colectivos:** Fortalecer el desarrollo de pólizas de exceso (*Top-Up* / Seguros de Conexión) que permitan a los empleados que gozan de una póliza colectiva empresarial contratar una extensión individual a costos accesibles, garantizando la antigüedad y la continuidad de cobertura.
3. **Optimización Operativa y Control de Costos Medicos:** Fomentar esquemas de auditoría médica, convenios de contención de costos con prestadores hospitalarios y uso de herramientas analíticas de *Insurtech* para contener la siniestralidad, reduciendo así la necesidad de incrementos de tarifa de dos dígitos en cada ejercicio.

La intervención de la Cámara de Diputados para frenar el incremento de primas en los seguros de Gastos Médicos.

La preocupación de la Cámara de Diputados y del Poder Legislativo en general por regular y buscar frenar los aumentos en las primas del seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM) responde a una combinación de **impacto social en sectores altamente vulnerables, distorsión en la economía familiar y dinámicas de protección al consumidor.**

A pesar de que solo el ~10.5% de la población cuenta con este seguro, existen razones clave que explican por qué este tema encabeza constantemente las agendas legislativas y mediáticas en México:

1. El Fenómeno del "Asegurado Cautivo" y la Tercera Edad

El principal detonante de las iniciativas legislativas son las denuncias ciudadanas de **adultos mayores que han pagado su seguro durante 20, 30 o 40 años** y, al llegar a la etapa de mayor riesgo médico (60+ años), enfrentan incrementos anuales en sus primas de **30%, 50% o más.**

- **Pérdida de Antigüedad y Cobertura:** Si el asegurado no puede pagar el incremento, pierde la póliza y, con ella, la cobertura de padecimientos preexistentes acumulados a lo largo de los años.
- **Carencia de Alternativas:** El asegurado de edad avanzada no puede migrar a otra compañía porque las preexistencias no serán cubiertas. Queda "atrapado" entre pagar tarifas impagables o quedarse desprotegido justo cuando más lo necesita.
- **Presión Social al Político:** Este perfil de usuario suele ser un votante activo (clase media y media-alta) que ejerce una fuerte presión directa sobre sus representantes parlamentarios mediante quejas formales, demandas e iniciativas ciudadanas.

2. El Seguro Privado como "Válvula de Escape" del Sistema Público

El sistema de salud pública (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar) enfrenta importantes retos de saturación y tiempos de espera para cirugías o tratamientos de alta especialidad.

- Si las personas que pagan una póliza privada se ven obligadas a cancelarla por costos inasequibles, **esa población migra automáticamente al sistema de salud público.**
- Cerca de 14 millones de personas atienden sus padecimientos graves en el sector privado. Si un porcentaje considerable de este grupo pierde su cobertura privada, la carga financiera y operativa sobre los hospitales públicos se volvería insostenible para el Estado.

3. Asimetría de Información y Cláusulas Complejas

Desde la perspectiva de los legisladores, la relación entre la aseguradora y el usuario padece de una **fuerte asimetría de información**:

- **Falta de Claridad en el Cálculo de Tarifas:** El asegurado promedio no entiende cómo se determina el aumento de su prima (que combina la inflación médica general, la siniestralidad del colectivo y la edad del asegurado).
- **Sensación de Injusticia:** Para el usuario, haber pagado primas de manera puntual sin presentar siniestros durante años debería traducirse en estabilidad comercial, no en castigos tarifarios exponenciales por el simple avance de la edad.

4. La Inflación Médica Privada Corre Sin Freno Regulatorio

A diferencia de otros sectores regulados, en México no existe un control directo ni un tope sobre los precios que cobran los **hospitales privados y los honorarios médicos, al respecto:**

- Las aseguradoras argumentan que suben las primas porque los costos hospitalarios, insumos y procedimientos crecen a ritmos de dos a tres veces la inflación general.
- Ante la dificultad o falta de margen legal para regular directamente la tarifa de los hospitales privados, la Cámara de Diputados busca intervenir en el eslabón visible para el ciudadano: **el contrato de seguro y la metodología de ajuste de primas de las aseguradoras.**

5. Visibilidad Político-Electoral de la Clase Media

Aunque el 10.5% parece un porcentaje bajo en la estadística nacional, en términos absolutos representa a **más de 13.5 millones de personas**, concentradas principalmente en las zonas urbanas de mayor peso económico y político (CDMX, Jalisco, Nuevo León, Estado de México, etc.).

- Los usuarios de GMM pertenecen a la **clase media, media-alta y sector profesional independiente**, un sector con alta voz pública, acceso a medios de comunicación y capacidad de litigio.

- Legislar sobre temas que afectan directamente el bolsillo de la clase media otorga a los diputados y bancadas parlamentarias una bandera de "defensa del consumidor" y "justicia social" de alto impacto mediático.

Resumen del Dilema Legislativo vs. Técnico

Postura de la Cámara de Diputados	Realidad Técnica del Sector Asegurador
Busca proteger al usuario contra alzas desmedidas, garantizando la permanencia de adultos mayores y la transparencia en el cobro.	La nota técnica exige ajustar la prima al riesgo real; si se congelan tarifas por ley, se corre el riesgo de insolvencia técnica o salida de competidores.
Exige frenar el traspaso automático de la inflación médica al consumidor final.	Las aseguradoras no controlan los precios de los hospitales, insumos importados ni la frecuencia de uso de los servicios.

El debate de fondo en el Congreso no es solo el número de asegurados, sino **evitar el colapso del único mecanismo de financiación privada de salud** que evita que millones de familias caigan en la pobreza por un evento médico grave (*gasto catastrófico*).

Cultura del Contrato de Seguro

Iniciativas o proyectos de ley presentados en la Cámara de Diputados para regular las primas de los seguros de gastos médicos

En el Congreso de la Unión y la Cámara de Diputados se han presentado diversas iniciativas de reforma legal orientadas a frenar los incrementos en las primas de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) y regular la relación entre aseguradoras, hospitales privados y asegurados.

Aunque proceden de distintos grupos parlamentarios, el eje común de estas propuestas es detener los aumentos desmedidos que sufren los usuarios al cumplir 60 años o más.

1. Proyecto de Reforma Multipartidista / Iniciativa del Dip. Jericó Abramo Masso (PRI y respaldo bancadas)

Es una de las iniciativas con mayor tracción e impacto mediático. Busca modificar disposiciones de la **Ley sobre el Contrato de Seguro** y la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

- **Tope a la Inflación Médica (Máximo 8% anual):** Propone un marco donde la tasa de ajuste por inflación médica no rebase límites preestablecidos (alrededor del 8% anual) para evitar brincos tarifarios de 30% a 80% en las renovaciones.
- **Fondo de Amortización / Tabulador por Antigüedad:** Plantea que las personas que hayan pagado su póliza durante años (por ejemplo, 20 años o más) cuenten

con un fondo o descuento proporcional a partir de los 60 años, evitando que la edad sea un factor punitivo para el incremento de la prima.

- **Tasa 0% de IVA en Primas para Adultos Mayores:** Propone exentar o aplicar tasa del 0% de IVA a la prima que corresponde a la cobertura de asegurados de 60 años o más, para aliviar el costo final de la factura.
- **Regulación de Tabuladores y Redes Médicas:** Obligar a transparentar las redes de doctores, los tabuladores de honorarios y los convenios hospitalarios para evitar el cobro de insumos o honorarios por encima de los límites negociados.

2. Propuesta de Tope Inflacionario General a Primas y Servicios Privados (Dip. Paulina Rubio / Bancada PAN)

Presentada para su análisis en la Comisión de Puntos Constitucionales y comisiones unidas de Hacienda y Salud:

- **Vinculación Directa con la Inflación General (INPC):** Contempla establecer en la ley que los incrementos anuales en las primas de seguros de gastos médicos y en las tarifas de hospitales privados **no puedan superar la tasa de inflación general** del país registrada por el INEGI.
- **Principio de Responsabilidad Social:** Pretende catalogar la actividad de aseguramiento privado y servicios de salud privados bajo el principio de responsabilidad social, sujetándolos a la supervisión de precios cuando existan distorsiones de mercado.

3. Fortalecimiento de Condusef, Profeco y Regulación de Hospitales

Diversas iniciativas de la bancada mayoritaria (Morena) y aliados se centran en la protección operativa y la fiscalización del mercado:

- **Facultades Sancionadoras a Condusef y Profeco:** Otorgar mayor capacidad punitiva a la Condusef para sancionar aumentos injustificados de primas sin sustento actuarial claro, y a la Profeco para vigilar los cobros excesivos o abusivos en empaquetamientos hospitalarios y cobros de depósito/garantías a pacientes.
- **Transparencia Actuarial Obligatoria:** Exigir que las aseguradoras entreguen al contratante un desglose técnico-actuarial transparente que detalle exactamente cuánto del aumento corresponde a la edad, cuánto a la siniestralidad del colectivo y cuánto a la inflación médica.

Estado Procesal y Retos del Conglomerado Legislativo

Aspecto	Situación Actual en el Congreso
Status de Dictamen	Las iniciativas se encuentran en fase de revisión entre Comisiones Unidas (Hacienda, Salud y Justicia).
Punto de Fricción Fiscal	La Secretaría de Hacienda (SHCP) y la CNSF han pedido pausar y profundizar las mesas de análisis debido al impacto que podría generar la exención de IVA en la recaudación fiscal, así como el riesgo de viabilidad técnica de las aseguradoras si se congela la prima por debajo del costo real del siniestro.
Perspectiva de Discusión	La Junta de Coordinación Política (JUCOPO) ha señalado la regulación del sector asegurador y hospitalario como uno de los temas prioritarios para los periodos ordinarios de sesiones.

Principales argumentos técnicos de la CNSF y de la AMIS frente a las iniciativas de ley para limitar el precio de los seguros de gastos médicos

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) como órgano regulador, y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) como representante gremial, plantean fuertes argumentos técnicos contra la fijación de topes legales a las primas.

Aunque reconocen la problemática social del encarecimiento de las pólizas —especialmente para los adultos mayores—, sostienen que un control de precios por decreto vulneraría los principios actuariales del seguro.

1. Ruptura del Principio Actuarial de Equidad Financiera

- **Suficiencia de Prima vs. Riesgo Real:** La ley marco que rige a las aseguradoras (LISF) exige que las primas sean suficientes para cubrir los siniestros esperados, las reservas técnicas y los gastos de administración.
- Si el Congreso fija un tope arbitrario (por ejemplo, el 8% anual o la inflación general), la prima pierde su vínculo directo con la probabilidad y severidad del riesgo técnico.
- **Riesgo de Insolvencia:** Si la siniestralidad proyectada crece al 15% debido al envejecimiento de los asegurados y la prima solo puede ajustarse un 8%, la nota técnica del producto se vuelve deficitaria, comprometiendo las reservas que garantizan el pago de indemnizaciones futuras.

2. El Diagnóstico Correcto: La Inflación Médica Privada no la Controla el Seguro

- **Aseguradora como "Pagadora", no Generadora de Costos:** Tanto la CNSF como la AMIS destacan que el aumento de las primas es la *consecuencia* y no la *causa* de la inflación en la atención privada.
- **Insumos y Prestadores sin Control:** Los insumos quirúrgicos, medicamentos de alta especialidad, procedimentación médica e internamientos hospitalarios sufren alzas continuas sin ningún tipo de regulación de precios por parte de la Secretaría de Salud. Topar la factura final sin regular primero los costos de los hospitales privados crearía un estrangulamiento financiero sobre la industria aseguradora.

3. La Paradoja de Selección Inversa y Deserción de Competidores

- **Retiro de Coberturas para Adultos Mayores:** Si se impide a las aseguradoras tarifar adecuadamente la cartera de mayor edad, la consecuencia lógica no será la reducción de precios, sino la **cancelación de las líneas de producto** individuales de mayor riesgo o la negativa de suscripción a clientes de edades avanzadas.
- **Menos Oferta y Mayor Concentración:** Las compañías más pequeñas o especializadas que no puedan absorber el diferencial negativo entre costos hospitalarios y la prima topada saldrán del mercado de Gastos Médicos Mayores, reduciendo la competencia en perjuicio del consumidor.

4. Bajas Margenes Operativos en la Notación Técnica

- **Transparencia en Márgenes de Ganancia:** La AMIS ha presentado ante los legisladores datos de los estados financieros del ramo: la siniestralidad neta del sector absorbe de manera recurrente más del 70% u 80% de la prima emitida.
- Los rendimientos del ramo provienen de la gestión financiera de las reservas y no de un margen técnico extraordinario en el cobro de la póliza. Reducir artificialmente el precio llevaría al ramo de Accidentes y Enfermedades a generar pérdidas técnicas sostenidas.

La Propuesta Alternativa de la Industria (AMIS - CNSF)

En lugar de imponer límites legales a las primas, la industria promueve un acuerdo integral enfocado en:

1. **Mesas de Trabajo con Prestadores Médicos:** Crear acuerdos marco de transparencia y contención de precios con los grupos hospitalarios y laboratorios privados.
2. **Planes Modulares y Deducibles Dinámicos:** Diseñar alternativas de bajo costo que mantengan la cobertura catastrófica reduciendo beneficios secundarios para adultos mayores.
3. **Revisión del Marco Fiscal:** Mitigar el impacto del IVA no acreditable en siniestros y flexibilizar los límites de deducibilidad en el Impuesto sobre la Renta para personas físicas.

La propuesta de la AMIS para rediseñar los seguros de gastos médicos en adultos mayores y evitar cancelaciones por costo

La propuesta de la **Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS)** para rediseñar la cobertura de Gastos Médicos Mayores (GMM) en adultos mayores parte de una premisa central: **migrar de una lógica de "congelamiento de precios" a un esquema de "flexibilidad y contención de riesgo"**.

En lugar de imponer límites tarifarios por decreto —que la industria considera técnicamente inviables—, el gremio asegurador ha presentado ante la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados y la CNSF un paquete de alternativas estructurales diseñadas para evitar que las pólizas de las personas de 60 años o más se vuelvan impagables.

1. Modelos Modulares y "Degradación Controlada" de Coberturas (*Downscaling*)

La principal causa de cancelación en la tercera edad es que el asegurado intenta mantener la misma póliza ultraamplia que contrató a los 30 o 40 años (cobertura internacional, libre selección de médicos, hospitales de alta especialidad y deducibles bajos).

- **Planes de Conexión y Redes Selectivas:** Permitir que el adulto mayor migre a una **red hospitalaria preferente o cerrada** (de nivel medio o accesible) sin perder su antigüedad ni la cobertura de padecimientos preexistentes ya declarados.
- **Flexibilización de Deducibles y Coaseguros:** Introducir la opción de deducibles escalonados o coaseguros topados específicamente para la tercera edad. Al incrementar el deducible para padecimientos menores, la prima anual de la póliza puede reducirse entre un 20% y un 40%, reservando el seguro estrictamente para **eventos catastróficos**.

2. Reconocimiento de Antigüedad para Productos Indemnizatorios

Las reglas tradicionales de suscripción impiden que una persona mayor de 60 años cambie de seguro o de producto sin perder la cobertura de enfermedades que ya desarrolló. La AMIS propone un esquema de **portabilidad y conversión interna**:

- **Migración a Planes Indemnizatorios (Suma Asegurada Cerrada):** Permitir al asegurado sénior cambiar su póliza tradicional por un seguro indemnizatorio que pague una suma fija de dinero ante diagnósticos de alta severidad (cáncer, eventos cerebrovasculares, cirugías cardíacas). Esto elimina la incertidumbre en el costo del seguro y mantiene una protección financiera básica sin el peso de la inflación hospitalaria.
- **Garantía de Renovación y Permanencia Sin Exclusiones:** Mantener la obligación de la aseguradora de renovar la póliza de por vida, siempre que el asegurado acepte el ajuste modular del plan.

3. Pólizas de "Exceso" o Conexión para la Etapa de Retiro (*Top-Up*)

Pensado para trabajadores que durante su vida laboral gozaron de una póliza colectiva o de grupo pagada por su empresa:

- **Conversión Transparente a Individual:** La AMIS impulsa que las pólizas empresariales incluyan desde su origen una cláusula o seguro de "exceso" (*Deducible de Retorno* o *Póliza Espejo*), donde el empleado paga un costo marginal durante su etapa laboral activa.
- Al jubilarse, el empleado se traslada de forma automática a una póliza individual garantizada, conservando la antigüedad acumulada y la cobertura de padecimientos preexistentes, pero con un cálculo de prima ajustado a la etapa de retiro.

4. Co-Regulación con Prestadores Privados de Salud

La AMIS sostiene que ninguna estrategia técnica funcionará si no se frena el cobro arbitrario de los hospitales privados y médicos de alta especialidad. Por ello, la propuesta gremial incluye:

- **Tabuladores Transparentes y Redes Médicas Pactadas:** Acuerdos marco entre aseguradoras y corporativos hospitalarios para fijar un "techo de costos" en insumos y honorarios para la atención de adultos mayores, eliminando el sobreprecio por el uso de póliza de seguro.
- **Paquetizados Quirúrgicos:** Promover procedimientos médicos a costo cerrado para las afecciones más comunes en la tercera edad (reemplazo de cadera, cataratas, cirugías de próstata), reduciendo la incertidumbre en la siniestralidad.

Resumen de la Propuesta

Esquema Tradicional (Causa de Cancelación)	Propuesta de Rediseño (AMIS)
Rigidez de producto: Mismas coberturas premium con incrementos tarifarios exponenciales por edad.	Modulación flexible: Ajuste de redes hospitalarias y deducibles para abaratar la prima manteniendo antigüedad.
Pérdida total al cancelar: Si no se paga la prima, el adulto mayor pierde todo derecho acumulado.	Portabilidad interna: Conversión a planes indemnizatorios o de gastos catastróficos sin perder cobertura preexistente.
Gasto médico abierto: Precios de hospitales sin límite transferidos a la prima del cliente.	Costos paquetizados: Convenios de contención de precios con hospitales y médicos para la tercera edad.

FUENTE:

https://gemini.google.com/app/41ff567d1158e78e?utm_source=app_launcher&utm_medium=owned&utm_campaign=base_all



SECCIÓN 7:

IMPACTO DE LA INFLACIÓN MÉDICA EN LOS SEGUROS DE GMM

La inflación médica en México durante 2026 ha alcanzado niveles históricos, situándose entre 12% y 14.8%, aproximadamente cuatro veces superior a la inflación general, lo que ha disparado el costo de las pólizas de gastos médicos mayores hasta 75% y puesto en riesgo la continuidad de cobertura para millones de asegurados.

Magnitud de la inflación médica en 2026

- **Nivel actual:** La inflación médica fue de 14.5% al cierre del primer trimestre de 2026, según la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
- **Proyección anual:** Se estima que la inflación médica alcance entre 12% y 14% durante 2026, con algunas consultoras como AON proyectando 14.8%, ligeramente superior a la de 2025 (14.5%).
- **Comparación internacional:** México sufrirá la mayor inflación médica del mundo en 2026, según el informe de la aseguradora AON, colocándose como el país con mayor presión en costos médicos a nivel global.
- **Vs. inflación general:** La inflación médica triplica o cuadruplica la inflación general, que se proyecta entre 3.2% y 4.35% para 2026, según diferentes estimaciones.

Impacto en el costo de las pólizas

- **Aumentos generales:** El costo del seguro de gastos médicos mayores se ha disparado hasta 40% en 2026, con algunos reportes de incrementos de hasta 75% dependiendo de la aseguradora y el perfil del asegurado.
- **Adultos mayores:** Para personas mayores de 65 años, algunos brokers reportaron aumentos que superan el 60%, con pólizas que rebasan los 300,000 pesos anuales.
- **Mayores de 70 años:** El mayor incremento se registra en personas mayores de 70 años, quienes absorben un alza de hasta 42% en el precio. Por ejemplo, un hombre de 75 años que pagaba \$128,532 en 2025, en 2026 esa cifra ascendió a \$182,536 pesos, incluyendo el 16% de IVA.

- **Ejemplos específicos:** Bupa aumentó el precio de su seguro de gastos médicos mayores con un alza general de 5.5% a partir del 1 de marzo de 2026, aplicable tanto a pólizas nuevas como a renovaciones.

Factores que impulsan la inflación médica

- **Honorarios y gastos hospitalarios:** Se registró un crecimiento del 70% en honorarios y gastos hospitalarios, lo que ha vuelto incosteables las pólizas para adultos mayores.
- **Tratamientos más caros:** Los tratamientos de espalda y padecimientos gastrointestinales se encuentran entre los más caros, contribuyendo significativamente al aumento de costos.
- **Sector privado de la salud:** La presión inflacionaria en el sector médico privado ha tenido un impacto significativo en el sector asegurador, con costos que siguen bajo presión muy por encima de la inflación general.
- **Medicamentos:** El precio de los medicamentos en México acumula un incremento de 53.6% desde 2018, por encima de la inflación general registrada en el mismo periodo.

Impacto en el aseguramiento

- **Riesgo de cancelación:** El encarecimiento pone en riesgo a cerca de tres millones de asegurados, quienes podrían cancelar su cobertura por falta de recursos, representando aproximadamente 20% de las pólizas del segmento médico.
- **Presión empresarial:** Mayor presión para las empresas que ofrecen seguro a su personal, incrementando los costos laborales y operativos.
- **Gasto directo:** Más gasto directo para personas que pagan atención privada, afectando principalmente a hogares de ingresos medios y bajos.

Respuestas regulatorias y legislativas

- **Iniciativa legislativa:** En septiembre de 2026, diputados presentaron una iniciativa para regular hospitales privados, topar los incrementos anuales de las pólizas y evitar aumentos de 20% hasta 80%, con la meta de que la inflación médica no supere 8% anual.
- **Propuestas específicas:** La reforma plantea transparentar las tarifas de hospitales, limitar el alza de las pólizas, eliminar el IVA para adultos mayores y permitir cambiar de aseguradora sin perder antigüedad.

- **AMIS:** La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros ha planteado crear un seguro médico específico para adultos mayores y propone más transparencia en el sector.

Impacto en la rentabilidad de aseguradoras

- **Utilidad en caída:** La utilidad de los seguros de Gastos Médicos disminuyó 63.5% durante el primer trimestre de 2026, pese a que la colocación de primas en este ramo aumentó 6.8%.
- **Siniestralidad elevada:** Al cierre de 2025, la siniestralidad en GMM alcanzó 131,000 millones de pesos, un incremento de 14.7% anual, reflejando la presión de los costos médicos.

Perspectivas y desafíos

- **Continuidad del problema:** La inflación médica se presenta como uno de los principales desafíos para el sector asegurador, especialmente en el área de gastos médicos mayores, y se anticipa que continúe presionando los costos durante 2026.
- **Necesidad de reformas:** Expertos y legisladores coinciden en la necesidad de reformas estructurales al sistema de salud para contener la inflación médica y hacer sostenible el aseguramiento en México.

En resumen, la inflación médica en México durante 2026 representa un desafío estructural sin precedentes, con tasas entre 12% y 14.8% que han disparado el costo de las pólizas hasta 75%, poniendo en riesgo la continuidad de cobertura para millones de asegurados y erosionando significativamente la rentabilidad del ramo de gastos médicos mayores.

Fuente: <https://www.perplexity.ai/search/27f7ac70-fc61-4ad9-ad5d-6071a5f8af3c>

SECCIÓN 8

LA PORTABILIDAD DE SEGUROS DE GMM

Portabilidad de Seguros de GMM: La Guía Técnica para Operar el Reconocimiento de Antigüedad sin Riesgo Legal

En el mercado mexicano de Gastos Médicos Mayores (GMM), la movilidad de los asegurados entre compañías es una constante impulsada por la competencia comercial, la optimización de costos y las transiciones corporativas. Sin embargo, para el profesional del sector —agentes, brokers y dictaminadores—, gestionar la llamada **"portabilidad"** o **reconocimiento de antigüedad** representa un desafío técnico de alta precisión.

Un error de interpretación o una omisión documental en este proceso no solo puede dejar vulnerable al asegurado ante enfermedades catastróficas, sino que expone a los intermediarios a severas controversias ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

A continuación, analizamos los fundamentos operativos, las reglas de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS) y las exclusiones críticas que todo profesional debe dominar.

1. El Concepto Técnico: ¿Qué se "porta" exactamente?

En la práctica comercial se suele utilizar el término "portar la póliza", pero desde el punto de vista estrictamente contractual e institucional, **la antigüedad no se transfiere como un saldo financiero ni obliga a la nueva aseguradora a subrogarse en las obligaciones de la anterior.**

Técnicamente, lo que opera es la **eliminación o reducción de los periodos de espera** estipulados en las Condiciones Generales de la nueva institución, con base en el tiempo que el asegurado acumuló de forma continua en su póliza previa.

- **Póliza Madura:** Al acreditar la continuidad, los padecimientos que típicamente requieren de 12 a 48 meses de espera (como hernias, problemas de columna, padecimientos vesiculares o afecciones ortopédicas) quedan cubiertos desde el primer día de vigencia del nuevo contrato, siempre y cuando no constituyan una preexistencia manifiesta.

2. Los Requisitos Operativos Esenciales

Para que el área de selección de riesgos (Underwriting) valide la eliminación de periodos de espera, el trámite debe cumplir rigurosamente con una ventana de tiempo y un set documental que no admite flexibilidad:

- **Continuidad Vigente:** La póliza anterior debe estar activa al momento de solicitar la emisión del nuevo plan, o bien, no deben haber transcurrido más de **30 días naturales** entre el término de la vigencia anterior y el inicio de la nueva cobertura.

- **Soporte Documental Estricto:** Es un error común presentar únicamente la carátula del último año. Para consolidar el reconocimiento integral, el expediente debe contener:
 1. Carátula de la póliza inmediatamente anterior (donde conste la fecha de antigüedad original).
 2. Comprobante de pago del último periodo para demostrar que no existió un **cese de efectos** por falta de prima conforme al Artículo 40 de la LSCS.
 3. En transiciones de pólizas colectivas (prestación laboral) a individuales, la carta de baja de la colectividad emitida por la aseguradora origen, detallando la vigencia específica del individuo.

3. La Línea Roja: Preexistencias y Exclusiones Inamovibles

El mayor foco de fricción y reclamaciones ante CONDUSEF ocurre cuando el profesional del seguro no aclara al cliente la frontera entre "reconocer antigüedad" y "cubrir padecimientos preexistentes".

Regla de Oro del Sector: El reconocimiento de antigüedad elimina los periodos de espera para futuras enfermedades, pero **no vuelve cubribles las enfermedades preexistentes** que ya hayan sido diagnosticadas, tratadas o que hayan manifestado síntomas antes de la firma del nuevo contrato.

Si un asegurado ya padece diabetes, hipertensión o secuelas de un accidente, la nueva aseguradora aplicará sus criterios de selección médica, lo que derivará invariablemente en una de tres opciones:

1. Una **exclusión expresa** del padecimiento en la nueva carátula.
2. Un **extraprima** para aceptar el riesgo (si sus políticas de suscripción lo permiten).
3. El **rechazo** total de la solicitud de aseguramiento.

La Excepción de la Maternidad

Incluso en pacientes completamente sanas, existe una excepción técnica que nunca se elimina por continuidad: **el periodo de espera para maternidad**. Prácticamente la totalidad de las instituciones en México exigen un periodo fijo e inamovible de **10 meses de cobertura continua en la nueva compañía** para cubrir el parto, la cesárea o las complicaciones del embarazo, independientemente de si la asegurada sumaba una década de antigüedad en su póliza anterior.

4. Matices entre Líneas de Negocio (Colectivo vs. Individual)

La portabilidad se ejecuta bajo mecánicas distintas dependiendo del origen del riesgo, un factor crucial al asesorar a clientes corporativos o directivos:

Escenario de Origen	Escenario de Destino	Herramienta de Protección Clave
Póliza Individual (Cía. A)	Póliza Individual (Cía. B)	Eliminación directa de periodos de espera mediante endoso en carátula.
Póliza Colectiva / Prestación	Póliza Individual (GMM)	Derecho de Conversión / Conexión: Permite al empleado saliente migrar a un plan individual de la misma u otra compañía respetando la antigüedad acumulada en la empresa, evitando periodos de espera corporativos.

5. Lista de Verificación para la Emisión

Antes de dar por concluido un cambio de aseguradora, el intermediario debe ejecutar este checklist técnico para blindar legalmente la protección de su cliente:

- **[] Verificar el Endoso o Texto en Carátula:** No basta con la promesa verbal del suscriptor. La carátula de la nueva póliza emitida debe plasmar explícitamente la leyenda de "*Se reconoce antigüedad desde [Fecha Original]*" o detallar los meses acreditados.
- **[] Cotejo de Niveles de Cobertura:** Validar si el nuevo plan restringe hospitales o tabuladores médicos respecto al plan anterior, ya que una antigüedad reconocida en una red hospitalaria inferior puede limitar la atención de siniestros complejos.
- **[] Análisis de Siniestros Abiertos:** Si el asegurado mantiene un siniestro bajo el esquema de "gasto continuo" o programaciones médicas con la aseguradora origen, el cambio suele ser contraindicado, ya que la nueva compañía no absorberá los gastos derivados de ese evento por ser una preexistencia.

FUENTE:

https://gemini.google.com/app/9ad48c65c8198508?utm_source=app_launcher&utm_medium=owned&utm_campaign=base_all

SECCIÓN 9

LO QUE DEBES TENER PRESENTE SI TIENES CONTRATADO UN SEGURO DE GASTO MÉDICOS MAYORES.

Cuatro aspectos:

- INFLACIÓN HOSPITALARIA QUE SUBE AÑO CON AÑO
- LOS EFECTOS DE LA REFORMA FISCAL 2026 EN LO QUE RESPECTA A LOS CONTRATOS DE SEGUROS DE GMM EN DONDE SE TRASLADA EL IVA A LOS ASEGURADOS
- LA ALTA SINIESTRALIDAD EN DONDE LA GENTE SE ENFERMA CADA VEZ MÁS
- LA EDAD

Con una inflación hospitalaria del 14.8%, la reforma fiscal de 2026 y la tendencia creciente de siniestralidad, los contratantes deben dejar de ver el seguro como un "gasto que quizás no usen" y empezar a verlo como una herramienta de gestión financiera.

Aquí tienes recomendaciones para mantener su protección vigente y eficiente:

1. Revisión de sumas aseguradas: Ante una inflación hospitalaria tan alta, las sumas aseguradas que parecían "amplias" hace dos años hoy pueden ser insuficientes. Evalúa siempre si tu suma asegurada actual cubriría un evento catastrófico hoy, considerando los costos reales de los hospitales privados nivel 1 y

2. Gestión del deducible y coaseguro: Si bien subir el deducible baja la prima, debe ser una cantidad que realmente tengan disponible en efectivo (en un fondo de emergencia). No sirve de nada tener un seguro con un deducible impagable al momento de la urgencia.

3. Uso de la red hospitalaria: Es fundamental que entiendas la diferencia entre el tabulador médico y el costo real del hospital. Por ello te recomiendo siempre buscar hospitales dentro del tabulador de tu póliza para evitar que el coaseguro se dispare por diferencias de honorarios no cubiertas.

4. Optimización fiscal (Reforma 2026): Si la reforma fiscal de 2026 introduce cambios en la deducibilidad de primas o beneficios por prevención, asegúrate de aprovechar esos beneficios al máximo. Debes tener tus facturas correctamente emitidas y sus pagos realizados por medios electrónicos para ser deducibles.

5. Factura de Forma Correcta: Para no rebasar los límites del SAT y maximizar el beneficio tributario:

- **Separación de CFDI:** Asegúrate de pedir el CFDI con clave **D07 (Primas de seguros de gastos médicos)** para las pólizas, diferenciándolo de los gastos médicos directos (clave D01).
- **Requisito indispensable de pago:** Los deducibles y gastos médicos facturados **nunca deben pagarse en efectivo**. Deben realizarse mediante tarjeta de crédito, débito, cheque o transferencia bancaria a nombre del titular o familiares directos para ser deducibles.
- **Control del tope de deducción:** La prima del seguro entra en el tope de las 5 UMAs anuales (o 15% de ingresos). Planea tus deducciones proyectando este límite para evitar perder el saldo a favor al presentar tu declaración anual.

6. Enfoque en medicina preventiva: Si la gente se enferma más, el seguro debe usarse para detectar a tiempo. Te invito a aprovechar las consultas de chequeo, estudios de laboratorio y servicios de telemedicina que muchas pólizas incluyen sin costo adicional. La detección temprana es la mejor forma de evitar reclamaciones que después disparen la prima en la renovación.

7. Antigüedad y continuidad: Te recuerdo que la mayor tragedia financiera es perder la antigüedad. Ante cualquier ajuste presupuestal, es preferible buscar modificar condiciones (como deducibles o tabuladores) antes que cancelar la póliza, ya que perder la cobertura de enfermedades preexistentes en este entorno de salud es un riesgo altísimo.

8. Contención de Costos ante la Inflación Hospitalaria

Para evitar que las primas o los eventos médicos comprometan el patrimonio familiar:

- **Ajusta la Tabulación Médica y el Nivel Hospitalario:** Revisa si tu póliza incluye hospitales de alta especialidad (categoría AAA) que realmente no necesitas habitualmente. Ajustar la red de hospitales a una opción más cercana y funcional ayuda a mantener el costo controlado.
- **Evalúa incrementar el Deducible, no el Coaseguro:** Ante el aumento de las primas, es preferible subir el deducible (para emergencias verdaderamente catastróficas) y **fijar un tope de coaseguro razonable**. El deducible es un costo fijo y previsto; un coaseguro sin tope puede descapitalizar a cualquiera ante una cuenta hospitalaria inflada.
- **Cuida la Antigüedad: Jamás canceles por completo** tu póliza para contratar una nueva desde cero sin antes solicitar un certificado de antigüedad o evaluar un cambio de plan/estrato dentro de la misma aseguradora. Cancelar invalida la cobertura de enfermedades preexistentes y periodos de espera acumulados.

9. Aprovechamiento Eficiente de la Póliza y Prevención

- **Servicios de Red y Programas de Prevención:** La mayoría de las aseguradoras ofrecen asistencias sin costo o a precios preferenciales fuera del deducible (consultas médicas en línea, check-ups anuales, laboratorios de red). Usar estos

canales preventivos reduce el riesgo de padecimientos graves que disparan la siniestralidad.

- **Garantía de Pago Directo:** En caso de un internamiento o cirugía programada, utiliza siempre el pago directo en hospitales en convenio. Atenderse con médicos fuera de la red de la aseguradora implica pagar por reembolso y absorber el "tabulador excedente" que los médicos cobran por encima del límite de la póliza.

¿Cómo me conviene reestructurar mi deducible y coaseguro para bajar el costo de mi seguro de gastos médicos sin quedar desprotegido?

Reestructurar la combinación de **deducible** y **coaseguro** es la forma más efectiva de reducir la prima anual de un Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) sin sacrificar la cobertura contra verdaderas catástrofes financieras.

Para lograrlo sin quedar desprotegido en la práctica, te recomiendo seguir estos criterios de diseño contractual:

1. Sube el Deducible a un Nivel de "Auto-asunción" Realizable

El deducible es el monto con el que inicias la participación en un siniestro. Subir el deducible reduce sensiblemente la prima porque elimina los reclamos por eventos menores (gastos que la aseguradora gasta más en administrar que en pagar).

- **Regla de oro:** Fija el deducible en una suma que equivalga a entre **1 y 2 meses de tus ingresos líquidos** o de tu fondo de emergencia.
- **Efecto en la prima:** Pasar de un deducible de \$15,000 MXN a uno de \$40,000 o \$50,000 MXN puede reducir la prima anual entre un **25% y un 40%**, dependiendo de la edad y la zona tarifaria.
- **Complemento estratégico:** Si cuentas con un fondo de emergencia o un seguro de accidentes personales / tarjeta de crédito con beneficios médicos para eventos pequeños, asumir un deducible mayor es financieramente conveniente.

2. Mantén el Coaseguro en 10%, pero FIJA SIEMPRE el Topé de Coaseguro

El coaseguro es el porcentaje del gasto total (después del deducible) que corre por tu cuenta.

- **El peligro de la inflación hospitalaria:** Si mantienes un coaseguro del 10% sin tope y la cuenta del hospital asciende a \$2,500,000 MXN, tu participación por coaseguro sería de \$250,000 MXN.
- **La solución: Nunca busques bajar la prima aumentando el porcentaje de coaseguro (p. ej., subiendo del 10% al 20%).** En su lugar, mantén el coaseguro estándar (10%) y asegúrate de que tu póliza tenga un **Topé de Coaseguro (Topado)** razonable (por ejemplo, entre \$40,000 y \$70,000 MXN).
- **Resultado:** Con un tope de coaseguro, sin importar si la factura final es de \$500,000 MXN o de \$10,000,000 MXN, tu desembolso máximo por concepto de coaseguro estará estrictamente limitado a esa suma fija.

3. Utiliza la Cláusula de "Eliminación o Reducción de Deducible por Accidentes"

Para no quedar desprotegido ante imprevistos comunes cotidianos:

- Asegúrate de que la póliza contemple la **eliminación de deducible por accidente** (o un deducible cero si el gasto médico supera cierto monto mínimo, por ejemplo \$2,000 o \$3,000 MXN).
- Esto garantiza que los eventos por traumatismos o accidentes repentinos —que son de alta frecuencia— no impliquen un desembolso fuerte del deducible ajustado.

4. Aprovecha los Descuentos por Red Médica y Pago Directo

Muchas aseguradoras ofrecen cláusulas donde, si te atiendes dentro de su **Red Preferente** de médicos y hospitales con Pago Directo programado:

- Reducen el coaseguro a la mitad (p. ej., del 10% al 5%) o lo eliminan.
- Descuentan un porcentaje del deducible al ingresar a hospitales del nivel contratado.

Resumen del Esquema Óptimo

Concepto	Configuración Recomendada	Objetivo
Deducible	Alto (\$35,000 - \$60,000 MXN)	Bajar la prima anual de forma sustancial.
Coaseguro	Estándar (10%)	Mantener una participación moderada en el siniestro.
Tope de Coaseguro	Estricto/Bajo (\$40,000 - \$70,000 MXN)	Blindar el patrimonio contra cuentas hospitalarias millonarias.
Accidentes	Cobertura Cero Deducible	Cubrir la causa de atención más frecuente sin gasto inicial.

FUENTE:

https://gemini.google.com/app/7a00bde693df94a2?utm_source=app_launcher&utm_medium=owned&utm_campaign=base_all

SECCIÓN 10

SEGUROS DE SALUD VS. SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Pocas confusiones son tan frecuentes entre el público asegurado mexicano como la que existe entre el **seguro de salud** y el **seguro de gastos médicos mayores (GMM)**. En el lenguaje coloquial ambos términos suelen usarse como sinónimos, e incluso dentro del propio sector es común que se utilicen de manera intercambiable en la conversación comercial. Sin embargo, se trata de dos ramos técnicamente distintos, con fundamentos regulatorios, estructuras de cobertura y lógicas de suscripción diferenciadas. Esta confusión no es inocua: de ella derivan expectativas equivocadas al momento del siniestro, reclamaciones mal dirigidas y, en última instancia, un desgaste de la confianza en la institución del seguro.

Este artículo desarrolla, desde una perspectiva técnica dirigida al sector, las diferencias sustantivas entre ambos productos, sus beneficios respectivos y los criterios que deben orientar su contratación —individual, complementaria o combinada— conforme al perfil de riesgo y necesidad del asegurado.

1. Marco normativo y clasificación técnica

En México, ambos productos se ubican dentro de la operación de **Accidentes y Enfermedades**, regulada por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF) y supervisada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Sin embargo, dentro de esa operación general, la práctica del mercado y la propia normativa distinguen ramos con lógicas distintas:

- El **seguro de gastos médicos mayores** opera bajo un esquema de **reembolso o pago directo de gastos hospitalarios y médicos** derivados de enfermedades graves o accidentes, sujeto a **deducible** y **coaseguro**, y con **suma asegurada** como límite máximo de responsabilidad de la aseguradora.
- El **seguro de salud**, en su acepción más extendida en el mercado mexicano, corresponde a productos de **medicina prepagada o administración de servicios de salud**, muchas veces operados por instituciones de seguros especializadas autorizadas específicamente para el ramo de salud (conforme al Título Segundo, Capítulo II de la LISF, que prevé la existencia de instituciones de seguros especializadas en salud), y que funcionan mediante redes de proveedores propios o contratados, con un enfoque más cercano a la prevención, consulta y atención primaria.

Esta distinción no es meramente semántica: implica estructuras de cobertura, redes de atención y filosofías de servicio distintas.

2. Seguro de Gastos Médicos Mayores: estructura y lógica de cobertura

2.1 Elementos técnicos centrales

El GMM está diseñado para proteger el patrimonio del asegurado frente a **gastos catastróficos** derivados de padecimientos graves, cirugías, hospitalizaciones prolongadas o accidentes de consecuencias severas. Sus elementos estructurales típicos son:

- **Suma asegurada:** el límite máximo que la aseguradora cubrirá por evento o por anualidad, que puede ir desde montos modestos hasta sumas ilimitadas en productos de alta gama.
- **Deducible:** cantidad fija que el asegurado debe cubrir de su bolsillo antes de que opere la cobertura.
- **Coaseguro:** porcentaje del gasto —una vez superado el deducible— que corre por cuenta del asegurado, generalmente con un tope máximo (coaseguro topado).
- **Red de hospitales y médicos:** puede operar en esquema de libre elección, red preferente con beneficios adicionales, o red cerrada.
- **Periodos de espera y exclusiones:** padecimientos preexistentes, ciertas enfermedades congénitas o tratamientos específicos suelen estar sujetos a periodos de espera contractualmente definidos.

2.2 Fundamento en la buena fe y la declaración del riesgo

El GMM es, por su naturaleza de riesgo agravado (la salud humana), uno de los ramos donde el principio de **declaración veraz del estado de riesgo** —consagrado en el artículo 8 de la LSCS respecto a la obligación del contratante de declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo— cobra especial relevancia. La omisión o inexactitud en la declaración de antecedentes médicos puede derivar, conforme al artículo 47 de la LSCS, en la pérdida del derecho a la indemnización cuando medie mala fe, lo que convierte al cuestionario médico de contratación en un documento de máxima importancia jurídica, no en un mero trámite administrativo.

2.3 Fortalezas del producto

- Protección patrimonial ante eventos catastróficos de alto costo (oncología, trasplantes, cirugías complejas, terapia intensiva prolongada).
- Libertad de elección de médico y hospital en los esquemas de libre elección.
- Cobertura potencialmente vitalicia y renovable, sujeta a las condiciones contractuales pactadas y a la normativa de renovación aplicable.
- Posibilidad de sumas aseguradas elevadas o ilimitadas, adecuadas para tratamientos de alta especialidad.

2.4 Limitaciones típicas

- No suele cubrir consultas médicas rutinarias, chequeos preventivos o padecimientos menores, salvo en coberturas adicionales específicamente contratadas (como gastos médicos menores o coberturas ambulatorias).
- El desembolso inicial vía deducible y coaseguro puede representar una carga financiera relevante en el momento del siniestro si no se dimensiona adecuadamente al contratar.
- La complejidad técnica del producto (deducibles, coaseguros, topes, exclusiones) exige un nivel de comprensión contractual que, en la práctica, muchos asegurados no alcanzan sin asesoría adecuada.

3. Seguro de Salud: estructura y lógica de cobertura

3.1 Elementos técnicos centrales

El seguro de salud, tal como opera comercialmente en México a través de instituciones especializadas en salud, se orienta a la **gestión integral de la atención médica**, combinando:

- Redes propias o contratadas de médicos, clínicas y hospitales.
- Cuotas fijas periódicas (primas) que en muchos casos incluyen atención primaria, consultas, estudios de laboratorio y, en determinados planes, hospitalización.
- Un enfoque orientado a la **prevención** y al **seguimiento continuo** del estado de salud del asegurado, más que exclusivamente a la cobertura de eventos catastróficos.
- Menor —o inexistente— manejo de deducibles elevados en el uso cotidiano de servicios, a cambio de operar dentro de una red cerrada o preferente.

3.2 Fortalezas del producto

- Acceso ágil a consulta médica general y de especialidad sin las barreras económicas del deducible propio del GMM.
- Enfoque preventivo que puede derivar en diagnóstico temprano y menor siniestralidad grave a largo plazo.
- Primas comparativamente más accesibles para la atención médica de uso frecuente.
- Experiencia de usuario más simplificada, con menor carga de comprensión técnica contractual.

3.3 Limitaciones típicas

- Cobertura restringida frente a eventos catastróficos de alto costo, salvo que el producto contemple expresamente sumas aseguradas relevantes para hospitalización mayor.

- Menor libertad de elección médica, al operar frecuentemente bajo redes cerradas o preferentes.
- Posible insuficiencia de cobertura ante padecimientos de alta especialidad, trasplantes o tratamientos oncológicos prolongados, que son precisamente el terreno natural del GMM.

4. Cuadro comparativo de criterios

Criterio	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Salud
Enfoque principal	Protección patrimonial ante eventos catastróficos	Atención médica continua y preventiva
Estructura de costos al usar el servicio	Deducible + coaseguro	Cuota fija, generalmente sin deducible relevante
Libertad de elección médica	Alta (esquema de libre elección) o media (red preferente)	Baja a media (red cerrada o preferente)
Suma asegurada	Elevada o ilimitada	Generalmente limitada o inexistente como tope catastrófico
Uso típico	Cirugías, hospitalización, enfermedades graves	Consulta general, prevención, atención primaria
Complejidad contractual	Alta	Media a baja

5. Criterios técnicos para orientar la contratación

5.1 Perfil de riesgo y capacidad financiera

La decisión entre uno u otro producto —o su combinación— debe partir de un análisis honesto del perfil de riesgo del asegurado potencial:

- Personas con **patrimonio relevante que proteger** frente a un evento catastrófico, sin capacidad de asumir gastos hospitalarios de alta especialidad de su bolsillo, encuentran en el GMM su herramienta natural.
- Personas cuya prioridad es el **acceso ágil y económico a la atención médica cotidiana**, con menor preocupación inmediata por eventos catastróficos (por ejemplo, por contar ya con cobertura institucional complementaria), pueden encontrar en el seguro de salud una solución más ajustada a su necesidad diaria.
- Un número creciente de asegurados en México opta por **esquemas combinados**: seguro de salud para atención primaria y preventiva, complementado con un GMM de suma asegurada elevada como respaldo catastrófico, estrategia que optimiza tanto el costo como la cobertura efectiva.

5.2 Edad, historial médico y momento de contratación

- La contratación temprana del GMM —antes de la aparición de padecimientos preexistentes— es determinante, dado que las exclusiones y periodos de espera aplican de manera más estricta a condiciones detectadas o manifestadas después del inicio de vigencia o durante la solicitud.
- En edades avanzadas, la prima del GMM tiende a incrementarse de manera significativa conforme a las tablas actuariales del ramo, lo que refuerza la conveniencia de planificar la contratación con anticipación y no esperar a la proximidad de un riesgo mayor.

5.3 Cobertura institucional preexistente

Para la población derechohabiente de instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE u otras), la pregunta relevante no es "seguro de salud o seguridad social", sino qué tipo de cobertura privada complementa mejor las limitaciones específicas —tiempos de espera, disponibilidad de especialistas, infraestructura— que cada persona experimenta en su institución de referencia.

6. La dimensión de la cultura del contrato de seguro

Más allá de la comparación técnica, la elección entre seguro de salud y GMM —o su combinación— es también una decisión de **cultura contractual**. Implica:

- Leer y comprender el cuestionario de salud como un acto de máxima buena fe, no como un formulario más.
- Entender con precisión qué significa "suma asegurada", "deducible" y "coaseguro" antes de necesitarlos en un momento de urgencia médica.
- Verificar la red de proveedores y las condiciones de renovación, especialmente en el caso del seguro de salud, cuyo enfoque preventivo pierde sentido si la red no responde a las necesidades reales del asegurado.
- Revisar periódicamente la suficiencia de la suma asegurada contratada, en un contexto de inflación médica que en México ha superado consistentemente a la inflación general.

Conclusión

Seguro de salud y seguro de gastos médicos mayores no son productos competidores, sino complementarios, cada uno diseñado para resolver una necesidad distinta dentro del ciclo de atención médica: la continuidad y prevención, por un lado; la protección patrimonial ante lo catastrófico, por el otro. Difundir con claridad esta distinción entre el público asegurado —y entre los propios intermediarios y promotores del sector— es una tarea central de la cultura del contrato de seguro en México, porque de ella depende que la protección contratada corresponda efectivamente a la necesidad real del asegurado en el momento en que más la necesita.

Artículo elaborado con apoyo de inteligencia artificial (Claude, de Anthropic) y revisado por la Dirección de Cultura del Contrato de Seguro.



SECCIÓN 11

COMPORTAMIENTO DE LA SINIESTRALIDAD EN LOS SEGUROS DE GMM EN 2026

El comportamiento de la siniestralidad en el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) durante los tres primeros trimestres de 2026 consolida un periodo de profunda transformación y desafío técnico para las aseguradoras en México. Tras el ajuste pospandemia, la severidad de las reclamaciones, acoplada a una inflación médica por encima del índice general, ha exigido rediseños en la tarificación, contención de costos y retención de asegurados.

Análisis Técnico: Métricas y Comportamiento de Siniestralidad

El índice de siniestralidad devengada para el ramo de accidentes y enfermedades se ha mantenido en niveles superiores al promedio histórico. Esta dinámica impacta directamente el margen técnico y el resultado de operación de las carteras.

Indicador	Clave (Q1 - Q3 2026)	Tendencia Observada	Factor Impulsor Principal
Siniestralidad Devengada		En niveles elevados	Aumento en severidad tecnológica y medicamentos de última generación
Frecuencia Reclamatoria		Estabilización moderada	Retorno a patrones regulares de utilización hospitalaria
Severidad Promedio por Caso		Crecimiento constante (14% - 15% anual)	Inflación médica privada e insumos importados
Riesgos Asegurados		Caída y rotación en cartera	Ajustes tarifarios que impactan la asequibilidad del segmento medio

Macro-Drivers de la Siniestralidad en 2026

1. Inflación Médica Interna y Tecnológica

La brecha entre el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) y la inflación del sector salud continúa expandiéndose. Durante 2026, los costos de insumos hospitalarios, prótesis y medicamentos biológicos de alta especialidad registraron incrementos de doble dígito. A

esto se suma el uso acelerado de herramientas de diagnóstico de alta resolución que, aunque mejoran la detección temprana, elevan de inmediato el costo medio por caso.

2. Transición Demográfica y Prevalencia Crónica

El envejecimiento de la cartera asegurada tradicional eleva la cronicidad. Padecimientos como afecciones cardiovasculares, oncología y trastornos metabólicos representan la mayor proporción del acumulado por pagar. El costo de tratamiento continuo para enfermedades crónico-degenerativas actúa como un gasto recurrente de alta severidad que no se agota en una sola reclamación.

3. Judicialización y Desviación de Cobertura

Continúa el incremento de litigios e inconformidades vinculadas al alcance de coberturas, interpretación de preexistencias y tabuladores de honorarios médicos. Esto genera reservas adicionales y costos de defensa legal que encarecen la siniestralidad total del ramo.

Impacto en la Cartera y Estrategias del Sector

- **Presión en el Resultado Operativo:** La contracción de utilidades en el segmento de salud exige un estricto control de gastos de administración y una gestión financiera optimizada de las reservas técnicas.
- **Revisión y Segmentación de Primas:** Para compensar el incremento de los costos de atención, las aseguradoras han aplicado incrementos tarifarios sustanciales. Sin embargo, la elasticidad de la demanda genera la pérdida de coberturas individuales de la clase media o el cambio hacia deducibles y coaseguros más altos para reducir la prima.
- **Modelos de Pago Basados en Valor:** Se acelera la transición hacia acuerdos de pago prospectivos o paquetes cerrados con redes hospitalarias prestadoras, alejándose del modelo tradicional de pago por servicio para frenar cobros desproporcionados.
- **Uso de Analítica de Datos:** Se fortalece la auditoría médica preventiva mediante algoritmos para detectar variaciones inusuales en cobros hospitalarios, sobremedicación y desvío de protocolos estandarizados.

El reto del sector para el cierre de 2026 e inicios de 2027 radicará en encontrar un equilibrio técnico entre la sostenibilidad económica de los productos de Gastos Médicos y la retención de primas. La contención eficiente de costos en las redes de proveedores, el rediseño de planes modulares adaptados a la capacidad de pago del mercado y la digitalización de procesos de dictaminación serán indispensables para contener el margen de siniestralidad sin deteriorar la propuesta de valor al asegurado.
Fuente:https://gemini.google.com/app/066a02e19f9f9603?utm_source=app_launcher&utm_medium=owned&utm_campaign=base_all.

SECCIÓN 12

Decálogo de Acción para el Asegurado

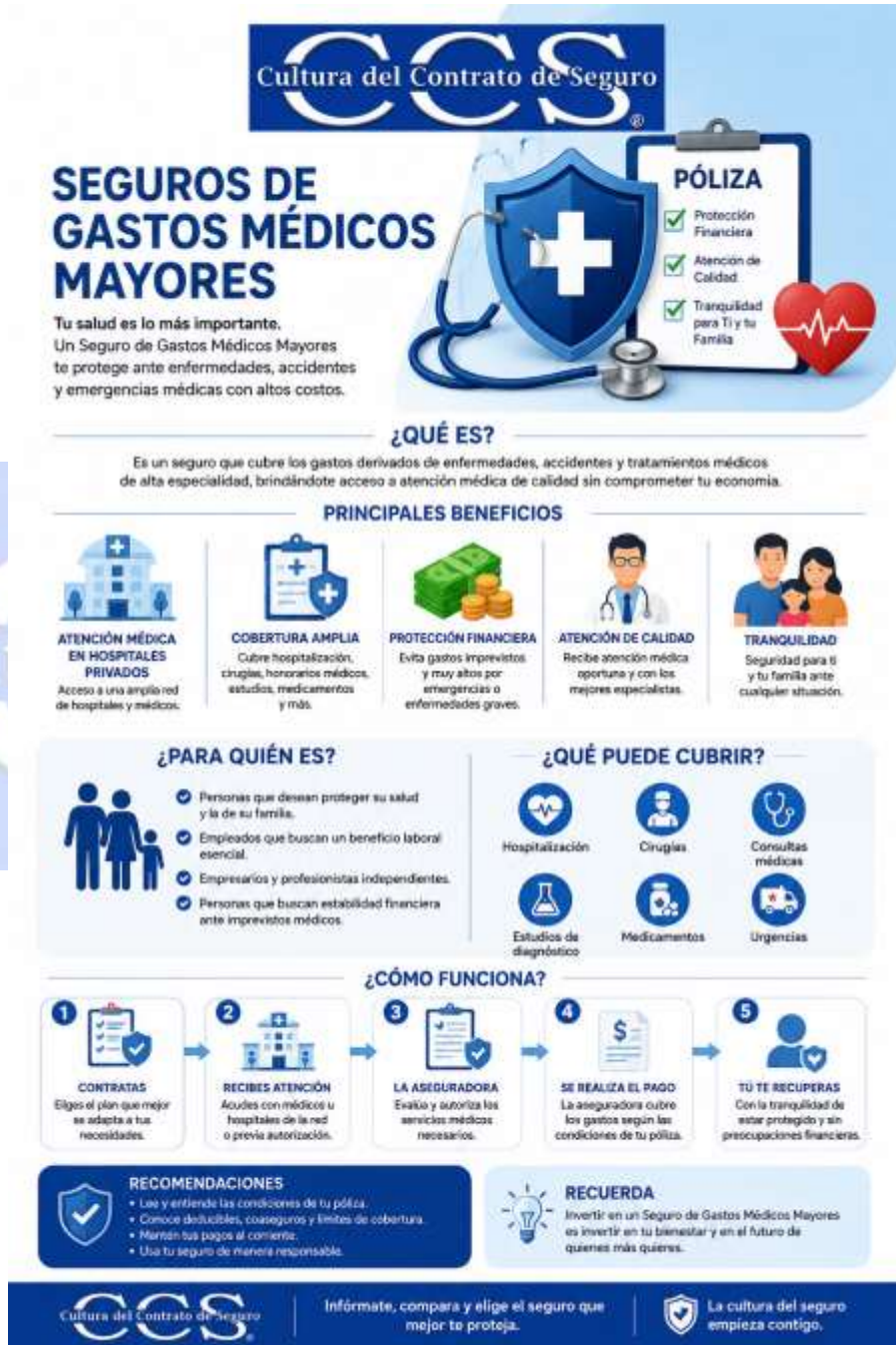
Decálogo de Conservación de la Póliza en Tiempos de Inflación

1. **Revisa y ajusta el deducible de forma estratégica:** Incrementar paulatinamente el deducible conforme avanza la edad o la capacidad de contención financiera permite reducir de manera directa el costo de la prima anual, manteniendo la póliza como un respaldo exclusivo para eventos catastróficos.
2. **Protege y valora la antigüedad acumulada:** Entiende la antigüedad como un activo patrimonial intransferible. Antes de considerar la cancelación o migración de compañía, audita tus padecimientos; la pérdida de continuidad deja desprotegidas las afecciones ya desarrolladas.
3. **Optimiza el nivel hospitalario a tu realidad operativa:** Seleccionar una red hospitalaria acorde a tu zona de residencia y necesidades reales evita pagar sobreprecios en la prima por instituciones de alta gama que raramente utilizas.
4. **Verifica y alinea los tabuladores de honorarios médicos:** Previo a cualquier procedimiento programado, confirma que el equipo quirúrgico acepte el tabulador de honorarios de tu aseguradora para evitar desembolsos imprevistos por concepto de diferencia médica.
5. **Aprovecha las pólizas de conexión o exceso (Top-Up):** Si cuentas con cobertura colectiva o prestación laboral, contrata un seguro de exceso individual. Esto garantiza la reserva de antigüedad y una suma asegurada robusta a una fracción del costo de una póliza individual tradicional.
6. **Elimina endosos y coberturas adicionales prescindibles:** Evalúa la pertinencia de mantener adicionales como atención en el extranjero o emergencias internacionales si tus hábitos de viaje o residencia no los justifican.
7. **Privilegia el uso de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES):** Incorpora esquemas de atención primaria y medicina preventiva dentro de tu esquema de protección; la detección temprana de padecimientos frena la escalada de costos por complicaciones mayores.
8. **Gestiona con precisión la integración del expediente médico:** Desde el primer síntoma, coordina con tu médico tratante la correcta especificación de fechas e historial en los informes para agilizar la dictaminación y evitar investigaciones por posible preexistencia.
9. **Maneja con prudencia los trámites de pago directo y reembolso:** Prioriza la programación de cirugía y los convenios institucionales sobre el reembolso directo para proteger tu liquidez y reducir el impacto del IVA e insumos no cubiertos.
10. **Consulta de forma permanente a tu agente de seguros:** Mantén un diálogo técnico y continuo con tu intermediario para auditar tu póliza en cada renovación, explorar reestructuraciones modulares y anticiparte a los ajustes tarifarios del mercado.

Fuente: https://gemini.google.com/app/426f4f0e1582a5e7?utm_source=app_launcher&utm_medium=owned&utm_campaign=base_all

SECCIÓN 13.

INFOGRAFÍAS



ASPECTOS CLAVE PARA EL USO CORRECTO DE TU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

1. COBERTURA RED MÉDICA Y CONDICIONES PRINCIPALES

Red de atención:
Identifica los hospitales, clínicas y médicos del cuadro médico asignado a tu póliza.

Términos de cobertura:
Revisa detenidamente las cláusulas sobre emergencias médicas y enfermedades preexistentes.

Tiempos:
Conoce con precisión los periodos de gracia, carencia y de espera aplicables a cada padecimiento.

Exclusiones:
Consulta el listado de riesgos no cubiertos dentro de tu contratación.

2. ESTRUCTURA FINANCIERA Y COSTOS DEL SEGURO

Participación en gastos:
Familiarízate con los deducibles, coaseguros y tabuladores médicos contratados.

Costos hospitalarios:
Ten en cuenta la inflación médica y los ajustes tarifarios propios de las instituciones de salud.

Evolución de la prima:
Considera que las primas se actualizan anualmente en función del incremento de la edad y la siniestralidad general.

3. OBLIGACIONES Y VALIDEZ DE LA PÓLIZA

Pago de prima:
Asegúrate de mantener la póliza al día para evitar la cesación de efectos del contrato de seguro en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Declaración exacta del riesgo:
Recuerda que la omisión o declaración inexacta de información faculta a la aseguradora a rescindir el contrato (Arts. 47 y 70 de la LCS).

Vigencia del padecimiento:
Para la procedente atención del siniestro, la afección o enfermedad debe manifestarse dentro de la vigencia de la póliza.

CONOCE TU PÓLIZA, ÚSALA CORRECTAMENTE Y PROTEGE LO MÁS IMPORTANTE: TU SALUD Y TU TRANQUILIDAD.

¿PORQUE SUBE LA PRIMA DE CONTRATO DE SEGURO CADA AÑO?

Factores Técnicos y Macroeconómicos del Incremento Anual en las Primas de Seguros: El Impacto de la Inflación General y la Inflación Hospitalaria

El incremento anual de las primas en el contrato de seguro —especialmente en los ramos de Gastos Médicos Mayores y Salud— responde a un principio actuarial fundamental: **garantizar la suficiencia de la prima para hacer frente a las obligaciones futuras y preservar la solvencia financiera del fondo mutual.**

Para comprender las causas de esta variación sistemática, es necesario descomponer el costo de la prima en sus elementos actuariales y analizar la convergencia de variables macroeconómicas, demográficas y de siniestralidad.

La prima emitida se compone de:

$$\text{Prima Emitida} = \text{Prima de Riesgo} + \text{Gastos de Administración y Adquisición} + \text{Margen de Utilidad}$$

1 La Arquitectura Técnica de la Prima y la Inflación

Inflación General (INPC)
Impacta los costos operativos de la aseguradora: arrendamientos, salarios, sistemas tecnológicos, distribución y servicios administrativos. También ajusta los valores asegurados en coberturas vinculadas a UMA o salarios mínimos.

Inflación Médica u Hospitalaria
Suele duplicar o triplicar las tasas del INPC. Mide la variación en los costos de la atención médica, insumos, medicamentos y procedimientos intrahospitalarios. Cuando la inflación general está en 4%-5%, la médica puede ser de 10%-15% o más.



Inflación general (INPC) + Inflación médica = Mayor costo de la atención, mayores primas.

2 Los Motores de la Inflación Hospitalaria

Factor de Inflación Hospitalaria	Mecanismo de Impacto Técnico
Innovación y Tecnología Médica	Equipos de alta precisión, robótica, terapias biológicas y diagnósticos de última generación.
Insumos Importados y Tipo de Cambio	Equipos, reactivos, prótesis y fármacos en divisas fuertes, con volatilidad cambiaria.
Prácticas Médicas Defensivas	Más estudios de diagnóstico y estancias hospitalarias para mitigar riesgos legales.
Monopolios y Dispersión de Precios	Concentración de grupos hospitalarios y menor capacidad de negociación tarifaria.

3 Factores Actuariales Internos: Frecuencia, Severidad y Edad

La siniestralidad esperada se descompone en tres ejes:

A. Frecuencia de Siniestros Más hábitos de vida de riesgo, mayor distracción temporal y uso de coberturas.	B. Severidad (Costo Promedio) Converge la inflación hospitalaria y la complejidad de tratamientos de alta especialidad.	C. Desplazamiento por Edad La probabilidad y el costo crecen exponencialmente en edades maduras. Un año más, implica un mayor riesgo.
--	---	---

4 El Riesgo de Selección Adversa y el Espiral de Primas



5 Estrategias Operativas y Regulatorias para la Sostenibilidad

- Gestión de Redes de Proveedores**: Acuerdos tarifarios, paquetes quirúrgicos y tabuladores médicos.
- Modelos de Coparticipación**: Deducibles y coreguros para un uso responsable.
- Medicina Preventiva y Bienestar**: Control de enfermedades crónicas que reducen la severidad de siniestros.
- Auditoría Médica y Detección de Fraude**: Análisis predictivo e inteligencia de datos para identificar cobros ilegítimos y sobrecostos.



Perspectiva Técnica Final

El incremento anual en la prima del contrato de seguro no responde a un ajuste actuarial, sino a la interacción matemática entre la inflación general (INPC), la inflación médica estructural y la evolución de la morbilidad por edad y siniestralidad. La sostenibilidad de la institución del seguro reside en mantener el equilibrio actuarial de los fondos mutuales; de lo contrario, la insuficiencia de primas pondría en riesgo la capacidad de respuesta financiera al momento de indemnizar los siniestros de mayor impacto económico para los asegurados.

Más que un aumento de precio... es el reflejo de un sistema complejo que busca proteger tu futuro.

CCS
Cultura del Contrato de Seguro

Informar también es proteger

CCS

Cultura del Contrato de Seguro

REPUNTE DE QUEJAS EN LA CONDUSEF POR SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS EN 2026

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

El aumento de quejas en la CONDUSEF por seguros de gastos médicos en 2026 se explica por la combinación de mayores costos de las pólizas, prácticas de rechazo y retraso en pagos, y la ruptura en la resolución directa entre aseguradora y cliente, todo en un contexto de inflación médica alta y cambios fiscales que encarecen la atención.



Principales causas del aumento de quejas

1 Negativas de pago y rechazos de cobertura

38% de las quejas en GMM son por negativas de pago de indemnización.

Además, cerca del **8%** se relaciona con exclusiones por preexistencias médicas.

También se debe a:

- Preexistencias no declaradas o mal declaradas.
- Períodos de espera no comprendidos (p. ej. cirugías electivas antes de 2 años).
- Gastos no cubiertos o fuera de los límites de la póliza (deducibles, coseguros, topes).

2 Retrasos excesivos en respuesta y reembolsos

10% de las quejas corresponde a demoras en tiempos de respuesta y reembolsos.

La CONDUSEF señaló que la tendencia de resolución directa "rio arriba" se fracturó en 2026: las aseguradoras trasladan la carga administrativa y el conflicto al usuario final, lo que incrementa la percepción de mala atención y motiva más reclamos formales.

3 Encarecimiento de las pólizas y percepción de abuso

29.3% incremento en el costo de las pólizas de GMM y accidentes personales en el primer semestre de 2026.

Se asocia a:

- Inflación médica (14–15% anual).
- Cambios fiscales (IVA no acreditable en servicios de salud).

El aumento supera la inflación general, generando sensación de abuso y más quejas ante la CONDUSEF.

4 Prácticas de rechazo hospitalario y uso de algoritmos

La CONDUSEF alertó sobre el uso de algoritmos e inteligencia artificial ("caja negra") para rechazar pagos, lo que puede ser discriminatorio (por edad, lugar de residencia, entre otros).

También se reportan prácticas de rechazo hospitalario, donde niegan la atención o el respaldo, obligando a pagar de contado y luego pelear el reembolso.

5 Errores del cliente al contratar y al reclamar

Una parte importante de las resoluciones negativas se debe a:

- Falta de veracidad en la declaración inicial (ocultar o falsear padecimientos).
- Calcular mal la suma asegurada o no entender deducibles y coseguros.
- Documentación incompleta (enviar solo facturas, sin informe médico o no seguir el proceso interno).

Dimensionamiento del problema en 2026

25%

Vida y gastos médicos concentran el **25%** de las quejas totales del sector asegurador (el resto, principalmente autos).

9,158 reclamaciones

En GMM y accidentes personales, primer semestre de 2026.

Aseguradoras con mayor volumen de quejas en este ramo:

MetLife, GNP y AXA.

(También refleja su cuota de mercado).

Aseguradoras con más quejas por rechazos (2026)

MetLife, GNP Seguros y AXA México acumulan el mayor volumen y la mayor intensidad de reclamaciones por rechazos (negativas de pago, exclusiones y retrasos), tanto en números absolutos como en quejas por cada 100,000 asegurados.

Es momento de revisar, comparar y exigir un mejor servicio.

CONDUSEF

- ✓ Orientación
- ✓ Mediación
- ✓ Protección al usuario

Un mejor servicio en seguros de gastos médicos también es parte de tu salud financiera.

CCS
Cultura del Contrato de Seguro

DATOS CLAVE: 2024 – 2026

Indicador	2024	2025	2026
 Población protegida	~14.0 M	14.5 M (+4.4%)	Estabilización y riesgo de cancelaciones por costo
 Inflación médica privada	~12.0%	13.6 – 14.5%	14.8 – 15.0%
 Costo promedio por siniestro	~\$117,000	\$132,175 (+12.5%)	>\$148,000 estimado
 Siniestralidad neta	~72%	77%	>79% estimada
 Incremento promedio de primas	12 – 19%	11 – 15%	20 – 50% en ciertos perfiles



LA LÍNEA DE Tensión



 2024	 2025	 2026
CONSOLIDACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO 70% de pólizas vigentes provenientes de prestaciones laborales, según el material proporcionado.  TPAs y redes hospitalarias.	SINIESTROS Y MAYOR SEVERIDAD  Siniestros +19%  Cáncer/tumores y cardiovasculares concentran >28% del gasto.  Costo promedio >\$132,000.	IMPACTO FISCAL SEÑALADO EN EL ANÁLISIS  Criterio de acreditamiento del IVA y presión sobre costos de hospitales, honorarios y laboratorios. (No se afirma como hecho jurídico absoluto).

RETOS TÉCNICOS

 Copagos / deducibles dinámicos.

 IA para auditoría de cuentas y detección de sobreprecios.

 Telemedicina y prevención.

CONCLUSIÓN

 Asesoría experta, innovación del producto y sostenibilidad financiera.

Mantener una póliza vigente requiere ingeniería financiera personal.





PORTABILIDAD Y ANTIGÜEDAD AL CAMBIAR DE ASEGURADORA



MENSAJE CLAVE

En México **no existe** una **ley general** que obligue a las instituciones de seguros a reconocer automáticamente la antigüedad acumulada con otra aseguradora. El reconocimiento de antigüedad es, salvo excepciones puntuales y expressamente pactadas, una decisión comercial y de suscripción de cada institución.

1 TRES CONCEPTOS QUE SE CONFUNDEN



Antigüedad

Tiempo de cobertura continua e ininterrumpida; su función es reducir o eliminar periodos de espera.



Periodos de espera o carencia

Plazos desde el inicio de vigencia para que determinadas coberturas comiencen a operar.



Preexistencias

Padecimientos o signos/síntomas previos al inicio de vigencia; generalmente no se cubren en la nueva póliza salvo aceptación expresa mediante endoso.



Reconocer antigüedad NO significa cubrir automáticamente preexistencias.

2 MITO CENTRAL NO EXISTE UN DERECHO LEGAL GENERAL DE PORTABILIDAD EN MÉXICO.



Cuando una aseguradora decide reconocer antigüedad, generalmente puede solicitar:

- ✓ Continuidad sin interrupción o interrupción muy breve.
- ✓ Ramo y suma asegurada comparables.
- ✓ Carta de antigüedad, carátula anterior y, frecuentemente, último comprobante de pago.
- ✓ Resultado favorable de suscripción y, en su caso, examen de asegurabilidad.



Aun cumpliendo requisitos, la aseguradora puede aceptar, limitar o rechazar el reconocimiento y establecer restricciones o exclusiones. El reconocimiento no implica retroactividad y opera principalmente sobre periodos de espera.

3 EXCEPCIÓN DERECHO DE CONVERSIÓN EN PÓLIZAS COLECTIVAS.



Cuando fue pactado desde el origen mediante endoso, puede permitir al integrante que se separa definitivamente del grupo convertir su cobertura en una póliza individual conservando la antigüedad acumulada. No equivale a una portabilidad unilateral entre aseguradoras distintas y requiere que el endoso haya sido contratado previamente.

4 RIESGOS PARA EL ASEGURADO



- Pérdida de cobertura sobre un padecimiento ya diagnosticado.
- Reinicio de periodos de espera si no se reconoce la antigüedad.
- Rechazo de la solicitud por resultado desfavorable de suscripción.
- Litigios y reclamaciones por promesas verbales de "portabilidad total".

5 RESPONSABILIDADES PARA EL SECTOR



- No prometer reconocimiento de antigüedad sin confirmación escrita.
- Explicar diferencia entre periodos de espera y preexistencias.
- Recomendar NO cancelar la póliza vigente hasta contar con aceptación formal de la nueva aseguradora y, si aplica, antigüedad reconocida por escrito.
- Verificar y explicar el endoso de derecho de conversión en pólizas colectivas.
- Documentar carta de antigüedad, carátula anterior y comprobantes de pago.

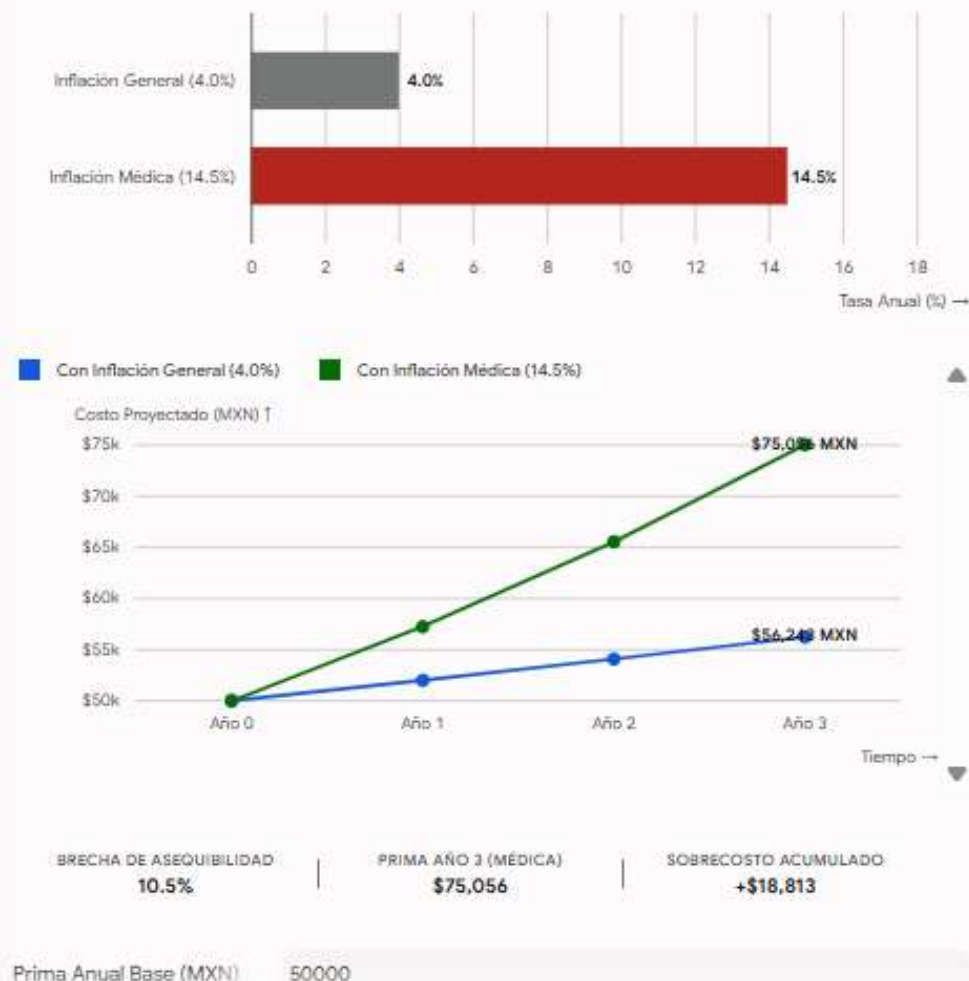


“La cultura del contrato de seguro empieza por distinguir entre lo que se promete de palabra y lo que queda asentado por escrito en la póliza.”



Las condiciones de reconocimiento de antigüedad, periodos de espera y derecho de conversión varían entre instituciones y productos. Consultar condiciones generales y carátula; en caso de duda o controversia, acudir a CONDUSEF.

Impacto de Inflación Médica en Seguros



Impacto en el Bolsillo del Asegurado: Mientras la economía general se ajusta a una tasa del ~4.0%, los insumos hospitalarios, medicamentos especializados y procedimientos de alta tecnología crecen a más del triple (14.5%). Esta asimetría obliga a ajustes de tarifa que terminan por desplazar a la clase media del aseguramiento privado, mermando la base de la mutualidad.

1. La Brecha de Asequibilidad: Inflación Médica vs. Inflación General *Análisis del desequilibrio tarifario en el seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM) en México.*

- **4.0%** — Inflación General al Consumidor (ÍNC)
- **14.5%** — Inflación Médica Sectorial
- **+10.5%** — Brecha de Presión Técnica Directa (Desfase de Asequibilidad)

2. Nota Explicativa:

La inflación en el sector salud en México ha alcanzado un **14.5% anual**, superando por más de **3.6 veces** al índice general de precios al consumidor (~4.0%). Este descalce estructural no es una simple variación estacional; representa un fenómeno donde el incremento de los costos de la atención hospitalaria privada, los insumos dolarizados y los tratamientos de última generación crece exponencialmente por encima de la capacidad de ingreso de las familias y la rentabilidad de las PyMEs.

Al trasladar este impacto a las primas de renovación, el costo del seguro se vuelve inasequible para amplios sectores de la clase media, desencadenando la cancelación masiva de pólizas y comprometiendo el principio fundamental de la mutualidad.

3. ¿Por qué la Inflación Médica Triplica a la Inflación General?

1. **Efecto de Insumos Dolarizados y Carga Tecnológica:** La rápida adopción de procedimientos de alta especialidad, equipos de diagnóstico de última generación y medicamentos biotecnológicos introduce costos fijados en divisas extranjeras, trasladando la volatilidad cambiaria a la factura hospitalaria final.
2. **Modelo Predominante de "Pago por Servicio" (Fee-for-Service):** Las estructuras tarifarias hospitalarias tradicionales incentivan la sobreutilización de estudios diagnósticos, medicamentos y días de estancia, elevando la severidad media del siniestro sin una mejora proporcional en los indicadores de salud.
3. **Concentración de Padecimientos Catastróficos:** La medicina moderna ha logrado convertir padecimientos antes mortales en condiciones crónicas de muy alta severidad económica, extendiendo el horizonte de gasto de las aseguradoras en coberturas de larga duración.

La Repercusión en la Cartera: De la Inflación a la Antiselección

- **Erosión Patrimonial:** Al perder la protección del seguro, el asegurado queda expuesto al gasto de bolsillo catastrófico (aquel que supera el 40% de la capacidad de pago del hogar), derivando en el endeudamiento o la pérdida de activos familiares.
- **Traslado al Sector Público:** La salida de casi un millón de riesgos asegurados del sistema privado recarga inmediatamente la demanda de servicios de alta especialidad en la infraestructura de salud del Estado.
- **Espiral de Antiselección:** Los perfiles jóvenes y sanos cancelan al no percibir un uso inmediato del seguro, reteniendo únicamente a las poblaciones de mayor edad o con padecimientos activos. Esto eleva la siniestralidad promedio por asegurado y fuerza futuros incrementos en la prima, alimentando un ciclo insostenible.

4. Llamado a la Acción para el Sector, hacia un Rediseño Contractual Integral:

Frenar esta brecha exige abandonar el traspaso automático de la inflación médica hacia la prima del cliente. El futuro del ramo de Gastos Médicos Mayores requiere migrar hacia **contratos modulares**, modelos de **salud basados en valor (Value-Based Care)**, convenios de contención de costos con la red hospitalaria e incentivos directos para la **prevención y el bienestar** del asegurado.

Conclusión Editorial.

La crisis de asequibilidad que atraviesa el Seguro de Gastos Médicos Mayores en México no debe interpretarse como el declive de la protección privada de la salud, sino como un llamado urgente a la evolución contractual y a la responsabilidad compartida. Frente a una inflación médica que desborda los índices generales y presiona las estructuras financieras de familias e instituciones, la improvisación ya no es una opción viable.

Conservar la efectividad de una póliza exige transitar de una postura pasiva a un ejercicio informado y analítico de los derechos y obligaciones contenidos en el contrato. Comprender la interacción técnica entre deducibles, coaseguros, redes hospitalarias y periodos de espera es la verdadera garantía para preservar el patrimonio ante una eventualidad catastrófica. Desde *Cultura del Contrato de Seguro*, reiteramos que la educación financiera y la claridad normativa constituyen la herramienta más sólida para asegurar la sostenibilidad de la cobertura de salud a lo largo de todas las etapas de la vida.



PIE DE PÁGINA Y CIERRE EDITORIAL

Tip del Mes:

“La mejor póliza de seguros no es la más cara ni la que abarca el hospital más exclusivo, sino aquella cuyos alcances, deducibles y limitaciones comprendes a detalle antes de que ocurra una emergencia.”

Sobre Cultura del Contrato de Seguro

Plataforma especializada en la divulgación, análisis y fomento de la cultura del seguro en México. Promovemos el conocimiento técnico accesible y la responsabilidad contractual para asegurados, intermediarios y profesionales del sector.

- **Sitio Web:** www.culturadelcontratodeseguro.com
- **Contacto Editorial:** boletin@culturadelcontratodeseguro.com

Aviso Legal y de Exención de Responsabilidad

El presente boletín especial se emite exclusivamente con fines educativos e informativos. No constituye asesoría jurídica, financiera ni médica individualizada. Las condiciones, términos y coberturas específicas dependerán de las pólizas y condiciones generales contratadas con cada institución aseguradora de conformidad con la legislación aplicable en México.

Boletín elaborado con apoyo de inteligencia artificial (<https://gemini.google.com/app>) y revisado por la Dirección de Cultura del Contrato de Seguro.