



BOLETÍN INFORMATIVO

CULTURA DEL CONTRATO DE SEGURO

Año 1, No. 2 — Octubre 2026

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

INDICE

ARTÍCULO PRINCIPAL PAG. 4

NOTICIA RELEVANTE DEL SECTOR ASEGURADOR PAG. 7

ARTÍCULOS DE INTERÉS PAG.10

CRITERIO JURISPRUDENCIAL DEL MES PAG. 21

DECÁLOGO DEL MES PAG. 27

CONSEJOS DEL MES PAG. 35

**NOTA MÁS LEÍDA DE LA PÁGINA WEB CULTURA DEL CONTRATO DE SEGURO
PAG.38**

**COMPORTAMIENTO DE LA SINIESTRALIDAD EN EL SECTOR ASEGURADOR
MEXICANO A SEPTIEMBRE DE 2026 PAG. 40**

INFOGRAFÍA DEL MES PAG. 42

RETROSPECTIVA DEL SECTOR ASEGURADOR PAG. 43

EFEMÉRIDE DEL MES DE OCTUBRE PAG. 46

FUENTE PAG.48

ESPACIO DE INTERACCIÓN Y COMUNIDAD PAG. 48

NOTA EDITORIAL

La Encrucijada de la Asequibilidad y la Protección en el Seguro de Gastos Médicos Mayores

Estimados lectores y miembros de la comunidad de **Cultura del Contrato de Seguro**:

Iniciamos este mes de octubre de 2026, analizando una de las cifras más complejas y reveladoras para el mercado asegurador mexicano en lo que va del año. De acuerdo con los datos presentados por las autoridades y organismos del sector, el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) registró la pérdida de cerca de un millón de riesgos asegurados en el último periodo, reduciendo la cobertura total nacional a 15.2 millones de personas.

Esta contracción en la masa crítica de asegurados no es un simple indicador estadístico de coyuntura; representa un foco rojo en la función social y económica que cumple el contrato de seguro en nuestro país.

El Desafío de la Asequibilidad y la Inundación de Costos

La salida de casi un millón de asegurados responde principalmente a la brecha cada vez más amplia entre el costo del seguro y la capacidad de pago de las familias y las PyMEs. Con una inflación médica que se ha situado en un **14.5%** —superando ampliamente al índice general de precios—, el ajuste consecuente en las primas ha empujado a miles de usuarios a cancelar o no renovar sus pólizas.

Desde la perspectiva del Derecho de Seguros y la técnica actuarial, este fenómeno desencadena un problema estructural:

- **Erosión de la Mutualidad:** El seguro opera bajo el principio fundamental de la mutualidad y la dispersión del riesgo. Al reducirse el número de asegurados, la base sobre la cual se distribuye el costo de los siniestros se vuelve más estrecha.
- **El Riesgo de Antiselección:** Con el incremento de costos, los asegurados jóvenes o con menor percepción de riesgo son los primeros en cancelar. El portafolio resultante concentra riesgos de mayor edad o con padecimientos preexistentes, lo que genera una espiral ascendente en la siniestralidad futura y en el precio de la prima.
- **Aumento de la Vulnerabilidad Patrimonial:** Cada riesgo que sale del sistema privado de salud representa una familia o empresa expuesta a que un evento catastrófico derribe en la pérdida total de su patrimonio, trasladando además una carga adicional al saturado sistema de salud público.

Hacia un Nuevo Paradigma en la Contratación y Diseño del Seguro

Frente a este escenario, el sector asegurador, los intermediarios y los reguladores no pueden limitarse a ser observadores del encarecimiento de los insumos hospitalarios y farmacéuticos. La preservación del seguro de gastos médicos exige evolucionar la figura contractual y operativa:

1. **Innovación en el Diseño Contractual:** Es indispensable transitar de esquemas rígidos e indemnizatorios tradicionales a contratos modulares, donde el asegurado pueda adaptar deductibles, coaseguros y redes hospitalarias a su realidad económica sin perder la protección catastrófica esencial.
2. **Gestión Activa del Riesgo y Prevención:** El contrato de seguro debe incorporar incentivos claros para la salud preventiva y la contención de costos, promoviendo modelos de atención primaria y convenios de valor con prestadores médicos.
3. **Transparencia y Claridad en las Condiciones General:** Para evitar la cancelación por falta de percepción de valor, la industria debe fortalecer la educación financiera y la claridad en las cláusulas de ajuste tarifario, sumas aseguradas y coberturas.

Es por ello que al Cultura del Contrato de Seguro es de suma importancia, porque con ella se genera, la educación sobre el manejo de deducibles y coaseguros dinámicos, a fin de evitar que el cliente cancele la póliza por pánico al ajuste tarifario, orientándolo hacia el ajuste de condiciones antes que a la baja total.

Revertir la pérdida de este millón de coberturas requiere un compromiso conjunto por democratizar el acceso al seguro de salud en México. Los invitamos a revisar los artículos y análisis técnicos de esta edición de octubre, donde profundizamos en las implicaciones jurídicas, regulatorias y operativas de este gran reto para la cultura del seguro en nuestro país.

Atentamente,

Dirección Editorial

Cultura del Contrato de Seguro

ARTÍCULO PRINCIPAL

Inflación Médica, Colapso de Rentabilidad y Estrategias de Rediseño del Ramo de GMM

El ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) en México enfrenta uno de sus ciclos más complejos en la historia reciente. La convergencia de una inflación médica desmedida del **14.5%** —que triplica el índice inflacionario general— y un aumento constante en la frecuencia y severidad de la siniestralidad provocó una drástica caída del **51.5% en la utilidad neta** de las aseguradoras en este segmento.

Esta contracción en la rentabilidad no es una fluctuación estacional; es un síntoma de un desequilibrio estructural en la cadena de valor de la salud privada que exige una intervención inmediata por parte de los comités de dirección, técnicos y de suscripción.

1. Anatomía del Choque: ¿Por qué la Inflación Médica alcanzó el 14.5%?

La inflación médica en México no responde únicamente a la dinámica macroeconómica global; está impulsada por dinámicas propias del mercado de atención privada:

- **Encarecimiento Tecnológico e Insumos Dolarizados:** El equipamiento de última generación, las prótesis avanzadas y la medicina de precisión tienen costos denominados en divisas extranjeras, trasladando la volatilidad cambiaria y los costos de importación directamente a la factura hospitalaria.
- **Prácticas de Pago por Servicio (Fee-for-Service):** El modelo predominante de facturación en los hospitales privados incentiva la sobreutilización de insumos, estudios de diagnóstico por imagen y días de estancia, elevando el costo medio por siniestro sin un impacto proporcional en los resultados de salud.
- **Nuevos Protocolos y Terapias de Alto Costo:** La incorporación de medicamentos biotecnológicos y tratamientos oncológicos de última generación ha multiplicado el costo de los padecimientos catastróficos, convirtiendo casos que antes eran mortales en padecimientos crónicos de muy alta severidad económica.

2. El Impacto en los Estados Financieros: Del Margen Técnico a la Utilidad Neta

El deterioro del **51.5% en la utilidad neta** revela cómo la presión de costos erosiona la salud financiera de las instituciones aseguradoras:

Variable Operativa	Comportamiento	Impacto Financiero Directo
Siniestralidad Incurrida	Alza acumulada en frecuencia y severidad	Elevación del Índice Combinado por encima del umbral de equilibrio técnico.
Reservas Técnicas	Requerimiento de constitución acelerada	Mayor inmovilización de capital para respaldar padecimientos de larga duración.
Ajuste Tarifario	Incremento de primas para compensar el costo medio	Pérdida de asegurados (deserción) y aumento del riesgo de antiselección .

El círculo vicioso es evidente: al subir las primas para sostener el margen técnico, la base de asegurados jóvenes y sanos cancela sus pólizas. El portafolio resultante se vuelve progresivamente más siniestro, obligando a futuros incrementos de tarifa que reducen aún más la utilidad operativa.

3. Implicaciones para la Cadena de Valor

Este escenario de baja rentabilidad transforma la relación entre los actores del sistema:

1. **Relación Aseguradora - Hospitales:** La tensión en la negociación de tabuladores médicos y convenios hospitalarios alcanza niveles críticos. Las aseguradoras ya no pueden actuar como meros pagadores pasivos; requieren auditorías médicas más rigurosas y esquemas de contención de costos.
2. **Exposición de los Intermediarios (Agentes y Brokers):** Los agentes enfrentan una alta resistencia al cobro en las renovaciones. Ajustar deducibles y coaseguros al alza para contener la prima reduce la satisfacción del cliente en el momento del siniestro.
3. **Presión sobre la Solvencia:** Si bien el sector mantiene un Índice de Cobertura del Requerimiento de Capital de Solvencia (RCS) holgado, la persistencia de márgenes netos deprimidos limita la capacidad de reinversión en tecnología y desarrollo de productos.

4. Estrategias de Rediseño y Sostenibilidad para el Sector

Para revertir la caída de margen sin dinamitar el volumen de mercado, la alta dirección del sector asegurador debe migrar hacia un enfoque de **gestión integral del costo de la salud**:

- **Evolución hacia el Modelo de Valor (*Value-Based Care*):** Abandonar paulatinamente el pago por servicio y pactar con grupos hospitalarios contratos

basados en paquetes integrales por padecimiento (*bundled payments*) y medición de resultados clínicos.

- **Control de Puerta de Entrada (*Gatekeeping*) y Redes Cerradas:** Desarrollar productos con acceso guiado a través de médicos de primer nivel y centros de atención primaria, evitando el uso ineficiente de salas de urgencias y especialistas para padecimientos menores.
- **Analítica Predictiva e Inteligencia Artificial en Suscripción:** Utilizar modelos avanzados de datos para identificar patrones de sobremédica, detectar desviaciones en la facturación hospitalaria y predecir cronicidad antes de que se convierta en una siniestralidad catastrófica.
- **Co-responsabilidad del Asegurado y Prevención:** Introducir programas de bienestar (*wellness*) vinculados a beneficios tarifarios, fomentando la prevención de enfermedades metabólicas que detonan las mayores desviaciones de costo.

La caída del 51.5% en las utilidades netas es una señal contundente: el modelo tradicional de transferir la inflación médica directamente a la prima del cliente ha llegado a su límite. La rentabilidad futura dependerá de la capacidad del sector para transformarse en un gestor activo del riesgo y de la calidad de la salud en México.



NOTICIA RELEVANTE DEL SECTOR ASEGURADOR

“En el último año se registró la pérdida de cerca de un millón de riesgos asegurados en este segmento, reduciendo la cobertura total nacional a 15.2 millones.” Expansión.

ANLISIS DE LA NOTICIA:

La Crisis de Penetración en Gastos Médicos Mayores: Causas, Dinámica de Mercado y Estrategias de Sostenibilidad

La reciente revelación de que el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) en México perdió cerca de un millón de riesgos asegurados en el último ciclo —reduciendo la cobertura nacional a 15.2 millones de personas— marca un punto de inflexión para la industria. En un país de más de 130 millones de habitantes, la contracción del volumen asegurado pone en evidencia que el modelo tradicional de aseguramiento privado en salud se encamina hacia un cuello de botella de asequibilidad y rentabilidad.

1. El Diagnóstico Técnico: La Espiral Inflacionaria y la Rentabilidad

Para comprender esta pérdida de volumen es necesario analizar el choque tarifario y su impacto directo en los estados financieros de las instituciones:

- **Inflación Médica vs. Inflación General:** La inflación en el sector salud se ubicó en **14.5%**, superando por más del triple el índice de precios al consumidor. Este desajuste obedece al encarecimiento constante de los insumos hospitalarios, la alta tecnología médica dolarizada y la sobreutilización de estudios diagnósticos.
- **Impacto en la Utilidad Operativa:** El incremento sustancial en el costo medio por siniestro provocó un estrechamiento severo de los márgenes, derivando en una **caída del 51.5% en la utilidad neta** del ramo para las aseguradoras en este periodo.
- **Ajuste de Tarifa y Cancelación en Cascada:** Al ajustar las primas para compensar el déficit técnico, el costo de las renovaciones sobrepasó el umbral de pago de las familias de ingresos medios y de las pequeñas y medianas empresas (PyMEs). Esto generó una deserción masiva, dejando el portafolio expuesto al fenómeno de la **antiselección**: permanecen únicamente los riesgos con mayor siniestralidad esperada, lo que presiona aún más la tarifa futura.

2. Factores Estructurales de la Pérdida de Asegurados

La erosión del volumen de asegurados no responde a un evento aislado, sino a tres factores estructurales convergentes:

Factor	Manifestación en el Mercado	Consecuencia Operativa
Inasequibilidad para la Clase Media	Incremento de coaseguros y deducibles para contener prima.	Las pólizas pierden su valor percibido al volverse inoperantes para siniestros de severidad baja y media.
Migración o Cancelación Colectiva	Depuración de beneficios en pólizas grupales corporativas.	Reducción de sumas aseguradas o eliminación total del beneficio de salud por parte de empleadores.
Poca Flexibilidad de Producto	Diseños tradicionales basados en indemnización total con amplias redes.	Poca penetración de esquemas modulares o basados en salud preventiva.

3. Implicaciones para el Sector Asegurador y la Cadena de Valor

La pérdida de masa crítica en el ramo de salud genera distorsiones en tres frentes operativos clave:

1. **Poder de Negociación con Prestadores de Salud:** Al concentrarse el volumen de asegurados en una base más pequeña, el sector pierde apalancamiento tarifario frente a las grandes cadenas hospitalarias, dificultando el establecimiento de tabuladores y costes concertados.
2. **Presión sobre la Solvencia y las Reservas:** Aunque el Índice de Cobertura del Requerimiento de Capital de Solvencia (RCS) del sector se mantiene sólido (por encima de 3.0 veces el mínimo regulatorio), la volatilidad en la siniestralidad exigirá un monitoreo continuo de las reservas de riesgos en curso.
3. **Carga en el Sistema de Salud Público:** La salida de un millón de personas del aseguramiento privado traslada la demanda de atención de padecimientos de alta especialidad al ya saturado sistema de salud público.

4. Hoja de Ruta y Soluciones Estratégicas

Para revertir la pérdida de penetración y estabilizar el margen técnico del ramo de GMM, las aseguradoras e intermediarios deben transitar de un modelo *reactivo-indemnizatorio* a uno *preventivo-gestionado*:

- **Incentivar los Esquemas de Gestión Controlada de Salud (Managed Care):** Integrar redes cerradas de atención primaria con protocolos de derivación

obligatorios (Gatekeeping) que detengan el encarecimiento desde el primer nivel de atención.

- **Modularidad y Pólizas "Tailor-Made":** Diseñar productos flexibles que permitan a los asegurados seleccionar coberturas críticas (ej. solo padecimientos catastróficos u oncología) con deducibles dinámicos, adaptando el costo al presupuesto real de la clase media.
- **Suscripción Digital e Interoperabilidad:** Adoptar analítica predictiva y herramientas de onboarding digital para reducir los gastos de adquisición y administración, trasladando esa eficiencia operativa a la tarifa final.
- **Modelos de Valor y Pagos Basados en Resultados:** Renegociar con los prestadores de salud esquemas de pago por paquete (bundled payments) o resultados de salud (value-based care), abandonando el esquema tradicional de pago por servicio (fee-for-service) que incentiva la sobreutilización de insumos.

La pérdida del millón de riesgos es un llamado a la acción para el sector. **Revertir esta tendencia no implicará bajar los estándares de cobertura, sino reconfigurar la propuesta de valor mediante la contención eficiente de costos, la innovación en producto y una coordinación estrecha entre aseguradoras, autoridades y prestadores médicos.**



ARTÍCULOS DE INTERÉS

La Brecha de Asequibilidad: Una inflación médica desmedida del 14.5% forzó incrementos tarifarios que rebasaron la capacidad de pago de miles de familias y PyMEs.

La inflación médica en México ha dejado de ser una simple variable macroeconómica de ajuste tarifario para convertirse en un riesgo estructural de sostenibilidad para el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM). Con incrementos anuales en los costos de atención hospitalaria y quirúrgica que promedian un 14.5% —superando por más del triple a la inflación general—, el sector asegurador enfrenta una presión sin precedentes en la suscripción, la retención de cartera y el equilibrio actuarial.

Esta dinámica ha consolidado lo que la industria define como la **Brecha de Asequibilidad**: un fenómeno dinámico donde el crecimiento de las primas excede exponencialmente el incremento en el ingreso disponible de las familias y la rentabilidad operacional de las PyMEs, desplazando gradualmente a asegurados con perfiles de riesgo clave y alterando la composición del mutualismo.

Causas Estructurales de la Inflación Médica del 14.5%

El alza desmedida en el costo técnico de las reclamaciones responde a la combinación de presiones exógenas y distorsiones internas de la red sanitaria privada:

- **Efecto "Cost-Shift" y Carga Tecnológica:** La rápida adopción de procedimientos de mínima invasión, terapias biológicas y equipamiento de última generación genera incrementos directos en el costo promedio del reclamo, sin que necesariamente exista un correlato proporcional en la disminución de días de estancia hospitalaria.
- **Insumos y Medicamentos de Alto Costo:** Importaciones sujetas a volatilidad cambiaria y esquemas de precios opacos en fármacos especializados presionan la severidad de los siniestros de alta complejidad o padecimientos catastróficos.
- **Modelo de Pago por Servicio (Fee-for-Service):** Este esquema tarifario tradicional incentiva la sobreutilización de estudios diagnósticos y procedimientos, generando eficiencias financieras para los prestadores pero trasladando la carga operativa y el riesgo técnico al asegurador.

Impacto en la Cartera y el Riesgo de Antiselección

La consecuencia inmediata del ajuste tarifario del 14.5% en la nota técnica de las aseguradoras no es solo la cancelación masiva de pólizas, sino una alteración peligrosa en la mezcla del portafolio:

- **Erosión en PyMEs y Personas Físicas:** Para las pequeñas y medianas empresas, la póliza de GMM ha pasado de ser una prestación laboral estratégica a un costo

fijo insostenible, provocando disminuciones en las sumas aseguradas contratadas, incrementos forzados en deducibles o la cancelación definitiva del beneficio colectivizado.

- **Espiral de Antiselección:** Los asegurados jóvenes y sanos (*low-risk*) abandonan el sistema al percibir un costo que no correlaciona con su frecuencia de uso esperada. La masa asegurada remanente concentra una mayor proporción de riesgos maduros o con siniestralidad activa (*high-risk*), lo que eleva el costo medio del siniestro e impone la necesidad de nuevos incrementos en la prima, alimentando un ciclo insostenible.

Estrategias del Sector ante la Brecha de Asequibilidad

Para mitigar la severidad y preservar el volumen de primas emitidas, la industria aseguradora debe evolucionar de un modelo puramente indemnizatorio a uno de gestión proactiva de salud y control de costos:

- **Transición a Modelos de Salud Basados en Valor (*Value-Based Care*):** Reemplazar progresivamente el *fee-for-service* por acuerdos de pago prospectivos, paquetes cerrados por procedimiento y esquemas de compartición de riesgo con grupos hospitalarios y médicos dictaminadores.
- **Redes Médicas Cerradas y Guiadas (*Managed Care*):** Diseñar productos con direccionalidad inteligente de flujo de pacientes hacia instituciones de alta eficiencia técnica y costo controlado, ofreciendo incentivos directos en copago o deducible al asegurado.
- **Modularidad y Personalización en el Diseño de Productos:** Implementar esquemas con coaseguros variables según el proveedor, deducibles dinámicos y coberturas optativas que permitan a las familias y PyMEs adaptar el nivel de protección a su presupuesto sin perder la cobertura catastrófica.
- **Digitalización y Gestión Preventiva de la Salud:** Integrar herramientas de telemedicina como primer nivel de atención y programas de monitoreo para padecimientos crónico-degenerativos, atacando la frecuencia antes de que derive en reclamaciones de alta severidad.

La inflación médica del 14.5% no puede resolverse únicamente mediante incrementos proporcionales a la prima sin dinamitar la base asegurable. La contención de la Brecha de Asequibilidad exige una revisión profunda del modelo de relación entre aseguradoras, prestadores de servicios de salud y asegurados. Rediseñar los contratos, eficientar la red hospitalaria y contener la severidad mediante la gestión del riesgo son los pasos indispensables para garantizar la viabilidad técnica y financiera del seguro de gastos médicos en el largo plazo.

LA ESPIRAL DE ANTISELECCIÓN Y LA EROSIÓN DE LA MUTUALIDAD EN GASTOS MÉDICOS MAYORES

El principio ontológico del seguro descansa sobre una premisa matemática y social: la mutualidad. La dispersión del riesgo entre una masa crítica heterogénea de asegurados permite que las primas de los muchos financien los siniestros de los pocos. Sin embargo, el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) enfrenta hoy un fenómeno estructural crítico: **la erosión acelerada de la mutualidad por la salida progresiva de asegurados de bajo riesgo y la consecuente concentración de siniestralidad (antiselección).**

Este artículo analiza la dinámica técnica de este ciclo, las causas raíz de la fuga de asegurados y las estrategias de gestión actuarial y comercial para contener la espiral de degradación del portafolio.

1. El Mecanismo Técnico: La Espiral de Antiselección

La erosión de la mutualidad no es un evento estático, sino una reacción en cadena. El proceso opera en cuatro fases consecutivas:

- **Fase 1: Ajuste por inflación médica.** Las aseguradoras aplican incrementos en la tarifa base debido al aumento en la frecuencia, intensidad tecnológica y costo del ramo (móvil de la inflación médica).
- **Fase 2: Abandono selectivo.** Los asegurados jóvenes, de bajo riesgo o con menor capacidad económica perciben la prima como desproporcionada frente a su uso esperado. Cancelan la póliza o migran a esquemas colectivos/públicos.
- **Fase 3: Concentración del riesgo.** El portafolio pierde a los contribuyentes netos de margen (los que pagan prima y no siniestran) y retiene a las poblaciones de mayor edad, con padecimientos crónicos o con alta probabilidad de uso (los receptores netos de margen).
- **Fase 4: Emporamiento de la siniestralidad relativa.** La siniestralidad promedio por asegurado dentro del fondo común aumenta, lo que exige un nuevo incremento tarifario, retroalimentando el ciclo.

2. Catalizadores de la Salida de Asegurados

El fenómeno de la antiselección en GMM se ve acelerado por tres factores estructurales del mercado actual:

A. La Brecha de Valor Percibida

Cuando la prima supera cierto umbral del ingreso disponible del usuario, la decisión de compra deja de ser una medida de protección patrimonial y pasa a ser evaluada como un gasto corriente sustituible. Los perfiles sanos perciben el seguro como un "costo no

utilizado", mientras que para el cliente con un padecimiento crónico, el seguro representa un activo de primera necesidad que mantendrá a cualquier costo.

B. La Asimetría Tarifaria y Portabilidad Selectiva

El mercado favorece la entrada de perfiles sanos en pólizas individuales de primer ingreso mediante un *underwriting* riguroso. Por el contrario, la transferencia o continuidad de derechos entre aseguradoras suele complicarse cuando el cliente ya presenta condiciones preexistentes. Esto atrapa al asegurado siniestrado en el portafolio original mientras libera al asegurable sano para buscar alternativas más económicas en la competencia.

C. Asimetría Demográfica

El envejecimiento natural de la cartera no se está compensando con una tasa equivalente de atracción de nuevas generaciones (Millennials y Gen Z). Las nuevas cohortes buscan productos flexibles, digitales y modulares, alejándose de los contratos tradicionales de GMM de prima nivelada o por rangos de edad agresivos.

3. Impacto Operativo y Financiero en la Aseguradora

El deterioro de la base de mutualidad genera impactos directos en los indicadores clave del negocio:

Indicador	Efecto de la Antiselección
Índice de Siniestralidad Combinado	Incremento constante por encima del nivel técnico proyectado en la nota técnica.
Gasto Adquisición y Retención	Aumento del costo de adquisición para atraer nuevos asegurados sanos que equilibren el fondo.
Reserva de Riesgos en Curso	Ajustes al alza que reducen el margen financiero y comprometen el capital de trabajo.
Pérdida de Capacidad de Negociación	Un portafolio más pequeño y siniestrado pierde fuerza frente a las redes hospitalarias y proveedores médicos.

4. Estrategias de Retención e Innovación Actuarial

Para frenar la espiral de desintegración del fondo común, la industria aseguradora debe evolucionar de un modelo puramente tarifario reactivo hacia un modelo de gestión integral del riesgo y del portafolio.

Estrategia 1: Rediseño Modular del Producto

- **Subcoberturas dinámicas:** Permitir la personalización de deducibles, coaseguros y topes según la etapa de vida del asegurado.

- **Productos de entrada (MicroGMM):** Diseñar coberturas para padecimientos de alto costo y baja frecuencia (enfermedades catastróficas) para mantener enrolados a las poblaciones jóvenes con primas de entrada competitivas.

Estrategia 2: Tarificación Basada en Estilo de Vida y Salud Predictiva

- **Programas de Bienestar y Recompensa:** Incorporar *wearables* y aplicaciones de monitoreo para otorgar descuentos directos en prima a asegurados que demuestren hábitos saludables. Esta medida incentiva la permanencia de los perfiles de bajo riesgo.
- **Gestión de Padecimientos Crónicos:** Implementar programas de *disease management* para contener la evolución del costo de asegurados ya diagnosticados, mitigando la gravedad del siniestro dentro del fondo.

Estrategia 3: Estructuras de Distribución y Tarificación Flexible

- **Suavización de escalas por edad:** Reformular la estructura de los aumentos quinquenales de prima para evitar incrementos abruptos que disparan las cancelaciones en rangos clave de edad (ej. 35-40 años y 50-55 años).
- **Estrategias de Cross-selling Institucional:** Crear incentivos para migrar asegurados que salen de coberturas colectivas (colectivos/pymes) hacia pólizas individuales con condiciones ajustadas antes de que abandonen el ecosistema de la aseguradora.

Conclusión

La erosión de la mutualidad por la vía de la antiselección es una amenaza existencial para la viabilidad técnica del seguro de Gastos Médicos Mayores tal como se conoce comercialmente. Las aseguradoras no pueden resolver un problema de composición de cartera limitándose a incrementar la prima año con año.

El futuro del ramo exige la transición de un rol pasivo de pagador de siniestros a un rol activo de gestor de la salud de la cartera. Solo reconstruyendo la propuesta de valor para los asegurados sanos y modernizando el diseño de coberturas será posible estabilizar la base de mutualidad y mantener la sostenibilidad financiera de esta línea de negocio a largo plazo.

VULNERABILIDAD PATRIMONIAL Y TRANSFERENCIA DEL RIESGO AL SECTOR PÚBLICO: EL IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA CANCELACIÓN EN GASTOS MÉDICOS

En el ecosistema de seguros de personas, la póliza de Gastos Médicos Mayores (GMM) suele analizarse como un instrumento financiero de mitigación para la aseguradora o como una herramienta de protección de salud para el usuario. Sin embargo, su dimensión más crítica es de carácter socioeconómico: **el seguro de salud actúa como el principal blindaje del patrimonio familiar y como una válvula de escape indispensable para la capacidad operativa del sistema de salud público.**

Cuando las presiones tarifarias, el desempleo o la pérdida de poder adquisitivo obligan a un asegurado a cancelar su cobertura, el efecto trasciende la simple pérdida de prima para la aseguradora. Se desencadena un fenómeno de doble impacto: la exposición directa del patrimonio familiar a eventos de alta severidad financiera y la traslación inmediata del costo de atención hacia las instituciones del Estado.

1. La Microeconomía de la Cancelación: Ruina Patrimonial y Catástrofe Financiera

El costo de la atención médica privada por padecimientos de alta complejidad (oncología, cardiología, politraumatismos o terapia intensiva) crece a tasas persistentemente superiores a la inflación general. En este contexto, la póliza de GMM funciona como un contrato de transferencia del riesgo catastrófico.

La cancelación del contrato elimina esa transferencia y deja al individuo ante un escenario de **gasto de bolsillo catastrófico**, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel gasto en salud que supera el 40% de la capacidad de pago del hogar.

La Secuencia de la Vulnerabilidad Patrimonial

1. **Agotamiento del ahorro líquido:** Ante un diagnóstico complejo, los ahorros familiares de corto y mediano plazo son absorbidos en las primeras semanas de tratamiento hospitalario o farmacológico.
2. **Liquidación forzosa de activos:** La familia se ve obligada a vender bienes inmuebles, vehículos o instrumentos de inversión por debajo de su valor de mercado para cubrir honorarios, insumos y procedimientos.
3. **Endeudamiento estructural:** Se recurre al crédito bancario, préstamos informales o empeño de patrimonio a tasas elevadas, hipotecando la estabilidad financiera de la siguiente generación.
4. **Pérdida de patrimonio neto:** El resultado final es la movilidad social descendente: familias de clase media o media-alta que caen en situaciones de insolvencia permanente debido a un único evento de salud.

2. El Efecto Colateral: Traslado Masivo de la Presión al Sistema Público

El sector privado de seguros y el sistema de salud público operan como vasos comunicantes. Cada póliza cancelada representa un usuario que pierde el acceso a la red privada y recalibra su demanda hacia la infraestructura estatal.

Factores de Saturación por Reversión de Demanda

- **Población de Alta Severidad:** Quienes cancelan su póliza por no poder costear la prima no dejan de enfermar. Cuando enfrentan eventos graves o crónicos, acuden inmediatamente a los hospitales públicos de alta especialidad.
- **Costo de Oportunidad Presupuestal:** El Estado absorbe la atención de un paciente cuyos costos acumulados (quimioterapias, cirugías robóticas, medicamentos de biotecnología) pueden ascender a decenas de miles de dólares por año. Esto desplaza recursos que podrían destinarse a prevención o infraestructura básica.
- **Saturación de Infraestructura:** El incremento de usuarios procedentes del sector privado presiona los tiempos de espera para procedimientos quirúrgicos, consultas de especialidad y camas de terapia intensiva, degradando la calidad del servicio para toda la población atendida.

Dimensión	Sector Privado (Con Póliza)	Sector Público (Tras la Cancelación)
Financiamiento del Riesgo	Fondo privado mutualizado mediante prima.	Presupuesto fiscal y gasto corriente del Estado.
Impacto en el Usuario	Deducible y coaseguro predecibles.	Riesgo de desabasto, retraso de atención o gasto de bolsillo indirecto.
Carga para el Estado	Nula (genera recaudación fiscal e inversión privada).	Absorción total del costo de tratamientos de alta complejidad.

3. El Desafío de la Continuidad y la Pérdida de Antigüedad

Un aspecto crítico en la cancelación de seguros de GMM es la **asimetría de la reincorporación**. Cuando un asegurado cancela su póliza y tiempo después intenta contratar una nueva:

- **Pierde la antigüedad acumulada**, lo que reactiva los periodos de espera para padecimientos específicos.
- **Enfrenta evaluaciones de *underwriting* más estrictas:** Si durante el periodo sin cobertura desarrolló un padecimiento, este será calificado como condición preexistente y quedará excluido permanentemente de la nueva póliza.

Esto genera una trampa de exclusión: la persona que cancela temporalmente por una restricción de liquidez de corto plazo queda frecuentemente marginada de manera definitiva del sistema asegurador privado, consolidando su dependencia del sistema público.

4. Alternativas y Respuestas Estratégicas para la Industria Aseguradora

Para evitar que la cancelación masiva destruya el valor del seguro como red de seguridad patrimonial, la industria aseguradora debe implementar esquemas de flexibilización y contención de cartera antes de llegar a la baja definitiva.

Estrategia A: Mecanismos de Reducción de Cobertura (Downgrading Programado)

En lugar de aceptar la cancelación total, las aseguradoras deben ofrecer alternativas de ajuste técnico en el momento de la renovación:

- Aumento de deducible o incremento de coaseguro a cambio de una prima sostenible.
- Migración temporal a redes hospitalarias de menor costo o esquemas con tabuladores médicos ajustados.
- Conversión de la póliza tradicional a un seguro catastrófico de alto deducible (diseñado únicamente para eventos severos).

Estrategia B: Pólizas de Retención con Cobertura Básica de Salud

Diseñar coberturas de transición para asegurados que enfrentan desempleo o pérdida temporal de ingresos, permitiéndoles mantener la **antigüedad** y la cobertura de eventos graves mediante una prima mínima durante un periodo determinado (ej. 12 a 24 meses).

Estrategia C: Alianzas Público-Privadas y Mecanismos Mixtos

Fomentar esquemas complementarios donde el seguro privado cubra el deducible o los tratamientos de alta especialidad en la red privada, mientras el sistema público o esquemas de microseguro respaldan el primer nivel de atención, reduciendo la prima total y evitando la salida del asegurado.

Conclusión

La cancelación de una póliza de Gastos Médicos Mayores no debe analizarse únicamente como un indicador de pérdida de clientes para el sector asegurador. **Es un indicador de vulnerabilidad macroeconómica y social.**

Cada póliza que se da de baja deja a una familia a un evento de salud de distancia de la bancarrota y añade una carga financiera adicional a un sistema público de salud que ya trabaja al límite de su capacidad. El reto estratégico del sector no es solo vender nuevas pólizas, sino innovar en la retención y flexibilidad de las existentes para preservar la función central del seguro: la salvaguarda de la estabilidad patrimonial de las familias y la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto.

HACIA LA SOLUCIÓN: ARQUITECTURA MODULAR, GESTIÓN PREVENTIVA Y TRANSPARENCIA CONTRACTUAL EN GASTOS MÉDICOS

La espiral de antiselección y la consecuente erosión de la mutualidad no son fatalidades inevitables, sino la consecuencia directa de un modelo de negocio en Gastos Médicos Mayores (GMM) que se ha quedado obsoleto. Frente al incremento sistemático del costo médico y la fuga de perfiles jóvenes o de bajo riesgo, la industria aseguradora no puede reaccionar únicamente ajustando la nota técnica y elevando primas.

La contención de la deserción requiere una reingeniería estratégica basada en tres pilares fundamentales: **modularidad de productos, gestión preventiva de la salud y transparencia en la ingeniería de contratos.**

1. Coberturas Modulares: Del "Talla Única" al Seguro Dinámico

El seguro de salud tradicional ha operado bajo un esquema rígido donde el cliente debe contratar paquetes empaquetados que incluyen coberturas prescindibles para su etapa de vida. Esta inflexibilidad es la principal causa de abandono cuando la capacidad de pago se contrae.

Estrategias de Implementación Modular:

- **Estructura Core & Plug-in:** Un núcleo indestructible enfocado exclusivamente en eventos de alta severidad (oncología, politraumatismo, cardiología) combinado con módulos optativos que el asegurado activa o desactiva según su perfil de gasto y edad.
- **Escalabilidad de Coaseguro y Deducible Domiciliado:** Permitir que el asegurado flexibilice temporalmente su deducible en periodos de ajuste económico sin perder la antigüedad ni la cobertura contra padecimientos ya diagnosticados.
- **Redes Asimétricas Optativas:** Acceso a redes hospitalarias por niveles que permitan reducir significativamente la prima a cambio de canalizar el primer contacto a centros de alta eficiencia operativa.

2. Gestión Preventiva y Salud Digital: Cambiando la Ecuación del Valor

Para el asegurado sano, la póliza de GMM suele percibirse como un gasto a fondo perdido. Integrar la gestión preventiva y la salud digital en la propuesta de valor cambia la percepción del cliente: el seguro deja de ser un documento reactivo que solo sirve en la tragedia para convertirse en un aliado diario de bienestar.

Iniciativas Clave de Contención Siniestral:

- **Atención Primaria y Telemedicina como Frontera de Retención:** Incluir medicina general, pediatría y nutrición sin deducible ni coaseguro. Esto detecta padecimientos crónicos en etapas tempranas (previniendo siniestros de alta severidad) y otorga valor cotidiano al cliente sano.
- **Tarificación Dinámica por Estilo de Vida:** Aplicar modelos de *Value-Based Insurance Design* (VBID). El monitoreo de hábitos mediante *wearables* (pasos, calidad de sueño, chequeos anuales) recompensa al usuario con bonificaciones en la prima o reducciones de deducible.

- **Programas de Acompañamiento Crónico:** Invertir en la gestión médica continua para pacientes con diabetes o hipertensión. Reducir la frecuencia de descompensaciones hospitalarias baja la siniestralidad acumulada del portafolio.

3. Transparencia Contractual y Reducción de la Ficción de Cobertura

Gran parte de la deserción ocurre por la frustración del asegurado durante la liquidación de siniestros, motivada por la falta de claridad en el diseño contractual o expectativas no alineadas desde la venta.

Práctica Tradicional (Generadora de Deserción)	Evolución Hacia la Transparencia
Tabuladores Médicos Opacos	Publicación de tabuladores de honorarios claros y herramientas digitales de estimación previa de copagos.
Exclusiones en Letra Chiquita	Resúmenes ejecutivos estandarizados con ejemplos numéricos claros de eventos cubiertos y no cubiertos.
Incrementos Quinquenales Abruptos	Curvas de tarificación suavizadas y transparentes desde el momento de la contratación inicial.
Procesos Manuales de Reembolso	Dictaminación automatizada, pago directo digital y trazabilidad en tiempo real del siniestro.

El Rol Digital en la Retención del Asegurado

Las herramientas digitales simplifican la administración del seguro, mitigan el costo operativo de la aseguradora y mejoran sustancialmente la experiencia del usuario final.

Conclusión

Frenar la deserción en Gastos Médicos Mayores exige dejar atrás la mentalidad de "indemnizador pasivo" para asumir el rol de **gestor integral de riesgos y salud**. La adopción de arquitecturas modulares protege la liquidez del cliente, la medicina preventiva

contiene la severidad del gasto hospitalario, y la transparencia contractual reconstruye la confianza en la institución del seguro.

Solo a través de esta transformación técnica y comercial será posible estabilizar la masa crítica de la mutualidad y asegurar la sostenibilidad del ramo en el largo plazo.



CRITERIO JURISPRUDENCIAL DEL MES

Daños Punitivos y Discriminación de Género en el Seguro: Análisis Implicaciones Jurisprudenciales de la Tesis I.16o.C.5 C (12a.)

RESUMEN EXECUTIVO

El 3 de julio de 2026, la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación publicó la Tesis Aislada **I.16o.C.5 C (12a.)**, emitida por el Décimo Sexto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. Este criterio jurisprudencial marca un hito en la regulación operativa, contractual y de suscripción para el sector asegurador mexicano.

El fallo determina que la **utilización de lenguaje basado en estereotipos o prejuicios de género**, aunado a **conductas irregulares, omisiones y tratos diferenciados injustificados** en los contratos de Seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM), constituye un acto discriminatorio altamente reprochable que **detona la procedencia de daños punitivos** dentro de la indemnización por daño moral.

Para las instituciones de seguros, este criterio trasciende la mera responsabilidad civil compensatoria tradicional; exige una reingeniería en la redacción de condiciones generales, procesos de suscripción, diseño de productos y atención a siniestros para prevenir contingencias financieras e reputacionales severas.

La Tesis Aislada se transcribe a continuación:

Suprema Corte de Justicia de la Nación

Registro digital: 2032390. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Duodécima Época. Materias(s): Civil. Tesis: I.16o.C.5 C (12a.). Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 11, Julio de 2026, Tomo I, Volumen 2, página 815. Tipo: Aislada

PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR DAÑOS PUNITIVOS. PROCEDE ANTE ACTOS DISCRIMINATORIOS OCASIONADOS POR EL USO DEL LENGUAJE BASADO EN ESTEREOTIPOS O PREJUICIOS POR RAZÓN DE GÉNERO, Y CONDUCTAS IRREGULARES E INJUSTIFICADAS DERIVADAS DE UN CONTRATO DE SEGURO.

*Hechos: Dos mujeres, por su propio derecho y en representación de su hija menor de edad, demandaron en la vía oral mercantil a una aseguradora la nulidad del contrato de seguro y el pago de diversas indemnizaciones, entre ellas, por el daño moral derivado de los actos que estimaron vulneraban el principio de no discriminación, consistentes en el uso de lenguaje basado en estereotipos o prejuicios por razón de género en el **seguro de gastos médicos mayores**, al establecer "pareja del mismo sexo" en lugar de "cónyuge" en más de una ocasión; así como las conductas irregulares e injustificadas de exclusión de cubrir parto y cesárea y cualquier tratamiento médico o quirúrgico derivado*

del sometimiento a tratamientos de infertilidad y/o esterilidad para procrear, así como la demora en la entrega de las condiciones generales del seguro individual, mismas que no coincidieron con las ofertadas. La persona juzgadora de primera instancia condenó a la aseguradora al pago del daño moral. Inconforme, la parte actora promovió amparo directo al considerar que no se analizaron el impacto diferenciado de las condiciones generales del seguro individual, las acciones u omisiones discriminatorias, ni los parámetros necesarios para cuantificar el daño moral.

Criterio jurídico: Procede el pago de daños punitivos por actos de discriminación ocasionados por el uso del lenguaje basado en estereotipos o prejuicios por razón de género y de actuaciones irregulares e injustificadas por parte de las compañías aseguradoras en los contratos de seguro, al ser acciones altamente reprochables.

Justificación: La extinta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el amparo directo en revisión 3458/2023, señaló que en la cuantificación del daño moral las personas juzgadoras deben analizar su carácter punitivo en observancia del artículo 1916 del Código Civil Federal, el cual impone la obligación de ponderar factores como los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable, así como las demás circunstancias del caso. En ese sentido, sostuvo que el pago de daños punitivos no procede indefectiblemente en todos los casos, sino sólo en aquellos en que se advierta que la conducta dañosa es de tal gravedad que amerita su imposición.

*En el caso de la compañía aseguradora que durante la vigencia del **seguro de gastos médicos mayores** otorgó el parentesco de "pareja del mismo sexo" en lugar de "cónyuge" sin alguna justificación, conlleva a estimarla como una expresión fundada en algún estereotipo o prejuicio de género que puede implicar una discriminación hacia personas de la diversidad sexo-genérica. Lo anterior, porque tales hechos discriminatorios que tuvieron un impacto diferenciado también perpetúan estereotipos y estigmas en perjuicio de los miembros de la población LGBTIQ+; cuestión que, en atención al mandato de erradicar la discriminación en el país, debe ser tanto sancionada como desincentivada.*

Los daños punitivos tienen como finalidad: 1) compensar económicamente a quien fue afectado por una conducta ilícita; 2) castigar a quien causó el daño en función de su grado de responsabilidad; 3) evitar que el responsable se enriquezca a costa de la víctima; 4) prevenir que hechos similares se repitan en un futuro; y 5) procurar una cultura de la responsabilidad, por lo que la persona juzgadora, al cuantificarlos, podrá dictar medidas de reparación necesarias y adecuadas tendentes a lograr una justa indemnización.

DÉCIMO SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 800/2022. 19 de febrero de 2026. Unanimidad de votos de los Magistrados Víctor Hugo Solano Vera y Benito Arnulfo Zurita Infante, y de

Rubén Benítez Hernández, secretario en funciones de Magistrado. Ponente: Benito Arnulfo Zurita Infante. Secretario: Jesús Damián González Rivera.

Esta tesis se publicó el viernes 03 de julio de 2026 a las 10:10 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

1. FICHA TÉCNICA Y ANTECEDENTES PROCESALES

Parámetro	Detalle
Registro Digital	2032390
Órgano Emisor	Décimo Sexto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito
Época / Materia	Duodécima Época / Civil
Fuente	Gaceta del Semanario Judicial de la Federación (Libro 11, Julio de 2026, Tomo I, Vol. 2, Pág. 815)
Origen Procesal	Juicio Oral Mercantil $\rightarrow$ Amparo Directo 800/2022 (Resuelto el 19 de febrero de 2026)
Materia del Litigio	Nulidad de contrato, daño moral, actos discriminatorios en GMM y procedencia de daños punitivos

Resumen de los Hechos:

- Conflicto de Parentesco y Lenguaje:** En la póliza de GMM contratada por una pareja de dos mujeres (quienes actuaron por su propio derecho y en representación de su menor hija), la aseguradora consignó repetidamente el parentesco como **"pareja del mismo sexo"** en lugar de utilizar el término legal y normativo **"cónyuge"**.
- Exclusiones Irregulares y Trato Diferenciado:** La aseguradora aplicó de forma injustificada exclusiones relativas a la cobertura de parto, cesárea y tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de infertilidad/esterilidad.
- Inconsistencias Contratación-Entrega:** Existió demora en la entrega de las Condiciones Generales del seguro individual y, al entregarse, las condiciones no coincidían con las ofertadas originalmente.
- Sentencia de Origen y Amparo:** La primera instancia condenó a la aseguradora al pago de daño moral. Inconforme por la cuantificación e indebido análisis del impacto diferenciado, la parte actora promovió amparo directo, derivando en la fijación del criterio punitivo.

2. ESTUDIO JURÍDICO Y SUSTENTO CONSTITUCIONAL

A. La Discriminación por el Uso del Lenguaje y el Impacto Diferenciado

El Tribunal Colegiado sostiene que el lenguaje no es neutro. Denegar el término "cónyuge" a un matrimonio entre personas del mismo sexo y sustituirlo reiteradamente por "pareja del mismo sexo" en un contrato mercantil de adhesión no constituye un mero error administrativo. Se califica como una **expresión fundada en estereotipos o prejuicios de género** que genera una estigmatización y discriminación hacia la población LGBTIQ+.

Bajo el estándar del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (principio de igualdad y prohibición de discriminación por preferencia sexual o género), las aseguradoras no pueden establecer categorías sospechosas ni clasificaciones arbitrarias que minusvaloren la figura jurídica del matrimonio entre personas del mismo sexo.

B. El Mecanismo de los Daños Punitivos en la Razón del Art. 1916 del CCF

Fundamentado en el criterio de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (ADR 3458/2023), el análisis recalca la naturaleza punitiva y disuasiva del daño moral bajo el artículo 1916 del Código Civil Federal (aplicado de forma supletoria en materia mercantil).

Los **daños punitivos** (*punitive damages*) cumplen una quintuple función en el derecho de daños mexicano:

1. **Compensación económica integral:** Resarcir a la víctima por el menoscabo a sus derechos fundamentales.
2. **Sanción al infractor:** Castigar la conducta en proporción directa a su gravedad y culpabilidad.
3. **Prevención del enriquecimiento injusto:** Impedir que el responsable obtenga una ventaja o beneficio económico mediante el incumplimiento o la práctica discriminatoria.
4. **Efecto disuasorio (Prevención General y Especial):** Enviar un mensaje inhibitorio al sector para evitar la reiteración de conductas similares.
5. **Promoción de la cultura de responsabilidad:** Incentivar altos estándares de ética corporativa y cumplimiento legal.

3. PUNTOS CLAVE Y IMPACTO PARA EL SECTOR ASEGURADOR

1. Responsabilidad por Redacción y Definiciones Contractuales

Las cláusulas, caratulas de póliza y formatos de solicitud emitidos por las instituciones deben revisarse exhaustivamente. La persistencia en la categorización discriminatoria en los sistemas centrales de emisión (Core Asegurador) expone a las compañías a demandas por daño moral con pretensiones punitivas elevadas.

2. Legalidad de la Oferta vs. Condiciones Entregadas

El fallo resalta la falta de coincidencia entre las condiciones ofertadas y las entregadas, así como el retraso en su entrega. De acuerdo con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (LCS), la póliza debe guardar exacta concordancia con la oferta. La entrega tardía o desalineada de condiciones no solo faculta al asegurado a solicitar la rectificación en el plazo legal, sino que, si acarrea privación injustificada de coberturas (como maternidad o cesárea), será evaluada como una conducta irregular agravada.

3. Coberturas de Salud y Nuevas Estructuras Familiares

La exclusión o restricción injustificada de coberturas de maternidad, reproducción asistida o tratamientos derivados de la procreación cuando afectan a familias de la diversidad sexual es calificada como un impacto diferenciado. Las aseguradoras no pueden aplicar barreras de suscripción basadas en conceptos arcaicos de la figura familiar.

4. ANÁLISIS DE RIESGO Y RECOMENDACIONES CORPORATIVAS

Ante este precedente, las Direcciones Jurídicas, de Cumplimiento (Compliance), Suscripción y Operaciones de las aseguradoras deben implementar las siguientes acciones preventivas de manera inmediata:

A. Auditoría de Catálogos y Lenguaje Contratual

- **Acción:** Auditar los catálogos de datos en las plataformas de emisión y formularios de solicitud.
- **Objetivo:** Eliminar etiquetas diferenciadas para un mismo estatus jurídico. Si la ley reconoce el matrimonio entre personas del mismo sexo, el único término jurídicamente procedente en el campo de parentesco/vínculo es "cónyuge".

B. Revisión de la Sustentabilidad Técnica de Exclusiones en Salud

- **Acción:** Analizar las exclusiones relativas a infertilidad, esterilidad y procesos de procreación asistida en los productos de GMM.
- **Objetivo:** Asegurar que las exclusiones respondan estrictamente a criterios actuariales y de riesgo debidamente probados y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), y no a sesgos discriminatorios o conceptos morales prejuiciosos.

C. Protocolos de Cobranza, Maternidad y Gestión de Siniestros

- **Acción:** Establecer mecanismos de respuesta rápida ante reclamos de siniestros de maternidad y neonatales en esquemas homoparentales y lesboparentales.
- **Objetivo:** Evitar negativas de cobertura fundadas en lagunas de redacción o interpretaciones restrictivas de la figura de la asegurada titular o cónyuge.

CONCLUSIÓN

La Tesis **I.16o.C.5 C (12a.)** consolida la doctrina de los daños punitivos en el ámbito mercantil y asegurador en México. El criterio deja en claro que la eficiencia financiera y la

libertad contractual de las aseguradoras encuentran un límite infranqueable en los derechos fundamentales a la igualdad y a la no discriminación.

El sector asegurador debe asumir este fallo como una oportunidad para elevar la calidad contractual de sus pólizas, erradicar sesgos en la suscripción y garantizar una atención transparente, respetuosa y profesional a todos los asegurados. En un entorno legal riguroso, la prevención, el lenguaje respetuoso de la legalidad y la alineación de las condiciones operativas son la mejor estrategia de gestión de riesgo corporativo.



DECÁLOGO DEL MES

10 SINIESTROS DONDE EL SEGURO TRANSFORMÓ LA HISTORIA.

El escudo invisible de la economía global

El sector asegurador no solo calcula el riesgo; financia la resiliencia humana. A lo largo del último siglo, grandes catástrofes —desde atentados terroristas y colapsos de infraestructura hasta accidentes aéreos y desastres naturales— han puesto a prueba la solidez financiera y la capacidad operativa de la industria aseguradora.

En momentos de crisis, el pago oportuno de las pólizas no se limita a saldar una pérdida patrimonial; ha sido la llave para reestructurar mercados completos, modificar regulaciones internacionales, salvar industrias enteras del colapso y financiar la reconstrucción física y social.

A continuación, analizamos **10 eventos históricos** donde la intervención del seguro no solo resarcó daños millonarios, sino que marcó un hito en la arquitectura financiera y regulatoria global.

1. El Gran Terremoto e Incendio de San Francisco (1906)

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$235 millones de dólares de la época (equivalente a más de \$7,000 millones de USD actuales).
- **El hito:** La prueba de fuego para la solvencia de Lloyd's de Londres y el nacimiento de las cláusulas modernas de exclusión de riesgos.

Pérdida en 1906: \$235M USD —► Respaldo de Reaseguro Internacional —► Nacimiento del Seguro Moderno

El 18 de abril de 1906, un sismo de magnitud 7.9 sacudió San Francisco. Sin embargo, el 80% de la destrucción fue causada por los incendios posteriores que ardieron durante cuatro días. Las aseguradoras locales intentaron argumentar que el terremoto eximía su responsabilidad por el fuego.

El hito lo marcó Cuthbert Heath, suscriptor del mercado de **Lloyd's de Londres**, quien envió un famoso cablegrama a sus representantes en San Francisco: *"Paguen a todos nuestros asegurados la totalidad de sus pólizas, sin importar las cláusulas"*. Lloyd's liquidó cada reclamo, lo que consolidó la reputación del mercado británico en América.

Impacto en la industria aseguradora

- **Estandarización de cláusulas:** Nació la clara distinción entre el riesgo de terremoto (*Earthquake*) y el riesgo de incendio consecuencial (*Fire Following*).
- **Consolidación del reaseguro:** Demostró que la diversificación geográfica internacional del reaseguro era indispensable para absorber catástrofes de gran escala.

2. El Hundimiento del RMS Titanic (1912)

- **Pérdida/Pago estimado:** \$5 millones de dólares por el casco (alrededor de \$150 millones de USD actuales) más indemnizaciones por vida y carga.
- **El hito:** La liquidación récord de un casco marino en menos de 30 días y la reforma radical de la seguridad marítima.

El 14 de abril de 1912, el que era considerado "el barco insumergible" se hundió en el Atlántico Norte. La póliza del casco del Titanic, suscrita en el mercado de Lloyd's por un consorcio de más de 70 aseguradoras dirigidas por Willis Faber & Co., pagó la indemnización total a la línea White Star Line en solo **30 días**.

Impacto en la industria aseguradora

- **Regulación y SOLAS:** Las aseguradoras exigieron normas mínimas de seguridad como condición para otorgar cobertura. Esto impulsó la firma del primer Convenio Internacional para la Seguridad de la Vida Humana en el Mar (**SOLAS**) en 1914.
- **Límites de acumulación:** La industria comenzó a modelar el riesgo de acumulación de valores (casco, carga de alto valor y pasajeros VIP en una sola embarcación).

3. Los Atentados del 11 de Septiembre (2001)

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$47,000 a \$50,000 millones de dólares (el siniestro provocado por el hombre más costoso de la historia).
- **El hito:** El mayor litigio de interpretación de póliza ("¿Un evento o dos eventos?") y la creación de esquemas de reaseguro estatal para terrorismo.

El ataque a las Torres Gemelas del World Trade Center redefinió el concepto de riesgo catastrófico por causa humana. El complejo estaba asegurado por un total de \$3,550 millones de dólares por evento por más de dos docenas de aseguradoras.

El arrendatario del complejo, Larry Silverstein, entabló una batalla legal argumentando que los dos impactos de avión constituían **dos eventos independientes**, lo que duplicaba el límite de indemnización a \$7,100 millones de dólares. Tras años de litigio, los tribunales determinaron que para la mayoría de los aseguradores se trató de dos siniestros, derivando en un pago final cercano a los \$4,550 millones de dólares solo para el inmueble.

Impacto en la industria aseguradora

- **Aparición de TRIA:** Ante el retiro inmediato de la cobertura de terrorismo del mercado comercial, EE. UU. promulgó la *Terrorism Risk Insurance Act* (TRIA) en 2002, un modelo de respaldo público-privado réplica en otros países (como Consorcio en España o Pool Re en Reino Unido).
- **Claridad en la definición de "Ocurrencia":** La industria estandarizó las cláusulas contractuales para definir de forma inequívoca lo que constituye un único evento (*One Occurrence*).

4. El Accidente del Concorde - Vuelo 4590 de Air France (2000)

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$150 millones de dólares por casco y responsabilidad civil.
- **El hito:** El fin comercial de la aviación supersónica acelerado por la insostenibilidad de las primas de riesgo y la indemnización integral a familias.

El 25 de julio de 2000, el Concorde de Air France se estrelló minutos después de despegar en París debido a la explosión de un neumático que perforó el tanque de combustible. Murieron 109 personas a bordo y 4 en tierra.

Las aseguradoras (lideradas por consorcios europeos) indemnizaron el valor del fuselaje con rapidez y gestionaron acuerdos Extrajudiciales multimillonarios con las familias de las víctimas alemanas e internacionales para evitar juicios prolongados en tribunales estadounidenses.

Impacto en la industria aseguradora

- **Inviabilidad técnica del seguro:** El costo del seguro por hora de vuelo se disparó a niveles insostenibles. Combinado con el descenso en la demanda post-11S, los costos de asegurabilidad hicieron económicamente inviable la operación comercial del Concorde, acelerando su retiro definitivo en 2003.

5. El Huracán Katrina (2005)

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$60,000 millones de dólares en pérdidas aseguradas (de un daño económico total superior a \$160,000 millones).
- **El hito:** La falla de las infraestructuras públicas y la evolución masiva de los modelos de simulación de catástrofes (CAT Models).

Katrina inundó el 80% de Nueva Orleans tras el colapso de los diques de protección. Fue el desastre natural más costoso para el sector asegurador global. El conflicto central derivó de la separación entre el seguro de daños por viento (*Windstorm*) y el seguro de inundación (*Flood*), este último excluido en las pólizas comerciales estándar y cubierto únicamente por el programa estatal NFIP (*National Flood Insurance Program*).

Impacto en la industria aseguradora

- **Revolución en Modelos Catastróficos:** Las firmas de modelado (RMS, AIR Worldwide) tuvieron que recalibrar sus software para incluir fallas estructurales de infraestructura pública (diques) y "marejadas ciclónicas" (*storm surge*).
- **Aumento de deducibles por porcentaje:** Se popularizó el uso de deducibles porcentuales sobre la suma asegurada para la cobertura de huracán en zonas costeras en lugar de deducibles fijos.

6. La Crisis Financiera Global de AIG (2008)

- **Pérdida/Pago estimado:** Rescatada por el gobierno de EE. UU. con un paquete de \$182,000 millones de dólares.
- **El hito:** El riesgo sistémico del seguro: cuando una aseguradora es "Demasiado Grande para Caer" (*Too Big to Fail*).

AIG no colapsó por su negocio tradicional de seguros de vida o daños, sino por su división de productos financieros (*AIG Financial Products*). Esta unidad emitió miles de millones de dólares en Swaps de Incumplimiento Crediticio (**CDS** — *Credit Default Swaps*), que funcionaban como "pólizas de seguro" para respaldar valores respaldados por hipotecas subprime (*MBS*). Cuando el mercado hipotecario colapsó, AIG no contó con las reservas suficientes para cubrir las indemnizaciones exigidas.

AIG Financial Products —▶ Venta de CDS sin reservas —▶ Colapso Subprime —▶ Rescate de \$182B USD

Impacto en la industria aseguradora

- **Regulación Solvencia II y SIFI:** El evento llevó a la designación de grandes aseguradoras como Instituciones Financieras Sistémicamente Importantes (**SIFI**). En Europa se aceleró la implementación de **Solvencia II**, exigiendo capitales de reserva basados estrictamente en el riesgo integral (incluyendo el financiero).
- **Anillos de contención (*Ring-fencing*):** Separación estricta entre la contabilidad de pólizas de seguros tradicionales y las operaciones en mercados de derivados financieros.

7. El Incendio de la Planta Nuclear de Fukushima Daiichi (2011)

- **Pérdida/Pago estimado:** Daños económicos totales > \$200,000 millones de USD. Cobertura asegurada privada limitada.
- **El hito:** La prueba de los "Pools Nucleares" y los límites absolutos de la asegurabilidad de riesgos catastróficos.

El 11 de marzo de 2011, un terremoto de 9.1 y un posterior tsunami devastaron la costa este de Japón, provocando la fusión del núcleo en la central nuclear de Fukushima Daiichi. Aunque la propiedad industrial tenía cobertura, el riesgo nuclear está severamente regulado: la mayoría de los daños por radiación a terceros están excluidos de las pólizas

de daños generales y son canalizados a través de **Pools Nucleares de Responsabilidad Civil** con responsabilidad canalizada al operador (TEPCO) y respaldada por el Estado.

Impacto en la industria aseguradora

- **Revisión de riesgos encadenados:** El siniestro demostró el impacto de eventos "comprobados en cascada" (Sismo $\rightarrow$ Tsunami $\rightarrow$ Fusión Nuclear $\rightarrow$ Interrupción de Cadena de Suministro Global).
- **Ajuste en interrupción de negocios:** Evidenció cómo la falta de componentes japoneses detuvo líneas de ensamblaje automotriz y tecnológico a miles de kilómetros de distancia, redefiniendo las pólizas de Contingent Business Interruption (CBI).

8. El Colapso de la Presa de Córrego do Feijão en Brumadinho, Brasil (2019)

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$7,000 millones de dólares en indemnizaciones totales, acuerdos y pagos de seguro.
- **El hito:** La transformación de los criterios ESG en la suscripción de Responsabilidad Civil General y Ambiental.

El colapso de la presa de residuos de la minera Vale en Brumadinho liberó 12 millones de metros cúbicos de lodo tóxico, matando a 270 personas y destruyendo ecosistemas locales. Las pólizas de Responsabilidad Civil (RC) y D&O (*Directors & Officers*) indemnizaron límites máximos, pero las pérdidas superaron con creces las coberturas contratadas, obligando a acuerdos judiciales masivos.

Impacto en la industria aseguradora

- **Suscripción basada en ESG:** Las aseguradoras globales (Swiss Re, Munich Re) endurecieron drásticamente sus requisitos de auditoría para instalaciones industriales, convirtiendo las evaluaciones de riesgo ambiental, social y de gobernanza (**ESG**) en un requisito vinculante para la emisión de pólizas.
- **Exclusiones en minería:** Ciertas técnicas de presas de residuos fueron declaradas "no asegurables" a menos que cumplan con los nuevos estándares internacionales de gestión.

9. La Pandemia de COVID-19 (2020-2021)

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$100,000 millones de dólares a nivel global entre vida, salud y coberturas comerciales.
- **El hito:** El mayor litigio masivo sobre coberturas de Interrupción de Negocios (*Business Interruption*) y cláusulas de exclusión biológica.

El confinamiento global paralizó economías completas. Miles de empresas intentaron reclamar pérdidas bajo sus pólizas de *Business Interruption* (BI). Las aseguradoras

sostuvieron que el seguro de BI tradicional exige un **daño físico directo a la propiedad** (como un incendio) para activarse, y que la presencia de un virus o las órdenes gubernamentales de cierre no constituían daño físico.

La disputa dio lugar a "juicios prueba" (*Test Cases*) promovidos por reguladores en el Reino Unido (FCA), Australia y EE. UU. Los tribunales fallaron parcialmente a favor de las PyMEs en redactados específicos de pólizas de prevención de acceso, obligando al pago de miles de millones de dólares.

Impacto en la industria aseguradora

- **Redacción de Exclusiones Pandémicas:** La industria introdujo de manera masiva cláusulas explícitas de exclusión por enfermedades contagiosas y pandemias en casi todas las pólizas comerciales de daños.
- **Separación de la cobertura de Salud/Vida:** Mientras que las pólizas patrimoniales lucharon contra el riesgo sistémico, los seguros de vida y gastos médicos pagaron cifras récord de indemnización sin poner en riesgo su solvencia financiera, demostrando la solidez de sus reservas actuariales.

10. La Cancelación Masiva de Eventos Globales: Juegos Olímpicos de Tokio 2020

- **Pérdida/Pago estimado:** ~\$800 a \$1,000 millones de dólares indemnizados por el mercado asegurador.
- **El hito:** La consagración de las pólizas de Cancelación de Eventos y la cobertura de Pandemias comprada previsora.

La posposición y posterior celebración a puerta cerrada de los Juegos Olímpicos de Tokio 2020 generaron la mayor reclamación de la historia en la rama de seguros de espectáculos y eventos. El Comité Olímpico Internacional (COI) había contratado durante años una póliza específica para Contingencias que, a diferencia del estándar del mercado, **incluyó de forma explícita la cobertura de pandemias** (cobertura agregada tras el brote de SARS en 2003).

Impacto en la industria aseguradora

- **Rediseño del mercado de Entretenimiento:** Demostró la importancia estratégica del seguro en la industria del entretenimiento y el deporte global.
- **Precios de endurecimiento (*Hard Market*):** La tasa de primas para la cobertura de eventos se incrementó drásticamente y las pandemias pasaron a ser un riesgo inasegurable en el mercado comercial estándar de espectáculos sin la compra de endosos específicos extremadamente costosos.

Cuadro comparativo de impacto en la industria

Evento	Año	Causa Principal	Principal Lección para el Sector Asegurador
San Francisco	1906	Terremoto / Incendio	Necesidad de la diversificación por reaseguro internacional.
RMS Titanic	1912	Naufragio	Vinculación del seguro a normativas de seguridad marítima (SOLAS).
Torres Gemelas	2001	Terrorismo	Creación de esquemas de respaldo estatal (TRIA) para riesgos extremistas.
Concorde	2000	Accidente Aéreo	Impacto del costo del seguro en la viabilidad económica de una tecnología.
Huracán Katrina	2005	Catástrofe Natural	Refinamiento de modelos CAT y separación estricta de riesgo Viento vs. Agua.
Crisis AIG	2008	Riesgo Financiero / CDS	Implementación de Solvencia II y regulación de entidades sistémicas (SIFI).
Fukushima	2011	Sismo / Tsunami / Nuclear	Reevaluación de la interrupción de negocios en cadenas globales de suministro.
Brumadinho	2019	Desastre Ambiental	Integración de criterios ESG obligatorios en la suscripción industrial.
COVID-19	2020	Pandemia Biológica	Necesidad de daño físico claro para activar pólizas de interrupción de negocio.
Tokio 2020	2021	Aplazamiento de Evento	Importancia de las cláusulas de contingencia específicas en espectáculos.

Conclusión: El seguro como pilar de la estabilidad global

A través de estos diez eventos históricos, queda demostrado que la industria aseguradora cumple una función social y económica que va mucho más allá del simple intercambio financiero:

1. **Garantiza la continuidad económica:** Permite que empresas, gobiernos y familias se levanten tras pérdidas astronómicas.
2. **Estandariza la seguridad global:** Desde las normas SOLAS en los barcos hasta las auditorías ESG en las minas, la asegurabilidad es el mayor incentivo para la prevención de riesgos.
3. **Evoluciona mediante la crisis:** Cada gran siniestro ha derivado en contratos más claros, modelos matemáticos más precisos y marcos regulatorios que protegen el dinero de los imprevistos del mañana.



CONSEJOS DEL MES

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

El Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) representa uno de los instrumentos de protección financiera más complejos y valiosos del mercado asegurador. Sin embargo, la brecha de conocimiento técnica entre la aseguradora, el intermediario y el cliente final suele ser la causa principal de insatisfacción o rescisión contractual.

Garantizar el uso correcto de esta póliza requiere la formación de un «asegurado responsable», capaz de comprender los alcances, limitaciones y compromisos legales de su contrato. A continuación, se profundiza en los tres pilares operativos y normativos clave para optimizar la experiencia de aseguramiento.

1. Cobertura, Red Médica y Condiciones Principales

La certidumbre en la atención médica no solo depende de contar con una póliza vigente, sino de dominar los límites de la cobertura contratada antes de que ocurra un evento de salud.

- **Red de atención:** Cada póliza asigna un nivel hospitalario y un tabulador de honorarios médicos (cuadro médico). Utilizar un prestador fuera del nivel contratado implica penalizaciones directas en la participación del siniestro (incrementos en deducible o coaseguro) o el pago de diferencias no reconocidas por la aseguradora.
- **Términos de cobertura:** Es crucial distinguir la mecánica entre una emergencia médica —donde la prioridad es la estabilización del paciente— y una enfermedad de avance paulatino. De igual forma, la correcta dictaminación de preexistencias determina si un padecimiento es elegible o queda automáticamente descartado.
- **Tiempos del contrato:**
 - **Periodo de gracia:** Ventana de tiempo otorgada para realizar el pago de la prima sin perder la cobertura.
 - **Periodo de carencia:** Plazo inicial donde la póliza no cubre padecimientos específicos.
 - **Periodos de espera:** Tiempos mínimos de contratación continua requeridos para la procedencia de ciertas condiciones (maternidad, enfermedades cardiovasculares, padecimientos de columna, entre otros).
- **Exclusiones:** Definen los riesgos no cubiertos por la aseguradora (tratamientos estéticos, deportes de alto riesgo sin endoso, procedimientos experimentales). Su lectura previa evita falsas expectativas de reembolso.

2. Estructura Financiera y Costos del Seguro

El SGMM es un contrato de coaseguro que exige un compromiso financiero compartido entre el asegurado y la compañía aseguradora para mantener el equilibrio del fondo.

Concepto	Mecanismo y Función en la Póliza
Deducible	Monto fijo a cargo del asegurado que funciona como umbral de acceso a la cobertura. Si el gasto no supera este monto, el siniestro no procede.
Coaseguro	Porcentaje a cargo del asegurado sobre el total de los gastos erogados después del deducible, generalmente topeado para proteger su patrimonio.
Tabulador Médico	Límite máximo de honorarios profesionales que la aseguradora pagará al equipo médico por un procedimiento determinado.
Costos Hospitalarios	Impacto directo de la inflación médica (privada), la cual suele superar la inflación general debido al costo de insumos y tecnología.

Evolución de la prima:

El costo de la prima no es estático; se ajusta anualmente en función de cuatro variables centrales: la edad del asegurado, la siniestralidad acumulada del portafolio, la inflación hospitalaria y los ajustes en impuestos o reformas fiscales aplicables.

3. Obligaciones y Validez de la Póliza

La validez jurídica de un contrato de seguro descansa en el cumplimiento de los deberes formales del contratante frente a la legislación vigente.

- **Pago de prima y la cesación de efectos:** Cumplir con el pago en tiempo y forma es indispensable. El incumplimiento dentro del plazo pactado provoca la cesación automática de los efectos del contrato, en términos del **Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (LCS)**, dejando desamparado al usuario ante cualquier evento.
- **Declaración exacta del riesgo:** El contrato de seguro se rige por el principio de máxima buena fe. La omisión o la declaración inexacta de hechos sustanciales (como antecedentes médicos o hábitos de riesgo) faculta legalmente a la aseguradora a rescindir el contrato, de conformidad con los **Artículos 47 y 70 de la LCS**.
- **Vigencia del padecimiento:** Para que un siniestro sea procedente, el primer síntoma o diagnóstico formal del padecimiento debe manifestarse necesariamente durante la vigencia de la póliza o dentro del reconocimiento explícito de antigüedad.

El uso correcto del Seguro de Gastos Médicos Mayores transforma la percepción del cliente: deja de verse como un gasto imprevisto o conflictivo para consolidarse como la principal herramienta de blindaje patrimonial ante contingencias de salud.



NOTA MÁS LEÍDA DE LA PÁGINA WEB

CULTURA DEL CONTRATO DE SEGURO

LOS SEGUROS DIGITALES Y LAS ASEGURADORAS QUE LOS OPERAN EN MÉXICO.

Los **seguros digitales** no son simplemente una póliza comprada por internet, sino un ecosistema donde la tecnología (IA, Big Data, Blockchain) redefine todo el ciclo del seguro: desde la cotización y suscripción en minutos hasta la atención de un siniestro vía smartphone.

A continuación, desarrollo este tema con el panorama actual de **2026** en México.

¿Qué son los Seguros Digitales?

A diferencia del modelo tradicional basado en agentes físicos y trámites en papel, el seguro digital se caracteriza por:

- **Contratación "On-demand" o "Pay-per-use":** Pólizas que puedes activar o desactivar según el uso (por ejemplo, un seguro de auto que solo cobra por kilómetro recorrido).
- **Suscripción con Inteligencia Artificial:** El riesgo se evalúa en tiempo real usando algoritmos, permitiendo emitir la póliza sin necesidad de exámenes médicos presenciales o inspecciones físicas del vehículo.
- **Autogestión de Siniestros:** El usuario reporta un choque o enfermedad a través de una App, sube fotos o videos, y el ajuste de daños se realiza mediante visión computarizada o telemedicina.

¿Qué aseguradoras los operan en México?

En el mercado mexicano actual, existen dos tipos de jugadores principales que operan bajo el marco regulatorio de la **CNSF** (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas):

1. Aseguradoras Tradicionales con Transformación Digital

Son las grandes compañías que han creado divisiones o marcas 100% digitales para competir en agilidad.

- **AXA Seguros:** Líder en integración tecnológica. Han lanzado servicios de salud híbridos y seguros para mascotas con gestión digital total.
- **GNP Seguros:** Ha digitalizado fuertemente sus ramos de vida y gastos médicos mayores, permitiendo la emisión automática de pólizas.
- **Quálitas:** Domina el ramo de autos con sistemas de geolocalización y seguimiento de ajustadores en tiempo real desde su plataforma.

- **BBVA Seguros:** Opera masivamente a través de su infraestructura bancaria digital, siendo uno de los mayores emisores de seguros en línea en el país.
- **Chubb Seguros:** Muy fuerte en seguros de viaje y electrónicos contratados directamente desde portales de e-commerce.

2. Las "Insurtech" (Empresas de Tecnología de Seguros)

Son empresas nativas digitales que suelen ser más ágiles y se enfocan en nichos específicos.

Empresa	Especialidad	Modelo de Negocio
Sofía	Salud	Seguro de gastos médicos 100% digital con videoconsultas integradas.
Crabi	Autos	Seguro de auto personalizado que se gestiona totalmente desde una App.
Guros	Autos / Hogar	Marketplace digital que permite comparar y administrar todas tus pólizas en un solo lugar.
Súper	Vida / Daños	Especializada en seguros de vida simplificados y seguros paramétricos (por ejemplo, contra sismos).
Asistensi	Emergencias	Enfocada en seguros de emergencia médica para migrantes y locales con contratación digital inmediata.

🔑 Diferencias Clave: Tradicional vs. Digital

Característica	Seguro Tradicional	Seguro Digital / Insurtech
Contratación	Días (requiere agente/firmas)	Minutos (desde el celular)
Evaluación de Riesgo	Tablas actuariales fijas	Big Data e IA personalizada
Flexibilidad	Anual / Semestral	Por kilómetro, por día o por evento
Atención	Teléfono o Presencial	Chatbots, Apps y Telemedicina

🛡️ Regulación y Seguridad

Es vital recordar que, aunque la interfaz sea digital, para operar legalmente en México estas empresas deben estar registradas ante la **CNSF** y sus contratos deben estar inscritos en el **RECAS** (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la **CONDUSEF**.

En 2026, la tendencia se inclina hacia los **Microseguros Digitales**, diseñados para ser accesibles y cubrir riesgos muy específicos (como el robo de una bicicleta o una computadora) con primas muy bajas, fomentando la inclusión financiera en el país.

Comportamiento de la Siniestralidad en el Sector Asegurador Mexicano a Septiembre de 2026.

Análisis Técnico (Enero – Septiembre 2026)

El análisis técnico de la siniestralidad acumulada entre el 1° de enero y el 18 de septiembre de 2026 refleja un entorno operativo caracterizado por tensiones inflacionarias en costos de atención, alta frecuencia en ramos masivos y reajustes severos en la suscripción de riesgos catastróficos y corporativos.

1. Gastos Médicos Mayores y Salud: El Impacto Inflacionario

El ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM) continúa siendo el principal foco de atención para los comités de técnica y suscripción.

- **Inflación Médica Privada:** Mantiene una brecha superior a dos dígitos frente a la inflación general, impulsada por el costo de insumos intrahospitalarios, prótesis y medicamentos de última generación.
- **Frecuencia e Índice de Siniestralidad:** La frecuencia de reclamos se incrementó sustancialmente, elevando el índice de siniestralidad devengada en el ramo por encima de los promedios históricos.
- **Severidad por Enfermedades Crónico-Degenerativas:** Se observa un aumento sostenido en la severidad de casos relacionados con padecimientos oncológicos, cardiovasculares y metabólicos, así como un incremento en la estancia media hospitalaria.

2. Ramos de Daños y Riesgos Catastróficos: Presión Climática y Reaseguro

El comportamiento en los ramos de Daños durante el período refleja un incremento en la volatilidad debido a eventos meteorológicos y cambios en la severidad de los siniestros patrimoniales.

- **Eventos Hidrometeorológicos:** La temporada de lluvias y huracanes de 2026 generó acumulación de pérdidas por inundaciones urbanas y granizadas severas en zonas industriales clave del país.
- **Mercado de Reaseguro:** Las renovaciones de capacidad han experimentado ajustes en costos de cobertura de exceso de pérdida (*Excess of Loss*) y aumentos en los puntos de retención para las aseguradoras directas, obligando a una reestructuración de límites y deducibles en seguros patrimoniales.
- **Incendios y Líneas Aliadas:** Se registra una severidad atípica en siniestros industriales complejos, influenciada por fallas en la cadena de suministro y retrasos en la sustitución de maquinaria especializada.

3. Automóviles: Frecuencia, Robos y Cadena de Suministro

El ramo de Automóviles presenta una dinámica dual, presionada tanto por la siniestralidad vial como por factores económicos operativos.

- **Índice de Frecuencia Vial:** El retorno total a la movilidad y el aumento de la densidad vehicular en zonas metropolitanas derivaron en un incremento sostenido en la frecuencia de choques y daños materiales.
- **Costo Medio de Reparación:** La sofisticación de las unidades (sensores, asistencias de manejo y componentes electrónicos) y los tiempos de espera para la consecución de refacciones mantuvieron un costo medio de reparación elevado.
- **Siniestralidad por Robo:** El comportamiento del robo total de vehículos mostró variaciones regionales, concentrándose la severidad en el transporte de carga y unidades pesadas, lo que impactó directamente la siniestralidad de los seguros de transporte y flotas.

4. Indicadores Clave y Tendencias Contables del Período

- **Índice de Siniestralidad Combinado:** Muestra una presión ascendente generalizada, requiriendo un control estricto de los gastos de administración y adquisición para sostener el margen técnico.
- **Suficiencia de Reservas Técnicas:** Las instituciones de seguros han reforzado sus metodologías de estimación de Reservas de Siniestros Ocurredos No Reportados (IBNR) para hacer frente a la severidad acumulada.
- **Estrategias de Contención:**
 - Implementación de modelos de precios dinámicos y mayor segmentación en la suscripción.
 - Extensión de convenios de contención de costos con prestadores de servicios médicos y talleres.
 - Fortalecimiento de las políticas de prevención de fraude en la gestión de reclamos.

El cierre del tercer trimestre de 2026 exige a las áreas técnicas, operativas y de reaseguro mantener una revisión continua de sus notas técnicas, asegurando una tarificación alineada a la realidad macroeconómica y a la frecuencia observada en el mercado.

INFOGRAFÍA DEL MES



RETROSPECTIVA DEL SECTOR ASEGURADOR

En nuestra sección de **Retrospectiva**, analizamos la devastación causada por el terremoto de San Francisco de 1906, un evento extremo que puso a prueba la solvencia global y redefinió las cláusulas de incendio, la acumulación de riesgo y el reaseguro internacional.

El Gran Terremoto de San Francisco de 1906: La prueba de fuego que redefinió la solvencia, el reaseguro y la cláusula de incendio

El 18 de abril de 1906, un sismo de magnitud estimada en 7.9 sacudió la ciudad de San Francisco. Si bien el colapso estructural inicial fue severo, el verdadero desastre para la industria aseguradora comenzó minutos después: las tuberías de agua colapsaron y el fuego devoró más del 80% de la urbe durante tres días consecutivos.

Con un costo económico estimado en unos \$500 millones de dólares de la época (equivalentes a más de \$15,000 millones de dólares actuales), este evento representó la mayor pérdida financiera de la industria de seguros por un desastre individual hasta el huracán Andrew en 1992. Para el sector, San Francisco no fue solo una catástrofe natural; fue un **estrés sistémico real** que transformó radicalmente el modelo de negocio asegurador global.

1. El dilema de la causa inmediata: La paradoja "Sismo vs. Incendio"

En 1906, la mayoría de las pólizas comerciales y residenciales cubrían explícitamente el riesgo de **incendio**, pero contenían cláusulas de exclusión estricta para **terremotos**. Esto desató un conflicto legal y operativo sin precedentes:

- **La controversia jurídica:** Las aseguradoras se enfrentaron a la dificultad técnica de probar si un inmueble había sido destruido por la sacudida sísmica inicial (no cubierta) o por el fuego posterior (cubierto).
- **Riesgo reputacional y de mercado:** Algunas compañías intentaron aplicar reducciones arbitrarias (de entre 20% y 50%) bajo el argumento de daño previo por sismo. Aquellas que lo hicieron sufrieron un rechazo comercial masivo y demandas prolongadas. Por el contrario, un grupo selecto de aseguradoras decidió pagar el 100% de los reclamos sin deducciones.
- **Impacto en el diseño de pólizas:** El evento demostró la imperiosa necesidad de redactar cláusulas de exclusión claras e inambivalentes, lo que derivó en la posterior estandarización de las coberturas integrales y la creación formal del seguro específico contra terremotos con deducibles y coaseguros bien delimitados.

2. Revelaciones en la gestión de capital y liquidez

La magnitud de las pérdidas expuso deficiencias estructurales en las reservas técnicas de las compañías directas de la época.

Dimensión Operativa	Práctica Pre-1906	Lección Post-1906
Concentración de Riesgo	Acumulación excesiva de sumas aseguradas en una misma zona geográfica urbana.	Límites estrictos de acumulación por bloque geográfico y análisis de cúmulos de riesgo.
Gestión de Liquidez	Activos invertidos en instrumentos locales poco líquidos.	Obligación de mantener activos de alta liquidez y liquidez de emergencia internacional.
Capacidad de Pago	Quiebra de más de 20 aseguradoras locales por insolvencia directa.	Creación de requisitos regulatorios de margen de solvencia y fondos de reserva obligatorios.

3. El reaseguro internacional como amortiguador sistémico

El terremoto de San Francisco fue la primera gran prueba del mercado internacional de reaseguro. Un porcentaje sustancial de las pérdidas de San Francisco estaba cedido a reaseguradoras europeas, principalmente del mercado británico (como Lloyd's de Londres) y alemán.

- **Exportación del riesgo:** La transferencia efectiva del riesgo a mercados extranjeros evitó el colapso total del sistema financiero de Estados Unidos.
- **El shock en los mercados financieros:** Para pagar los reclamos, las aseguradoras británicas tuvieron que vender masivamente activos en libras y repatriar capitales desde Londres hacia Estados Unidos. Esta transferencia masiva de oro provocó una contracción de liquidez global que, según historiadores económicos, contribuyó directamente al inicio de la **Pánico Financiero de 1907** en EE. UU.
- **Modelación de catástrofes:** El sector comprendió que el análisis de riesgos no podía basarse únicamente en datos estadísticos locales pasados, dando los primeros pasos hacia lo que hoy conocemos como **modelos probabilísticos de catástrofes (Cat Models)**.

Mantenimiento de la vigencia: ¿Por qué analizar 1906 hoy?

El análisis de San Francisco 1906 mantiene plena vigencia para la alta dirección aseguradora y los reguladores actuales:

1. **Riesgos interconectados (Cascading Events):** Del mismo modo que el sismo de 1906 desencadenó incendios no controlables por la falla del suministro de agua, los eventos climáticos y cibernéticos actuales generan pérdidas encadenadas intersectoriales.
2. **Transferencia clara de riesgo:** La ambigüedad en los condicionados de póliza genera litigios masivos que deterioran el capital reputacional y financiero de las aseguradoras (como se observó recientemente con las coberturas de interrupción de negocios durante la pandemia).
3. **Resiliencia del Reaseguro:** Reafirma que la diversificación geográfica global del reaseguro sigue siendo el único pilar capaz de absorber eventos de baja frecuencia pero alta severidad (*Tail Risk*).

En conclusión, el desastre de 1906 profesionalizó la industria aseguradora moderna, convirtiéndola de un esquema de suscripción artesanal y local a un sistema global altamente regulado, respaldado por una estricta gestión de acumulación y modelación técnica del riesgo.

Cultura del Contrato de Seguro®

EFEMÉRIDE DEL MES DE OCTUBRE

Octubre y el Nacimiento del Marco Regulatorio del Seguro Moderno

Octubre de 1935: Entrada en vigor de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en México

En **octubre de 1935** entró en vigor en el país la **Ley Sobre el Contrato de Seguro**, tras su publicación en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de aquel año. Este ordenamiento —promulgado durante la presidencia del General Lázaro Cárdenas— sustituyó la dispersa e incompleta legislación comercial del siglo XIX, dotando por primera vez al mercado mexicano de un cuerpo normativo especializado, autónomo y con una visión técnica del seguro.

Relevancia para la Cultura del Contrato de Seguro en México

- **Separación de la legislación mercantil general:** Antes de 1935, los seguros en México se regían bajo las disposiciones generales del Código de Comercio de 1889. La promulgación de esta ley dio autonomía jurídica a la figura contractual, reconociendo la naturaleza aleatoria y técnica de la transferencia de riesgos.
- **Definición del estándar probatorio y formal:** La ley formalizó al contrato de seguro como un acto mercantil en el que la póliza actúa como el documento probatorio por excelencia (artículo 19), garantizando la certidumbre sobre los derechos y obligaciones de ambas partes.
- **Equilibrio entre asegurado y aseguradora:** Introdujo reglas claras en torno al deber de declaración del riesgo por parte del solicitante y reguló estrictamente la agravación del riesgo y la prescripción de las acciones, principios que continúan siendo la columna vertebral de la suscripción nacional.

La entrada en vigor de la Ley de 1935 no solo profesionalizó las operaciones de las compañías en México, sino que sentó la base institucional sobre la cual se construiría, años más tarde, la protección del patrimonio familiar y empresarial de la nación.

Si bien este ordenamiento ha sido objeto de diversas reformas parciales a lo largo de las décadas, su arquitectura conceptual, sus plazos y sus definiciones fundamentales corresponden a un mundo analógico, mercantilista y de nula interacción tecnológica.

Para el sector asegurador, las instituciones de fianzas, los reguladores y los intermediarios con cédula vigente, la inercia legislativa ya no es sostenible. La brecha entre una norma diseñada en la época del papel carbón y una realidad dominada por la **Inteligencia Artificial, la contratación omnicanal, los contratos inteligentes (smart contracts) y el ecosistema Insurtech** genera profundas lagunas jurídicas, incertidumbre en los siniestros y vulnerabilidad para los usuarios, por lo que URGE SU ABROGACIÓN, para promulgar un marco jurídico digital y con un profundo sentido social en salud, siendo este el paso definitivo para que el seguro en México deje de ser percibido como un contrato rígido y de difícil cobro. Es el momento de que la ley refleje la velocidad de la tecnología y la

sensibilidad humana de la protección médica, garantizando la resiliencia financiera de la nación de cara a las próximas décadas.



FUENTE

AMIS (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros),

CNSF (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas),

Medio de comunicación citado (*Expansión*).

ESPACIO DE INTERACCIÓN Y COMUNIDAD

Te invitamos a enviar tus comentarios, dudas, consultas jurídicas o sugerencias para nuestras próximas ediciones, así como tus enlaces y canales de contacto.

- **Correo electrónico:** contacto@culturadelcontratodeseguro.com.mx
- **Sitio Web:** Cultura del Contrato de Seguro
- **Créditos:** Equipo Editorial de *Cultura del Contrato de Seguro*

© 2026 Cultura del Contrato de Seguro. Todos los derechos reservados.



Aviso Legal y de Exención de Responsabilidad

El presente boletín 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.