

La selección de las compañías de seguros en el mercado español

JOSE ANTONIO AVENTIN ARROYO

MAPFRE Consultores

Resumen

El proceso de selección de los aseguradores atiende al objetivo sumamente operativo y práctico de suscribir aquella póliza de seguro que cubra razonablemente las necesidades de protección del asegurado. En sintonía con tal objetivo, la selección de aseguradores pretende obtener las apreciaciones y expectativas razonables sobre el asegurador que mejor y más eficazmente pueda cumplir con las prestaciones garantizadas en el contrato de seguro.

De todos ellos, el factor prioritario en la selección de aseguradores es la solvencia económica de la entidad aseguradora. No obstante, la elección óptima del asegurador debe combinar el resto de factores, con el objeto de conseguir la estabilidad de condiciones de cobertura, la obtención de menores costes a largo plazo por la transferencia de los riesgos y la garantía económica futura sobre las prestaciones aseguradas.

El mercado de seguros español. Rasgos cuantitativos básicos

De acuerdo con las cifras aparecidas en la Estadística de Seguros Privados, las primas de seguro directo en 1991 ascendieron a 2 billones de pesetas, con un crecimiento del 20,3% respecto al año anterior.

El seguro de vida ha sido el de mayor crecimiento (29,8% en total y 30,5% en primas periódicas), frente al 16,7% del conjunto de seguros no vida, donde los Seguros Combinados Sencillos, el seguro de Responsabilidad Civil y, especialmente, el de Asistencia Sanitaria han experimentado un crecimiento superior al promedio de este sector no vida (Cuadro 1).

A pesar de este importante crecimiento, la posición del seguro español con respecto a los países del entorno comunitario dista todavía de una situación de privilegio (Cuadro 2), lo que sostiene ciertamente las expectativas de crecimiento y expansión del mercado asegurador español en el futuro próximo.

Por sectores, el seguro de vida va ganando cuota progresivamente, representando en 1991 cerca del 30% de las primas recaudadas por el mercado (Cuadro 3). Dentro

del sector no vida, el seguro de automóviles es el más importante, con una recaudación de primas próxima al 35% del mercado, seguido de los Seguros Combinados, con un 8% y de los seguros de Asistencia Sanitaria y Enfermedad, con un 8,7%, cuya cuota ha ido elevándose progresivamente dado el auge tomado por el seguro privado de salud en la sociedad española. En los próximos años, la tendencia de crecimiento esperado será muy superior en estos sectores al promedio global de mercado (Cuadro 4).

En razón a la siniestralidad por ramos, se observa un nivel alto con ligera tendencia a la elevación de los índices, como consecuencia de la mayor competencia de mercado y de la incidencia de la problemática que rodea actualmente al seguro de Automóviles, junto al desequilibrio técnico de los Seguros Combinados, consecuencia de la reducción de primas y la ampliación de coberturas, así como por el avance sostenido de la siniestralidad en los seguros de Salud por la elevación de los costes sanitarios (Cuadro 5).

En el nivel de gastos de gestión, aspecto estratégico en el futuro, se está produciendo una ligera reducción de índices, tanto en lo que se refiere a gastos de producción como a gastos de administración, si bien estos últimos mantienen una cierta resistencia a la baja, que habrá de resolverse paulatinamente (Cuadro 6).

Aunando el nivel de prestaciones y gastos, el grado de resultado técnico se sitúa en un nivel de pérdidas, especialmente significativas en Automóviles, Seguros Combinados y Responsabilidad Civil (Cuadro 7). Este nivel de desequilibrio técnico observado en los seguros no vida, similar por otra parte al de otros mercados europeos, se ve compensado por el resultado financiero obtenido en el mercado español, especialmente alto en el momento actual, dadas las circunstancias de la economía española, y que en un futuro previsiblemente reducirán sus cotas. Ello hace que la tensión por alcanzar resultados técnicos positivos vaya recobrando actualidad progresivamente en el mercado español, no exento de ciertas convulsiones futuras.

Cuadro 1. Primas y crecimiento. Mercado español (miles de millones de pesetas)

RAMO	1990		1991	
	IMPORTE	% CREC.	IMPORTE	% CREC.
• Primas únicas	169,7	(10,4)	218,1	28,5
• Primas periódicas	298,7	15,5	390,1	30,5
VIDA	468,4	4,6	608,2	29,8
• Automóviles	593,2	17,0	684,5	15,4
• Asistencia en viaje	11,0	14,6	13,0	18,2
• Accidentes	76,6	12,5	87,0	13,6
• Multirriesgos indus. y sencillos	140,7	25,2	164,5	16,9
• Patrimoniales puros (incendio, robo, P.B.)	58,5	2,8	62,3	6,5
• Ingeniería	15,6	25,8	16,7	7,0
• Responsabilidad civil	35,8	31,6	42,5	18,7
• Transportes	41,2	1,2	43,4	5,3
• Asistencia sanitaria y enfermedad	134,2	17,8	178,8	33,2
• Decesos	66,0	18,1	74,7	13,2
• Crédito y caución	30,4	34,7	34,7	14,1
• Agrarios	17,0	18,1	21,7	27,6
• Otros ramos	13,8	27,8	16,9	22,5
NO VIDA	1.234,0	17,3	1.440,7	16,7
TOTAL	1.702,4	13,5	2.048,9	20,3

Cuadro 2. Primas per cápita - 1989

PAIS	DOLARES USA			INDICE CEE = 100		
	VIDA	NO VIDA	TOTAL	VIDA	NO VIDA	TOTAL
Alemania	399	636	1.035	98	140	120
Bélgica	212	494	706	52	109	82
Dinamarca	393	612	1.005	96	135	117
España	104	233	337	25	51	39
Francia	601	526	1.127	147	116	131
Gran Bretaña	850	485	1.335	208	107	155
Grecia	31	47	78	7	10	9
Holanda	604	677	1.281	148	149	149
Irlanda	693	413	1.106	170	91	128
Italia	100	306	406	24	67	47
Luxemburgo	253	608	861	62	134	100
Portugal	29	111	140	7	24	16
CEE	408	453	861	100	100	100

Fuente: SIGMA.

Cuadro 3. Cuota de primas por ramos (porcentajes)

RAMO	1990	1991
• Primas únicas	9,9	10,6
• Primas periódicas	17,6	19,1
VIDA	27,5	29,7
• Automóviles	34,8	33,4
• Asistencia en viaje	0,6	0,6
• Accidentes	4,5	4,2
• Multirriesgos indus. y senc.	8,3	8,0
• Patrimoniales puros (inc., robo, P.B.)	3,4	3,0
• Ingeniería	0,9	0,8
• Responsabilidad civil	2,1	2,1
• Transportes	2,4	2,1
• Asistencia sanit. y enfer.	7,9	8,7
• Decesos	3,9	3,6
• Crédito y caución	1,8	1,7
• Agrarios	1,0	1,0
• Otros ramos	0,9	1,1
NO VIDA	72,5	70,3
TOTAL	100	100

También uno de los factores determinantes de la competitividad actual del mercado español, que habrá de suponer un cierto avance en el futuro, es el bajo nivel de concentración existente (Cuadro 8). A pesar de los últimos movimientos de fusión experimentados en el mercado español, fruto especialmente de estrategias bancarias, todavía los grandes grupos aseguradores que operan en España mantienen cuotas de mercado sensiblemente inferiores a las observadas en otros países del entorno europeo (Cuadros 9 y 10).

A tal concentración contribuirán en un futuro las nuevas normativas, que acrecentarán sin duda los niveles de capitalización de las entidades aseguradoras, junto a la mayor presión e implantación de entidades extranjeras independientes o con dominio en el accionariado de entidades españolas, que a pesar de ser importante en el momento actual, próximo al 40% de cuota de mercado, habrá de modificarse en el futuro.

El mercado de seguros español. Rasgos cualitativos

Dada la fase actual de integración de España en la Comunidad Europea, el mercado asegurador español no-

tará aún más la presión de los grupos aseguradores extranjeros, aunque dicha presencia ha sido tradicionalmente fuerte en nuestro mercado.

Así, dicha presión originará que los riesgos industriales vean todavía más incrementada la competencia aseguradora, como consecuencia de la libertad de establecimiento y de prestación de servicios, en una línea de aseguramiento en grandes riesgos, dependiente de los intereses en España del capital extranjero.

Por otra parte, con la inmersión de la banca en la actividad aseguradora, el seguro de vida seguirá experimentando un crecimiento notable, fruto de las redes bancarias de comercialización, si bien el gran reto futuro seguirá siendo la capacitación y profesionalidad del agente o mediador de seguros.

También este sector bancario irá decantándose estratégicamente hacia los riesgos sencillos de masa, en cuya suscripción la atención al cliente y la calidad del servicio prestado son aspectos fundamentales de su desarrollo. Dentro de este contexto, el desarrollo progresivo de servicios, tanto de carácter asistencial postsiniestro como de carácter técnico en prevención de pérdidas y protección, modificarán sustancialmente la estrategia operativa de las entidades aseguradoras con el objeto de obtener una mayor fidelización de los clientes.

Esta fidelización tendrá otra vertiente importante en la globalización de servicios aseguradores y financieros, que

intentarán progresivamente implantar las entidades aseguradoras.

En el ámbito de la salud y de la previsión sobre la vida humana, la problemática estructural del sistema de financiación de la Seguridad Social y el progresivo desarrollo de los fondos de pensiones dotarán a este sector de un importante auge futuro, en los que la técnica aseguradora habrá de ser especialmente rigurosa.

Por último, la internacionalización de los grupos españoles no parece que vaya a experimentar un notorio avance futuro. Tan sólo algunas intenciones por parte de entidades aseguradoras bancarias que, como consecuencia de alianzas o pactos con entidades extranjeras, tendrán mayores efectos sobre el mercado doméstico que sobre los mercados europeos, donde la presencia de entidades españolas es muy reducida, salvo unas pocas excepciones.

También en la vertiente reaseguradora no se avocinan grandes cambios, ya que tradicionalmente este sector ha estado dominado por entidades extranjeras de origen cen-

Cuadro 4. Tendencia de crecimiento por ramos (sobre promedio)

RAMO	TENDENCIA
• Vida	superior
• Automóviles	superior
• Multirriesgos sencillos	igual
• Multirriesgos industriales	inferior
• Patrimoniales puros	inferior
• Ingeniería	inferior
• Responsabilidad civil	igual
• Transportes	inferior
• Asist. sanitaria y enferm.	superior
• Decesos	igual
• Crédito y caución	inferior
• Agrarios	igual
• Otros ramos	igual

Cuadro 5. Sinistralidad por ramos (% a primas)

RAMO	1990	1991
• Primas únicas	155,3	42,5
• Primas periódicas	86,9	99,9
VIDA	111,7	79,3
• Automóviles	86,9	85,6
• Asistencia en viaje	34,4	28,4
• Accidentes	41,9	46,9
• Multirriesgos indus. y senc.	59,8	59,5
• Patrimoniales puros (inc., robo, P.B.)	80,0	65,3
• Ingeniería	53,2	57,8
• Responsabilidad civil	92,7	88,4
• Transportes	72,4	71,2
• Asistencia sanitaria	76,2	83,5
• Enfermedad	46,8	53,2
• Decesos	38,3	38,5
NO VIDA	75,1	75,4
TOTAL	85,2	76,5

Cuadro 6. Prestaciones y gastos (% a primas)

CONCEPTO	1990			1991		
	VIDA	NO VIDA	TOTAL	VIDA	NO VIDA	TOTAL
Siniestralidad	111,7	75,1	85,2	79,3	75,4	76,5
Gastos de administración	8,9	16,8	14,7	8,6	16,2	13,9
Comisiones y gast. prod.	4,7	15,2	12,3	4,0	14,5	11,4
TOTAL	125,3	107,1	112,2	91,9	106,1	101,8

troeuropeo especialmente, sin que se aprecien iniciativas importantes por parte de entidades españolas en este campo.

El seguro español y la opinión del público. Referencia empírica

De acuerdo con una encuesta realizada por ICEA en marzo y abril de 1992, sobre una muestra de entrevistas

a 1.200 familias residentes en núcleos urbanos, la opinión del público sobre el seguro español y las entidades aseguradoras revela una cierta imagen del sector asegurador, cuyos rasgos más característicos se resumen a continuación.

En primer lugar, los riesgos que más preocupan son los relativos a la integridad personal (Cuadro 11), siendo las fórmulas asegurativas las más preferidas para la cobertura de tales riesgos. No obstante, frente a la opción de contratar un seguro, existe todavía una predisposición importante en el consumidor de seguros hacia la retención o asunción de sus riesgos por medios económicos propios (Cuadro 12).

En la elección de un seguro, el consumidor muestra una cierta confianza en el aseguramiento recibido por parte del agente de seguros a la hora de contratar una póliza. Esta figura, junto al trato directo con la entidad

Cuadro 7. Resultados de suscripción en 1991 (% a primas)

RAMO	PRIMAS	PROV. TEC.	GASTOS ADMON.	GASTOS PRODUC.	STROS.	RTDO. TECNICO
VIDA	100	(10,6)	(8,6)	(4,0)	(79,3)	(2,5)
Automóviles	100	(4,0)	(15,5)	(12,5)	(85,6)	(17,6)
Accidentes	100	(1,8)	(19,6)	(21,1)	(46,9)	10,6
Multirriesgos indus. y sencillos	100	(5,4)	(18,0)	(21,0)	(59,5)	(3,9)
Ingeniería	100	(1,1)	(17,9)	(13,5)	(57,8)	9,7
Responsabilidad civil	100	(3,2)	(17,7)	(16,1)	(88,4)	(25,7)
Transportes	100	(0,7)	(18,2)	(13,7)	(71,2)	(3,8)
Asistencia sanitaria	100	(0,4)	(10,1)	(4,3)	(83,5)	1,7
NO VIDA	100	(3,1)	(16,2)	(14,5)	(75,4)	(9,2)
TOTAL	100	(5,3)	(13,9)	(11,4)	(76,5)	(7,1)

aseguradora, constituyen las vías de comercialización con mayor grado de aceptación entre el público para la suscripción de seguros (Cuadro 13).

Cuadro 8. Concentración del mercado. 1989

DIEZ PRIMEROS ASEGURADORES	CUOTA MERCADO (%)	
	VIDA	NO VIDA
Alemania	47,9	36,7
Gran Bretaña	50,3	69,4
España	69,3	31,4
Francia	68,1	61,9
Holanda	70,4	48,1
Italia	78,4	51,2
Estados Unidos	34,5	40,3
Japón	81,0	79,3
Suiza	88,2	76,3

Fuente: SIGMA.

Entre los asegurados titulares de una póliza de seguro el grado de valoración del servicio prestado por las entidades es generalmente satisfactorio, tanto en el momento de la suscripción del seguro como durante la vigencia de la póliza y al ocurrir un siniestro. No obstante, en estas dos últimas fases el grado de satisfacción del asegurado decae ligeramente, lo que sugiere la necesidad de mejorar por parte de las entidades aseguradoras la calidad del servicio prestado con posterioridad a la suscripción del seguro. Particularmente, ante la expectativa de un siniestro, la actuación del asegurador es valorada generalmente de forma satisfactoria, aunque se constata una cierta presunción negativa en cuanto a la dilación y el excesivo tiempo requerido en la resolución del siniestro.

En contraste con tales expectativas, los distintos matices relacionados con la actuación postsiniestro del asegurado son precisamente los aspectos más enjuiciados a la hora de emitir una opinión positiva o negativa de la entidad aseguradora (Cuadro 14).

Comparadas con otras entidades financieras, las compañías aseguradoras tienen, en conjunto, peor imagen con respecto a las entidades de crédito, igualándose tan sólo a estas últimas en cuanto a la capacidad de innovación

Cuadro 9. Seguro directo español

CLASIFICACION DE LOS DIEZ PRIMEROS GRUPOS ASEGURADORES EN 1991

GRUPO/ENTIDADES	PRIMAS UNICAS	PRIMAS PERIODICAS	TOTAL PRIMAS
1. MAPFRE MAPFRE Mutualidad MAPFRE Vida MAPFRE Seguros Generales y Sociedades Filiales MAPFRE Caución MAPFRE Agropecuaria	13.665	140.384	154.049
2. BBV Euroseguros Aurora Polar	80.412	54.744	135.156
3. GRUPO VITALICIO	—	98.857	98.857
4. LA UNION Y EL FENIX	19.572	54.326	73.898

Cuadro 9. Seguro directo español (Continuación)

CLASIFICACION DE LOS DIEZ PRIMEROS GRUPOS ASEGURADORES EN 1991			
GRUPO/ENTIDADES	PRIMAS UNICAS	PRIMAS PERIODICAS	TOTAL PRIMAS
5. C. AHORROS CONFEDERADAS Intercaser Caser Ahorro Vida Caser	—	64.318	64.318
6. WINTERTHUR Winterthur Winterthur Vida Winterthur Protección Jurídica	9.192	47.955	57.147
7. MUTUA MADRILEÑA	—	54.734	54.734
8. LA CAIXA Vidacaixa Caixa Vida Segurcaixa	—	53.549	53.549
9. LA ESTRELLA	16.774	30.822	47.596
10. ZURICH Zurich Internacional Zurich Vita Unión Iberoamericana	—	45.816	45.816

y, en menor medida, a la información y trato dispensado a sus clientes (Cuadros 15 y 16). No obstante, las preferencias en cuanto a la elección del asegurador se decantan mayoritariamente hacia las entidades de seguros independientes —compañías anónimas y mutuas— y, en menor medida, hacia las entidades aseguradoras con vinculación bancaria, destacando entre los factores principales de la elección la antigüedad y experiencia de la compañía, unidas a la solvencia financiera de la entidad (Cuadro 17).

Paralelamente, las entidades aseguradoras españolas gozan de una mayor preferencia y reputación entre el público en general, si bien el grado de aceptación de entidades de capital extranjero es normalmente elevado y especialmente favorable hacia entidades de ori-

gen centroeuropeo. En la práctica, sin embargo, esta notoria aceptación de entidades extranjeras es más relevante, dado el grado de dominio del capital extranjero existente en muchas compañías aseguradoras nacionales.

En resumen, las conclusiones del estudio revelan como aspectos más destacables:

- Escasa respuesta en cuanto a la elección de un seguro como fórmula de previsión.
- Predisposición a la suscripción directa con aseguradores y a la utilización de agentes o mediadores de seguros como canales de contratación más frecuentes.
- Descenso en el nivel de satisfacción del asegurado con respecto a la atención postcontrato dispensada por el asegurador.

Cuadro 10. Seguro directo español

CLASIFICACION DE LOS VEINTE PRIMEROS GRUPOS ASEGURADORES EN 1991 TOTAL DE RAMOS, EXCLUIDAS LAS PRIMAS UNICAS			
GRUPO/ENTIDADES	PRIMAS MILL. PTAS.	CUOTA MERCADO %	CRECIMIENTO %
1. MAPFRE MAPFRE Mutualidad MAPFRE Vida MAPFRE Seguros Generales y Sociedades Filiales MAPFRE Caución MAPFRE Agropecuaria	140.384	7,67	20
2. GRUPO VITALICIO	98.857	5,40	16
3. C. AHORRO CONFEDERADAS Intercaser Caser Ahorro Vida Caser	64.318	3,51	104
4. BBV Euroseguros Aurora Polar	54.744	2,99	16
5. MUTUA MADRILEÑA	54.734	2,99	12
6. LA UNION Y EL FENIX	54.326	2,97	3
7. LA CAIXA Vidacaixa Caixa Vida Segurcaixa	53.549	2,92	—
8. WINTERTHUR Winterthur Winterthur Vida Winterthur Protección Jurídica	47.955	2,62	13
9. ZURICH Zurich Internacional Zurich Vita Unión Iberoamericana	45.816	2,50	9
10. CATALANA-OCCIDENTE Catalana-Occidente Previsión Nacional	45.715	2,50	10

Cuadro 10. Seguro directo español. (Continuación)

CLASIFICACION DE LOS VEINTE PRIMEROS GRUPOS ASEGURADORES EN 1991			
TOTAL DE RAMOS, EXCLUIDAS LAS PRIMAS UNICAS			
GRUPO/ENTIDADES	PRIMAS MILL. PTAS.	CUOTA MERCADO %	CRECIMIENTO %
11. ASISA	39.871	2,18	35
12. SANTA LUCIA	39.852	2,18	21
13. ALLIANZ Allianz-Ras Allianz-Ercos	35.983	1,97	8
14. GRUPO AXA	33.126	1,81	4
15. LA ESTRELLA	30.822	1,68	17
16. AGF SEGUROS	29.601	1,62	15
17. NORWICH UNION Plus Ultra	29.333	1,60	23
18. BUPA Sanitas	28.471	1,55	30
19. SCHWEIZ	27.915	1,52	4
20. OCASO	27.107	1,48	19

Fuente: ESTADISTICA DE SEGUROS PRIVADOS.

- Descontento en la resolución de siniestros como consecuencia de la interpretación de términos contractuales, problemas con el pago de indemnizaciones y retrasos en la tramitación burocrática.

- Inclinación, *a priori*, a valorar destacadamente la solvencia del asegurador y, *a posteriori*, la agilidad y eficacia en la resolución de siniestros, así como el trato amable dispensado por el asegurador.

- Valoración *apriorística* de aseguradores en función de la solvencia económica, la permanencia en el mercado y la experiencia operativa.

- Mayor apreciación de los aseguradores independientes frente a las entidades aseguradoras con vinculación bancaria.

- Ligerá inclinación hacia los aseguradores nacionales frente a los aseguradores extranjeros.

En conjunto, los rasgos destacados en esta encuesta influyen, en cierto modo, una aproximación a las pautas de conducta y preferencias del consumidor a la hora de suscribir un seguro y seleccionar el asegurador. Junto a esto, se ponen de manifiesto algunos de los aspectos más críticos de la opinión y expectativas del público sobre la eficacia y funcionamiento del sector asegurador.

Aun cuando exista cierto sesgo en las conclusiones de la encuesta, los rasgos más destacados de la misma apuntan ciertos errores que se cometen frecuentemente en la elección de un seguro y, consecuentemente, en la selección pasiva del asegurador.

Como se apunta en la encuesta, la falta de previsión o conocimiento de los riesgos por el asegurado potencial, la indefinición en cuanto a la cobertura deseada, la

elección del seguro como consecuencia de la **presión comercial** de los aseguradores, el **asesoramiento no cualificado** por razones de amistad, el desconocimiento de los **términos contractuales** de la póliza y de los mecanismos de indemnización, así como la elección de asegurador sin **criterios** objetivos de **valoración económica** y de **eficacia operativa** son, entre otras razones, algunos de los factores claves de la selección del asegurador, cuya inobservancia puede conducir a una deficiente elección.

La selección de aseguradores. Aspectos básicos

El objetivo básico de cualquier contrato de seguro es garantizar una prestación económica a consecuencia de un hecho previsto en el contrato y el fin último del mismo es poder satisfacer la prestación por el asegurador, caso de ocurrir tal hecho.

En consecuencia, el objetivo primario fundamental que se persigue con la selección de aseguradores es obtener las apreciaciones y expectativas razonables sobre el hecho de que el asegurador pueda cumplir con las prestaciones garantizadas en el contrato de seguro.

Complementariamente, el proceso de selección de aseguradores también debe atender a un objetivo sumamente operativo, por el cual una póliza de seguro suscrita cubra razonablemente las necesidades de protección del asegurado.

El cúmulo de ambos objetivos lleva a considerar una serie de premisas básicas y de factores clave que hay que examinar en relación con el proceso de selección de aseguradores.

En primer lugar, los condicionamientos o **premisas básicas** para llevar a cabo un proceso de selección de aseguradores dependen en gran medida de la capacidad del asegurado potencial para:

- **Conocer los riesgos** afectos a su persona y a su patrimonio.
- **Seleccionar el aseguramiento** de riesgos transferibles.
- **Enjuiciar las coberturas** y pólizas de seguro para seleccionar la oferta.

- **Conocer la situación del mercado asegurador** y **valorar la posición económico-financiera** de las compañías aseguradoras.

En síntesis, todo ello apunta a que el asegurado potencial deba reunir una cierta predisposición activa hacia el tratamiento de sus riesgos —asegurables y retenidos—, que le permitan esbozar sus necesidades de cobertura aseguradora, y disponga de un cierto juicio analítico para elegir el seguro y la compañía aseguradora que mejor se ajuste a sus necesidades de protección.

En un segundo plano, los **factores básicos** que intervienen en la selección del asegurador, desde el punto de vista del asegurado potencial, se resumen en el análisis de los aspectos siguientes:

- Necesidades y **disponibilidad de cobertura** aseguradora.
- **Coste económico del seguro.**
- **Tipo y calidad de los servicios** prestados por el asegurador.
- **Solvencia financiera** y **estabilidad del asegurador.**

Cuadro 11. Percepción del riesgo

RIESGO	% RESPUESTAS
• Muerte, fallecimiento	30,9
• Pérdida de empleo, desempleo, pérdida de negocio	21,3
• Larga enfermedad, enfermedad grave	19,1
• Incendio en casa, explosión de gas	15,2
• Accidente en general	12,5
• Invalidez	11,3
• Robo en casa	7,9
• Accidente de coche	6,4
• Inundación en casa	2,9
• Delincuencia en la calle	2,4
• Divorcio, ruptura familiar	1,7
• Pérdida de la vivienda	1,4
• Problemas económicos	1,3
• Problemas familiares	1,1
• Catástrofe	1,0
• Otras situaciones	1,4

Cuadro 12. Cobertura del riesgo

SISTEMA PREFERIDO	% RESPUESTAS
• Tener contratado un seguro	36,0
• Tener un dinero ahorrado en un banco o caja	23,5
• Confiar en que no suceda nada	21,9
• Invertir en compra de inmuebles	11,0
• Confiar en la ayuda de familiares o amigos	3,2
• Invertir en bolsa	1,6
• No sabe/no contesta	2,8

Cuadro 13. Preferencias de contratación

INTERLOCUTOR	% RESPUESTAS	
	ASESORAMIENTO PREVIO	CANAL DE CONTRATACION
• Entidad	27,6	46,4
• Agente de seguros	30,5	44,3
• Banco o caja de ahorros	11,3	8,1
• Amigo	27,5	1,0
• Publicidad	3,1	—
• Otros	—	0,2

De todos ellos, el factor prioritario y predominante en la selección de aseguradores es la solvencia económica de la entidad aseguradora. Partiendo de este objetivo, la elección óptima del asegurador debe combinar el resto de los factores, con el objetivo de obtener el resultado que ofrezca mejores expectativas sobre el seguro suscrito.

Criterios para la selección de aseguradores. Análisis de los factores básicos

LA COBERTURA ASEGURADORA

Perfilar la **cobertura aseguradora** depende en gran medida del **tipo de riesgos** y complejidad de los mismos para su tratamiento, así como del conocimiento y experiencia del asegurado para llevar a cabo un cierto **programa de gerencia de riesgos**.

Así, la premisa básica para establecer un buen programa de seguros arranca de la implementación y puesta en práctica de un programa de gerencia de riesgos, a través del cual se definan los riesgos autoasegurables y transferibles de una forma consciente.

La **elección del asegurador** en relación con las necesidades de cobertura aseguradora dependerá ciertamente del análisis que se efectúe sobre aspectos como:

- La **necesidad y disponibilidad** de cobertura que mejor se ajuste a las necesidades de protección aseguradora frente a los riesgos existentes.
- La **extensión de la cobertura**, en cuanto a hechos cubiertos y excluidos, así como lagunas de cobertura que pudieran llevar a una retención inconsciente.
- La especificación de **términos contractuales** de póliza, en relación con sistemas de valoración y criterios indemnizatorios.
- La **efectividad del contrato** en cuanto a supuestos de nulidad del mismo, suspensión y carencia de garantías, plazos y comunicaciones para la actualización, rescisión o renovación del contrato.

EL COSTE DEL SEGURO

El elemento del precio es probablemente uno de los factores más influyentes en la elección de un seguro. Sin

embargo, no es cierto que sea el único elemento que sustente la decisión de suscribir un seguro, como tampoco lo es el hecho de que un menor precio sea necesariamente la mejor decisión.

En el análisis del **coste del seguro** fundamentalmente deben establecerse comparaciones equitativas, bajo el supuesto de coberturas idénticas, prestando especial atención a factores como:

- La **cuantificación del precio definitivo**, ante la posibilidad de fórmulas asegurativas que contemplen reajuste de tasas, participación en resultados de suscripción, etc.
- La **sensibilidad del precio** a límites de responsabilidad de cobertura, como límites de indemnización o franquicias por siniestro, así como por la adopción de medidas de protección y prevención de daños.
- El **contraste del precio** con la experiencia de siniestros ocurridos y siniestralidad esperada en el futuro.
- La **estabilidad del precio** en relación con la **eficacia operativa del asegurador**, es decir, el coste menor previsible a largo plazo, dados los resultados de gestión del asegurador y su experiencia de suscripción.

LOS SERVICIOS DEL ASEGURADOR

Con frecuencia, en la elección del asegurador no sólo cuentan las condiciones del seguro suscrito, sino que además deben considerarse el tipo y la calidad de los servicios complementarios al seguro que pueda prestar.

En general, el análisis de este tipo de servicios suele ser indispensable para garantizar la eficacia en todo momento del seguro suscrito y la actualización de la cobertura aseguradora a las variaciones en el riesgo y necesidades de protección en el futuro.

La **calidad de servicios** tiene una fuerte correlación con el estilo de gestionar del asegurador y sus criterios operativos. Así, entre los factores principales de análisis se encuentran:

- Los **servicios periódicos de inspección y verificación** de riesgos como medio de evaluar constantemente la peligrosidad de los riesgos y el control de los mismos a través de medios de protección y prevención de pérdidas.
- Los **sistemas de gestión y tramitación de siniestros**, así como el control de las reclamaciones.

Cuadro 14. Opinión sobre las entidades aseguradoras

% RESPUESTAS FAVORABLES	RAZONES	% RESPUESTAS DESFAVORABLES
29,2	(+) Sin problemas de mención (-) Incumplimiento de lo dicho (-) Engaño en la letra pequeña (-) Piensan en su beneficio	16,4 6,6 7,8
22,4	(+) Resolución sin problemas (-) Problemas en los siniestros (-) Problemas con los pagos	9,0 7,2
9,9 9,5	(+) Buen servicio (+) Buen trato/amabilidad (-) Lentitud en los trámites (-) Poca información	7,2 7,1
6,6	(+) Buena experiencia con la entidad (-) Mala experiencia con la entidad	6,8
5,0	(+) Seguridad/tranquilidad (-) Precios caros	6,3
42,1	TOTAL OPINIONES	57,9

Cuadro 15. Valoración entidades financieras

ASPECTOS APRECIADOS	% RESPUESTAS
• Solvencia económica	49,9
• Rapidez en los trámites	33,8
• Trato amable a los clientes	30,1
• Información a los clientes	24,3
• Rentabilidad conseguida	21,3
• Empresa innovadora	3,4

• La **flexibilidad en la tarificación**, en relación con las pérdidas ocurridas y la evaluación de los riesgos.

• La **disposición geográfica** y territorial para acortar los tiempos de resolución de siniestros, así como para prestar un mejor servicio y de mayor calidad en razón a las circunstancias locales de los riesgos.

• La **competencia técnica y profesional** en razón no sólo a las condiciones aseguradoras sino también en materia de servicios de atención en siniestros, *risk management*, auditoría de programas de seguro y de retención de riesgos, así como planes de formación educativa en materia de control de riesgos y seguridad.

LA SOLVENCIA Y ESTABILIDAD DEL ASEGURADOR

En razón a la propia funcionalidad del seguro, lógicamente el asegurador debe mantener un nivel de solvencia y una estabilidad económica suficiente para afrontar, en todo momento, sus compromisos de pago.

En general, el concepto de **solvencia** puede definirse como la capacidad del asegurador para **cumplir sus obligaciones**, lo que implica un poder de **generación de beneficios** y una **capacidad de autofinanciación** que permitan mantener a un cierto nivel de seguridad una probabilidad de ruina relativamente pequeña.

Dado que el nivel de solvencia depende de las obligaciones contraídas simultáneamente en el tiempo por el asegurador, éste es un concepto absolutamente dinámico que entraña la necesidad de disponer de los recursos necesarios para hacer frente a la actividad presente y futura de la entidad, garantizando económicamente un **proceso de crecimiento continuo y estable**.

Mucho más fácil es apreciar la posición económica y financiera de la entidad aseguradora a través de determi-

nados indicadores, que permiten valorar la solvencia estática del asegurador referida a un momento determinado.

Desde esta perspectiva, el análisis de la **solvencia estática** sólo permite contrastar la posición financiera actual del asegurador, sin tener en cuenta la proyección futura de la entidad. Quizá por ello, debido a esta necesidad de evidenciar la viabilidad futura de la entidad aseguradora, uno de los aspectos principales de la solvencia estática se encuentra en el análisis de las **inversiones**, con objeto de apreciar la estructura de la inversión efectuada a largo plazo, la suficiencia del volumen de inversión con respecto a la cobertura de provisiones técnicas y la rentabilidad de las inversiones en relación con el promedio del sector asegurador.

Las entidades aseguradoras españolas tienen la obligación de calcular, de acuerdo con las disposiciones legislativas vigentes, las provisiones técnicas siguientes:

- Matemáticas (seguros de vida).
- Riesgos en curso.
- Siniestros pendientes de declaración, de liquidación o de pago.
- Desviación de siniestralidad.
- Primas pendientes de cobro.

Por lo que respecta a las entidades de seguros no vida, los aspectos más importantes del cálculo de las provisiones técnicas aludidas se refieren a los efectos comentados a continuación.

La **provisión para riesgos en curso** tiene por objeto la periodificación de las primas suscritas, que consiste en la reserva de una parte de las primas emitidas que habrá de destinarse al cumplimiento de las obligaciones futuras no extinguidas al cierre del ejercicio contable (normalmente el año natural) de que se trate.

Por consiguiente, esta provisión supone dotar un gasto que aminora las primas emitidas y reduce el beneficio contable del período, a fin de afrontar los compromisos de pago de siniestros que ocurrirán en el ejercicio siguiente como consecuencia del período de cobertura otorgado por el seguro, siempre que éste exceda de la fecha de cierre del ejercicio anual contable correspondiente. Razonando en términos de siniestros, una **infravaloración** de estas provisiones supondrá una **carencia financiera** en la entidad para asumir los compromisos de siniestros, que habrá de suplirse inoportunamente con recursos adicionales. Con frecuencia, la aplicación de un método global, que no se ajuste a la características reales de la cartera de seguros suscrita por la entidad, puede inducir a una insuficiencia en la determinación de la cuantía de estas provisiones.

En síntesis, la **provisión para riesgos en curso** debe sostener la **capacidad de financiación** frente a los compromisos de pago futuros de la entidad aseguradora, prescindiendo de otras connotaciones adicionales como pudiera ser una insuficiencia latente de primas.

La **provisión para siniestros pendientes**, en sus distintas facetas, consiste en reservar el importe de las indemnizaciones y de los gastos que habrán de abonarse en un futuro al término de la tramitación y liquidación definitiva de los siniestros ocurridos. Por tanto, de la apreciación exacta de la valoración de cada siniestro depende la **suficiencia o insuficiencia** de esta provisión. Normalmente, la estimación incorrecta de la cuantía de los siniestros ocurridos en el ejercicio pendientes de comunicación o declaración a la entidad constituye uno de los elementos principales de desviación en la cuantía global de estas provisiones.

En general, un **exceso** en la cuantía global de la **provisión para siniestros pendientes** conlleva un margen de seguridad para **absorber** posibles **elevaciones de valoración** al término de la liquidación de los siniestros. Paralelamente, dicho exceso supone unos **beneficios** explícitos menores en el ejercicio contable anual y, por consiguiente, un **menor excedente** empresarial que incide en la **capacidad de autofinanciación** explícita de la entidad.

Del mismo modo, un **defecto** en la cuantía global de la **provisión para siniestros pendientes** produciría efectos contrarios, siendo especialmente relevante la **descapitalización** que se produce en el caso de que los pagos definitivos por siniestros excedan de la cuantía establecida por esta provisión.

Finalmente, la **provisión para desviación de siniestralidad** tiene un significado claro a partir de su denominación. Esta provisión persigue reservar la parte de las primas destinadas a cubrir las **fluctuaciones** posibles de **siniestralidad** (recargo de seguridad), evitando una descapitalización de la entidad en el caso de que estas desviaciones se produzcan.

La **ausencia** de dotación de esta provisión supone aumentar el beneficio del período, induciendo a una **menor estabilidad financiera** a corto plazo. Generalmente, el principal aspecto de la insuficiencia de esta provisión reside en una deficiente relación entre primas y siniestros.

Junto a estas apreciaciones, complementariamente determinados **indicadores** o ratios permiten enjuiciar la **operativa del asegurador** a partir de los datos reflejados en sus estados contables de pérdidas y ganancias y del balance de situación. Fundamentalmente, estos ratios son los siguientes:

- **Suscripción (seguro directo)**

$$R_1 = \frac{\text{Costos técnicos}}{\text{Primas adquiridas}}$$

Los gastos técnicos se refieren a las prestaciones pagadas por siniestros en el ejercicio y al incremento de provisiones técnicas para prestaciones de siniestros pendientes, considerando el signo que corresponde a las constituidas al cierre y comienzo del ejercicio respectivamente.

Por su parte, las primas adquiridas engloban los mismos conceptos que influyen para su determinación en la cuenta de pérdidas y ganancias. (Primas emitidas \pm variación de las provisiones para riesgos en curso y para primas pendientes de cobro constituidas al cierre y comienzo del ejercicio).

Este cociente mide la **calidad** de la **suscripción** y representa el coeficiente de siniestralidad. En general, si este indicador fuera mayor o igual a la unidad indicaría problemas graves de suscripción, ya que los siniestros ocurridos excederían a las primas adquiridas.

- **Gestión externa (seguro directo)**

$$R_2 = \frac{\text{Comisiones y gastos de producción}}{\text{Primas adquiridas}}$$

El cociente indicado representaría el **nivel de gastos de gestión externa** o coste de producción y comercialización de los seguros. En general, comparando varios ejercicios económicos, podría verse la evolución del gasto en la captación de operaciones seguida por la entidad. Esta magnitud incide directamente sobre el precio del seguro, afectando al nivel de competitividad de la entidad.

- **Gestión interna (seguro directo)**

$$R_3 = \frac{\text{Otros gastos de explotación netos (gastos-ingresos)}}{\text{Primas adquiridas}}$$

Este ratio indica la **eficacia** alcanzada en la **gestión administrativa** del volumen de negocio, al considerar los costes de personal y de explotación, las amortizaciones y provisiones varias.

Al igual que en el caso anterior, los **gastos de gestión interna** son un componente de la prima comercial o precio

del seguro que incide directamente en el coste de la cobertura otorgada por el asegurador.

- **Resultado del reaseguro cedido**

$$R_4 = \frac{\text{Coste neto del reaseguro cedido (gastos-ingresos)}}{\text{Primas adquiridas}}$$

En esta comparación se establece el **nivel de ingreso o gasto** que implica la **protección del riesgo del asegurador directo a través del reaseguro**. En general, este ratio puede ser mayor o menor que cero, representando un coste o un beneficio para la entidad aseguradora respectivamente.

- **Resultado técnico**

Esta magnitud vendría dada por la expresión siguiente:

$$1 - (R_1 + R_2 + R_3 + R_4)$$

De la ecuación anterior se deduce que si la diferencia es menor que cero existirá una pérdida técnica, ya que los ratios indicados entre paréntesis miden el nivel total de gastos incurridos en el ejercicio. Obviamente, si el resultado de la expresión fuera mayor que cero, ello indicaría el nivel de ganancia o resultado técnico positivo alcanzado en el ejercicio.

En consecuencia, este ratio mide la **rentabilidad del negocio**, pudiéndose apreciar la evolución de este resultado a través de la comparación entre los distintos ejercicios anteriores.

- **Resultado financiero**

$$R_5 = \frac{\text{Ingresos financieros netos (ingresos-gastos)}}{\text{Primas adquiridas}}$$

Este ratio indica la **eficacia financiera** de la entidad, significando el rendimiento financiero o interés promedio obtenido por el volumen total de inversión.

Fundamentalmente, el resultado financiero permite a la entidad aseguradora aumentar su poder de capitalización a través del beneficio alcanzado en el ejercicio, siempre que el resultado técnico sea positivo. No obstante, en ocasiones, el resultado financiero sirve para compensar o aminorar la pérdida técnica que resulte.

- **Beneficio del ejercicio**

$$R_6 = \frac{\text{Beneficio del ejercicio después de impuestos}}{\text{Primas adquiridas}}$$

A través de esta comparación se puede observar el **poder de autofinanciación** de la empresa aseguradora, imprescindible para mantener permanentemente un nivel de solvencia adecuado.

- **Estabilidad financiera**

$$R_7 = \frac{\text{Reservas patrimoniales (legales y otras reservas)}}{\text{Primas adquiridas}}$$

Este ratio permite contrastar el nivel de **potencialidad o seguridad financiera**, con el objetivo de reforzar la estabilidad y solvencia futura de la entidad.

- **Autonomía financiera**

$$R_8 = \frac{\text{Capitales propios}}{\text{Pasivo total}}$$

Esta comparación suele utilizarse para medir la **independencia financiera**, en el sentido de que un elevado nivel de este indicador proporcionará una mayor autonomía financiera a la entidad.

Los indicadores mencionados anteriormente permiten visualizar la situación económico-financiera de la entidad aseguradora y observar, en cierto modo, la evolución respecto de ejercicios anteriores y comparar la situación actual con los indicadores promedios en el mercado. Sin embargo, como ya se ha mencionado, la solvencia es un concepto esencialmente dinámico, referido a la situación actual y principalmente futura, de la posición financiera de la entidad aseguradora.

En ese sentido, la solvencia del asegurador reside en la determinación y adecuación de una serie de magnitudes de estabilidad, para procurar unos resultados estables de gestión y un adecuado nivel de solvencia. En definitiva, la **dinámica de la solvencia** viene dada por el cumplimiento de las **expectativas de beneficio y la estabilidad del mismo**, influyendo en ello determinadas magnitudes.

Antes de entrar en el comentario de estas variables, conviene señalar determinados **aspectos operativos** que permiten evaluar la gestión aseguradora y relacionar la disposición y **solvencia** del asegurador en términos de **funcionalidad**. En relación con esto, los aspectos más significativos se refieren a:

- **Tipo de organización** (descentralización, capacidad de decisión, etc.).
- **Calidad de servicio** (asesoramiento técnico, características de los seguros, acercamiento al cliente, implantación territorial, eficacia administrativa).
- **Atención en siniestros** (pago rápido, velocidad de liquidación, actuación razonable).
- **Capacidad de suscripción** (límites de asegurabilidad, selección de riesgos, capitales asegurados, coaseguro, reaseguro).
- **Precio del seguro** (coste de la cobertura financiera otorgada, flexibilidad en la tarificación y en las circunstancias concretas de aseguramiento).
- **Innovación** (creación de nuevos productos y coberturas).

En síntesis, todos estos aspectos miden la operatividad y funcionalidad de la gestión del asegurador, poniendo en evidencia un claro **indicador cualitativo del nivel de solvencia** de la entidad aseguradora.

Fundamentalmente, las principales **vías** para mantener un adecuado **nivel de solvencia** consisten en:

- La **captación de capital**, que implica una estabilidad en el nivel de beneficios.
- La **capacidad de autofinanciación**, que consiste en la dotación de reservas de estabilización mediante la transferencia de beneficios.

En ambos casos, la existencia del beneficio es consustancial. Por tal motivo, el significado dinámico de la solvencia se fundamenta en la **estabilización del beneficio a largo plazo** y en el ajuste de las magnitudes y factores que influyen en dicha estabilidad. Al respecto, las **magnitudes principales de estabilización del beneficio** son:

- La **variabilidad del riesgo**, es decir las desviaciones de siniestralidad esperada. Fundamentalmente, influyen en este aspecto la **tarificación** y el nivel de **recargo de seguridad** incorporado en las primas, las normas de selección, los criterios que definen la línea de suscripción y la composición de la cartera de seguros.
- **El reaseguro**, cuya técnica permite reducir la variabilidad del riesgo asumido por el asegurador directo. La mayor o menor efectividad de esta magnitud depende del nivel de retención y de la modalidad de reaseguro en relación al tipo de riesgo suscrito.
- **Las reservas de estabilización**, las cuales se relacionan con los resultados de suscripción y sobre los que influyen las dos magnitudes anteriores.

Razonando en los términos de las magnitudes mencionadas, se concluye que, a medida que la variabilidad del riesgo sea mayor y la protección del reaseguro menos efectiva, las reservas de estabilización deberán ser mayores, debiendo aumentar éstas simultáneamente a medida que el volumen de primas suscrito sea mayor.

Desde esta perspectiva, la mayoría de países se han preocupado de establecer en sus legislaciones sobre seguros determinados mecanismos para garantizar la solvencia de entidades aseguradoras. En el caso español, existe una norma específica sobre el **margen de solvencia** que, en síntesis, se ajusta a la normativa concreta existente al respecto en los países de la Comunidad Económica Euro-

Cuadro 16. Valoración de las entidades financieras. Análisis comparado

ASPECTOS APRECIADOS	% RESPUESTAS		
	BANCOS	CAJAS	ENTIDADES SEGUROS
Solvencia económica	40,3	46,6	5,4
Rentabilidad conseguida	40,6	34,6	8,9
Rapidez en los trámites	30,5	43,4	9,8
Trato amable	24,8	43,1	14,6
Empresa innovadora	26,3	26,1	25,4
Información a clientes	28,8	40,4	16,1

Cuadro 17. Preferencias por aseguradores

RAZONES	% RESPUESTAS		
	COMPAÑIAS ASEGURADORAS	MUTUAS SEGUROS	ENTIDADES VINCUL. SECTOR BANCARIO
Permanencia en el mercado	25,1	—	—
Garantía, seguridad, solvencia	22,6	16,7	53,8
Mayor experiencia	17,3	2,5	—
Más conocida	11,1	9,8	1,1
Trato único	8,3	9,3	1,9
Buena respuesta	8,0	17,6	1,6
Dedicación específica	5,5	3,9	—
Apoyo bancario	—	—	39,9
Más prestación / mejor trabajo	5,0	7,8	3,0
Costumbre, tradición	4,3	2,0	—
Buen trato, amabilidad	4,0	6,9	1,4
Otras	1,0	5,9	3,3
PREFERENCIA GENERAL	33,2	17,0	30,5

pea. De acuerdo con dicha norma, a los efectos de margen de solvencia, las entidades aseguradoras deben disponer en cada ejercicio económico de un **patrimonio propio no comprometido** (capital desembolsado, reservas patrimoniales y diferencias por actualización de activos, *fundamentalmente superior* a una cierta **cuantía mínima de margen de solvencia**, la cual se calcula en los ramos no vida en función del importe de las primas o en función de la siniestralidad, eligiéndose a efectos de su determinación la cifra que resulte superior tras aplicar los dos procedimientos mencionados.

Normalmente, salvo que se produzca una siniestralidad muy elevada, el cálculo de la cuantía mínima de margen de solvencia se determinará en función del volumen de primas y recargos externos emitidos en el ejercicio por seguro directo y por reaseguro aceptado, *sin deducción alguna* en ambos por reaseguro cedido y retrocedido, aplicando a dicho volumen un porcentaje preestablecido y una corrección por el coeficiente que represente en el ejercicio el cociente entre el importe de los siniestros netos de reaseguro y el importe bruto global de esos mismos siniestros sin considerar la parte correspondiente a cargo del reaseguro. En todo caso, dicho coeficiente no podrá ser inferior al 50%.

En estas circunstancias, la cuantía mínima de margen de solvencia es una función dependiente del volumen de

primas y del nivel de propia retención en siniestros de la entidad aseguradora, oscilando dicha cuantía entre el 8% y el 16% de las primas y recargos emitidos en el ejercicio por los conceptos mencionados, según que el nivel de propia retención en siniestros sea del 50% o 100%, respectivamente (Cuadro 18).

Por consiguiente, en términos generales, este método de cálculo conduce a una proporcionalidad entre el volumen de negocio y la cuantía mínima de margen de solvencia, estableciendo un cierto equilibrio y dinamismo entre el nivel de patrimonio propio y el volumen de primas suscritas anualmente por la entidad.

Como ya se ha mencionado, esta significación es bastante apropiada desde la perspectiva de solvencia, ya que la entidad debe disponer de mayores reservas de estabilización y, *en definitiva*, de un mayor potencial de capitales propios para garantizar su estabilidad financiera a medida que aumenta su volumen de negocio. Sin embargo, desde un punto de vista técnico, la determinación de la cuantía mínima de margen de solvencia establecida en dicho método supone una *excesiva simplificación*, puesto que no se consideran aspectos como las provisiones técnicas para riesgos en curso, las inversiones y el propio tipo de reaseguro que ofrece distintos niveles de estabilidad, según sea la modalidad concreta aplicada o combinaciones de éstas llevadas a cabo por la entidad aseguradora. *En general*,

Cuadro 18. Margen de solvencia

• **Cuanfía mínima del margen de solvencia (CMMS)**

- En relación con las primas (SD + RA)
- En relación con los siniestros (SD + RA)

• **Determinación**

- Porcentaje CMMS a primas
 - Nivel de retención neta en reaseguro en siniestros

	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
• CMMS / primas	8	9	11	13	15	16
- Porcentaje que representa el incremento de CMMS sobre primas del ejercicio

NIVEL DE RETENCION NETA DE REASEGURO EN SINIESTROS	% INCTO. PRIMAS					
	10	15	20	25	30	35
0,50	0,7	1,0	1,3	1,6	1,8	2,1
0,60	0,9	1,2	1,6	1,9	2,2	2,5
0,70	1,0	1,5	1,9	2,2	2,6	2,9
0,80	1,2	1,7	2,1	2,6	2,9	3,3
0,90	1,3	1,9	2,4	2,9	3,3	3,7
1,0	1,4	2,1	2,7	3,2	3,7	4,1

dichas críticas son contestadas en razón a una mayor universalidad de cálculo que permita homogeneizar los resultados y su aplicación.

Formas en la selección del asegurador

Obviamente, la elección del seguro y la selección del asegurador pueden llevarse a cabo a través del asegurado directamente o con la ayuda e intervención de los mediadores de seguros.

En el primer caso, en el trato directo con aseguradores se pueden ahorrar costes de intermediación, que compensen aquellos otros costes internos propios de la gerencia de riesgos del asegurado, especialmente en los que se refiere al diseño y materialización del programa de seguros.

Confiar, por otra parte, esta misión a la figura del mediador de seguros será, por tanto, una cuestión de eficacia y rentabilidad, en el sentido de que la competencia técnica y profesional de los mediadores de seguros compensen suficientemente el ahorro de recursos internos destinados al aseguramiento de los riesgos.

En todo caso, la utilización de mediadores de seguros introduce un nuevo factor de elección y selección, en cuyo proceso de decisión deben considerarse fundamentalmente los aspectos siguientes:

- **Competencia técnica y profesional** en los niveles de servicios centrales y periféricos.

- **Especialización** en determinados riesgos y coberturas aseguradoras.
- **Compañías aseguradoras** con las que trabaja.
- **Clientes** en su cartera de negocios y analogías de éstos con la empresa, especialmente en la problemática de los riesgos y diseño de programas de seguros.
- **Servicios adicionales** en materia de gerencia de riesgos, diseño de programa de autoseguro y auditoría de métodos de retención de riesgos.
- **Eficacia operativa** y estilo de gestión, especialmente en lo que concierne a la agilidad y prontitud en las comunicaciones y actualizaciones o modificaciones de las coberturas de seguro.

Consideraciones finales

En el mercado asegurador español existe una variada gama de seguros y de compañías aseguradoras, que ofrece al consumidor un amplio abanico de posibilidades de elección en la compra de seguros. A esta facultad de elegir por parte del consumidor se añade, por tanto, la capacidad de seleccionar, ya que en un mercado concurrente y competitivo como el mercado asegurador español, ni todas las pólizas de seguro son iguales ni todas las compañías aseguradoras son lo mismo.

En tal sentido, la propia fuerza del mercado hace que las compañías aseguradoras se preocupen por imprimir a su forma de hacer y de gestionar un carácter diferenciador y distintivo del resto de competidores, como elemento

básico para poder posicionarse en el mercado y obtener ventajas competitivas en las pólizas que ofrece.

Desde el punto de vista del asegurado potencial, tales ventajas competitivas se manifiestan fundamentalmente a través de dos elementos:

- La cobertura del riesgo.
- El precio de la cobertura suscrita.

Siendo estos dos elementos los factores más tangibles de una elección de protección aseguradora, sin embargo, la solvencia del asegurador y la calidad de los servicios complementarios que ofrece, en conexión con la propia gerencia de riesgos practicada por el asegurado, son parte importante de la decisión de suscribir un seguro y elegir un asegurador o aseguradores concretos.

Apreciar la solvencia del asegurador, aspecto primordial en la selección de entidades aseguradoras, puede resultar frecuentemente intangible y difícil de calibrar. Básicamente esta apreciación se basa en expectativas razonables de seguridad y estabilidad operativa del asegurador sobre la base de criterios razonados que conduzcan a una valoración adecuada de su gestión.

Al margen del tecnicismo que implica toda valoración, existen rasgos característicos que arrojan cierta luz sobre la gestión aseguradora. Así, ciertos signos externos de posicionamiento en el mercado, servicio, competitividad y estilo de gestión son algunos de los factores que imprimen matices diferenciadores entre unos aseguradores y otros.

El éxito en la selección del asegurador no depende tanto de la obtención de las mejores ofertas y ventajas competitivas a corto plazo, sino más bien de la eficacia operativa de los seguros y de la estabilidad en las relaciones con el asegurador y la obtención de menores costes a largo plazo por la transferencia de los riesgos. ■